

“DE BRAÇOS ABERTOS”: ANÁLISE DE UMA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Adriana Fernandes Lellis Pereira (IC) e Adriana Rodrigues Domingues (Orientadora)

Apoio: PIVIC Mackenzie

Resumo

Este artigo apresenta discussões e reflexões sobre alguns desafios identificados, durante uma experiência de estágio, na implantação do Programa “De Braços Abertos” na Cracolândia, na região central de São Paulo. Pautado na lógica da redução de danos, o programa propõe estratégias inovadoras de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Com o objetivo de discutir os possíveis desafios de implementação deste programa, foram entrevistados três beneficiários inseridos no programa há pelo menos 1 ano, e, além disso, os afetos, diálogos, cenas, estranhamentos e atravessamentos, coletados ao longo dos dois anos de estágio, foram registrados em um diário de campo. Usando o método da Cartografia, a pesquisadora-estagiária inseriu-se nesta experiência assumindo o papel de observadora participante; lugar a partir do qual esse material e das entrevistas foram realizadas, e a partir do qual as análises dessa experiência foram feitas. Do material produzido foram extraídos três principais temas identificados como desafios. São eles: as contradições sobre o lugar que o profissional deve ocupar; os desafios impostos pela configuração e funcionamento do território, e a formação das redes de conversação. O território por si só apresenta muitas contradições que se manifestam também nos modos de cuidado que é oferecido por cada profissional, vinculado a diferentes instituições, e que, no entanto, compartilham o mesmo território de atuação e muitas vezes o mesmo usuário, fazendo necessária então a formação de redes de cuidado. Apesar de muitos desafios encontrados, no entanto, o programa conseguiu, através do vínculo, inserir os usuários nos serviços de saúde, regulamentar a documentação pessoal, recuperar o contato familiar. O programa também foi capaz de reconhecer e cuidar do sujeito, para além da droga.

Palavras-chave: redução de danos; álcool e outras drogas; cartografia

Abstract

This article presents discussions and reflections on some of the challenges identified, during an internship experience, of the implementation of the “De Braços Abertos” program in the Cracolândia, a neighborhood in São Paulo downtown. Guided by the logic of the harm reduction, the program proposes innovative strategies of care to the alcohol and other drug users. In order to discuss the possible challenges in the implementation of this program, three beneficiaries were interviewed, all of the being at least one year in it, and, moreover, the affections, dialogues, scenes, estrangements and crossings, that were collected over two years of this internship, were registered in a field diary. Using the Cartography method, the researcher-trainee was inserted into this experience assuming the role of the participant observer; the role from which the records and interviews were collected, and from which the analysis of this experience departed. Three main issues identified as challenges were extracted from the material produced. They are: the contradictions about the place the professional should take; the

challenges imposed by the configuration and functioning of the territory, and the formation of the conversational networks. The territory itself has many contradictions that are also shown in the ways that each professional, from different institutions, offers care; however, the professional who is spite of sharing the same area and frequently the same user, there is the requirement of the formations of care networks. Although many challenges happened through the bond, the program was able to help the users get into the health services, update their personal documentation and restore the family contact. The program was also able to recognize and take care of the subjects, everything beyond the drug.

Keywords: harm reduction; alcohol and other drugs; cartography method

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu em outubro de 2014, a partir da experiência de estágio realizada no Centro Integrado de Reinserção Social “De Braços Abertos”, localizado na área de abrangência da Cracolândia. Diante dessa experiência, pensou-se na possibilidade de iniciar uma pesquisa que abordasse as políticas públicas voltadas para o tratamento ou acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, como o crack. O programa “De Braços Abertos” é uma política municipal para tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas, que foi implantada em janeiro de 2014 e que propõe um modelo de atenção pautado na política da redução de danos, em contraposição aos modelos anteriores.

Diante das mudanças e rupturas provocadas pela implementação desse programa, cujas estratégias estão pautadas na política de redução de danos que pressupõe um modelo de atuação essencialmente diferente do que havia sido realizado até então, é necessário pensar e discutir quais os desafios dessa proposta. Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar quais são os desafios enfrentados pelos beneficiários do programa e, considerando que a ação foi implantada há pouco tempo, como objetivos específicos pretendeu-se acompanhar o processo de implantação e efetivação do “De Braços Abertos”, bem como descrever situações vivenciadas diariamente pelos beneficiários.

Considerando que existe uma quantidade significativa de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua que, muitas vezes, não aderem a nenhum tipo de tratamento, a Política de Redução de Danos foi pensada como uma alternativa de cuidado menos invasiva que a internação compulsória prevista pela Lei 10.216/01. Para atender essa população, o programa São Paulo “De Braços Abertos” é uma ação municipal que foi implantada em São Paulo, em janeiro de 2014, cujas estratégias de intervenção foram elaboradas e inseridas como uma alternativa que proporcionasse o cuidado aos moradores da Cracolândia sem violar seus direitos de cidadão, e que assumiu como princípios as diretrizes estabelecidas pela Política da Redução de Danos. Rompendo com estratégias e modelos convencionais de tratamento e atenção ao uso de drogas, o foco das intervenções não está no consumo de substâncias e sim nos inúmeros problemas de saúde decorrentes das condições de moradia, da falta de saneamento e da miséria nas quais os sujeitos se encontram.

É um programa intersetorial realizado através da articulação de várias secretarias, por meio da criação de um Grupo Executivo Municipal (GEM) do qual fazem parte a Secretaria Municipal da Saúde, do Desenvolvimento e Assistência Social, da Segurança Urbana, dos Direitos Humanos, do Trabalho, da Cultura, entre outras, sendo que a Secretaria Municipal da Saúde foi nomeada coordenadora do GEM. Na data de 22 de julho de 2013 ocorreu a abertura

da “Tenda”, onde começaram as negociações com os usuários e líderes da Cracolândia para que fosse possível fazer uma implantação efetiva do programa, sem ações violentas. Todos os procedimentos foram discutidos em assembleias, nas quais participaram: a comunidade, os profissionais que trabalhavam na região, o comércio local e todos osicineiros que trabalhavam no território. Nas assembleias pôde-se conhecer o funcionamento do território e discutir quais eram as necessidades daquelas pessoas naquele momento, para que se pensasse em estratégias de implantação do programa.

Na Tenda é realizado o acolhimento com escuta qualificada e a identificação das demandas, habilidades e potencialidades dos sujeitos acolhidos. Essas tarefas são realizadas através de oficinas e trabalhos de grupos coordenados por equipes multidisciplinares e com a participação de organizações não governamentais que também atuam no território, entre eles estão grupos religiosos, voluntários, projetos sociais, além dos profissionais do programa “Recomeço” do Governo do Estado, cuja sede fica de frente para a Tenda, do outro lado da calçada. A Tenda fica aberta todos os dias no período das 8h às 22h e em janeiro de 2014 os profissionais do programa realizaram o cadastro dos primeiros usuários no programa e com a ajuda dos próprios moradores, realizaram o esvaziamento e a retirada dos barracos. Eles receberam uma vaga de moradia em um dos hotéis sociais, um cartão que lhes dá o direito de fazer as refeições no Bom Prato, foram inseridos nas frentes de trabalho do programa e recebem um pagamento semanal por esse trabalho. Além disso, existe um trio de profissionais, responsável pelo acompanhamento dos beneficiários de cada hotel, que é composto por um orientador do trabalho, um da saúde e um do social. Também faz parte da proposta do programa que os usuários sejam orientados sobre a importância dos cuidados com a saúde, de modo que tanto a equipe de saúde básica (Programa Consultório na Rua) quanto a equipe de saúde mental (CAPS na Rua) fazem abordagens para iniciar os cuidados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Diante de profundas fragmentações entre os processos de trabalho e da relação entre as equipes nos equipamentos de saúde pública no Brasil, das dificuldades na comunicação entre os serviços, da falta de preparo dos profissionais para lidar com as subjetividades dos sujeitos, para além do corpo orgânico que está doente, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). O PNH surge como uma resposta a algumas tentativas pontuais de incorporação de práticas humanistas por alguns profissionais, que por sua vez, percebiam a necessidade de melhorias das condições de trabalho e de acolhimento dos usuários que clamavam por maior qualidade dos serviços. Os trabalhadores reivindicavam também condições de enfrentamento do impacto provocado pelo sofrimento presente no campo de

trabalho (SOUZA e MENDES, 2009). Com o documento, o Ministério da Saúde assume a Humanização como uma política transversal que deve contemplar trabalhadores e usuários e fomentar discussões coletivas para (re)pensar os serviços e construir novos olhares para a saúde que permitam a elaboração de estratégias de intervenção a partir da realidade, sem cristalizar ou engessar os processos.

Em função do caráter polissêmico do conceito de humanização, por vezes, ações e intervenções assistencialistas são classificadas como atitudes humanizadas, por serem em si atitudes dotadas de caridade e espírito de piedade. Com frequência as ideias de “fazer pelo outro” ou “fazer para o outro” são associadas ao conceito de humanização. No entanto, em acordo com as discussões realizadas por Souza e Mendes (2009), essa concepção de humanização é muito problemática já que “em certa medida, o assistencialismo se apoia nessa perspectiva, o que reitera estruturas sociais conservadoras e alienantes” (p. 683). A humanização que é proposta pela PNH, em consonância com as diretrizes do SUS, propõe uma alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, uma nova relação entre os usuários e os profissionais, valorização da autonomia e protagonismo dos sujeitos (profissionais e usuários) na luta pela transformação e conquista por melhorias. Trata-se então de atitudes de reflexão sobre a pertinência das decisões tomadas nas relações interpessoais e modos de criar formas de “fazer *com* o outro”, compreender o trabalho em saúde como formas de cuidado de si e do outro que se fazem por meio de ações afetivas, ou seja, que afetam o outro e são afetadas por ele. Nessa inter-relação novas subjetividades são criadas (BENEVIDES, 2005; SOUZA e MENDES, 2009; NEVES, 2009).

Consoante a essa discussão, outro conceito que aparece com bastante destaque é o acolhimento. Tradicionalmente ele é compreendido como uma etapa do protocolo de atendimento e está vinculado com a ideia de recepção administrativa e ambiente agradável, ou como algo que se assemelha a uma triagem, na qual o caso é encaminhado para algum outro serviço ou profissional. No entanto, o acolhimento como diretriz da PNH diz respeito a uma ferramenta tecnológica de intervenção que altera os modos de produção de saúde. Dentre as alterações propostas, está a aproximação entre profissional e usuário e de sua rede social, assumindo uma postura ética e comprometida com esse sujeito que é visto como sujeito ativo e protagonista da produção e transformação das estratégias de cuidado.

Acolhimento é uma atitude que implica mudanças na construção do trabalho e da gestão e que deve estar presente em cada encontro. Para superar a concepção de acolhimento como triagem, o profissional precisa estar atento às demandas físicas e psíquicas dos sujeitos desde a chegada até o encaminhamento; é preciso estar sensível ao sofrimento daquele que busca atendimento e ser capaz de realizar um bom atendimento. Mesmo que o atendimento resulte em um encaminhamento, essa conduta difere de uma triagem ao fugir da

frieza dos protocolos e articular o caso com o serviço para garantir a eficácia de tal ação; é um encaminhamento responsável que rompe com a lógica da exclusão. Diferente da triagem, o acolhimento não necessita de um protocolo, um profissional específico, um horário ou local estabelecidos, ele pode acontecer em qualquer lugar e por qualquer profissional que consiga identificar quais as demandas e realizar uma conduta responsável e resolutiva. É uma tecnologia que implica a humanização das relações de serviço e um compromisso com a produção da vida, trata-se da co-responsabilização e protagonismo de todos os envolvidos.

Em continuidade às transformações do modelo de atenção à saúde iniciadas com as reformas sanitária e psiquiátrica, a política de redução de danos vem sendo construída e ampliada como uma oferta de cuidados de saúde aos usuários de droga, uma alternativa aos tradicionais tratamentos pautados na lógica da abstinência total. Na contramão do que a política de guerra às drogas estabelece, essa abordagem entende o problema das drogas como uma questão de saúde pública e que, portanto, deve ser enfrentado com estratégias de produção de saúde e não com ações jurídico-políticas. Essa política fundamenta suas práticas em modelos teóricos que entendem a questão das drogas como uma questão social que ultrapassa os desejos e volições do sujeito que a consome.

A prática da redução de danos, desse modo, implica uma postura ética dos profissionais da saúde que precisam trabalhar a prevenção e promoção da vida e da saúde do sujeito sem necessariamente esperar uma interrupção do uso da substância. O objetivo principal é minimizar os efeitos da droga sobre a vida desses usuários, auxiliando no manejo de sua vida física e emocional. Em conformidade com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, as práticas de redução de danos devem oferecer serviços de saúde para todos e trabalhar com a rede social da pessoa atendida. Mais do que cuidar da questão do uso os profissionais devem trabalhar os vínculos com a comunidade, com a família, com o trabalho. A proposta é tentar reduzir os impactos mais prejudiciais à vida do sujeito fazendo-o compreender a importância dos cuidados com a saúde e mostrando que não necessariamente ele precisa interromper o uso para “fazer parte do mundo” novamente.

METODOLOGIA

Para atender aos objetivos da pesquisa o método selecionado foi a Cartografia, que propõe um modo de pesquisa-intervenção que recomenda o acompanhamento de processos sem, no entanto, separar o conhecer e o fazer, o pesquisar e o intervir (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009). Nesse sentido, afirma-se que existem efeitos do pesquisar sobre o objeto de pesquisa e que o conhecimento decorrente desse estudo também é uma construção que ocorre durante o processo em que o pesquisador afeta e é afetado pelas forças presentes no

campo no qual está inserido. A intervenção, por sua vez, ocorre quando há um mergulho na experiência e o pesquisador-cartógrafo passa a habitar um território existencial que *a priori* ele não habitava. Nessa perspectiva, assumi o papel de observadora, e também participante que foi transformando e sendo transformada pela experiência. Foi a partir da análise dos afetos, estranhamentos e atravessamentos que surgiram durante esse processo, que se produziu o conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009).

O registro destas observações foi relatado em um diário de campo que começou a ser produzido antes mesmo da realização da pesquisa, e foi a partir dessa experiência que surgiu o interesse de utilizá-lo nesse estudo. O período registrado no diário foi de 09 de outubro de 2014 a 23 de junho de 2015. Durante o andamento do estudo participei das oficinas realizadas na Tenda De Braços Abertos, das reuniões realizadas pela equipe técnica, dos grupos realizados com os usuários, dos grupos de formação dos profissionais, dos congressos e simpósios sobre o tema saúde mental e uso de substâncias, bem como estive presente no território observando de que maneiras se dão os relacionamentos entre os usuários, entre os profissionais e entre usuários e profissionais, quais as estratégias de abordagem, como são feitos os encaminhamentos para os serviços de saúde e de assistência, e as demais atividades que a instituição realiza. No diário de campo foram registrados os processos vividos, já que ele é um instrumento que permite a emergência das contradições presentes no campo, os afetos, os conflitos, tudo que foi produzido no encontro de subjetividades. Para sua produção foram observadas as interações entre os beneficiários, as atividades que realizam diariamente, as falas e discursos, os grupos, encontros e diálogos, os sentimentos despertados durante as experiências, as inquietações, dúvidas e questionamentos.

Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com três beneficiários que participavam há mais de um ano no programa. A entrevista semiestruturada foi escolhida por ser mais flexível e possibilitar a ampliação e o aprofundamento dos temas investigados na pesquisa, além disso, tem como vantagem a obtenção dos dados tal como são compreendidos pelos entrevistados, na sua linguagem e perspectiva (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO; 2006). A amostra foi composta por 3 beneficiários, que foram selecionados a partir da minha proximidade com eles: Fabio, 38 anos, nasceu no Piauí, tem ensino superior completo, está em São Paulo há 11 anos e veio pela primeira vez em 2003 para fazer um tratamento para uso abusivo de álcool; Lucas, tem 29 anos, nasceu em Santos, estudou até o primeiro ano do Ensino Médio, está em São Paulo desde 2014 e faz uso de drogas desde os 17 anos; e Rodrigo, 50 anos, nascido em São Paulo, faz uso de várias substâncias há 30 anos e há 5 vive na Cracolândia. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes descritos são fictícios.

Foram tomados todos os cuidados éticos durante a realização da pesquisa, sendo que antes de sua realização o trabalho foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Após o envio de toda documentação necessária, o projeto foi aprovado e realizado, sendo garantido aos participantes o direito de não responder questões que fossem desconfortáveis ou mesmo o direito de cessar sua participação se assim desejassem. Coloquei-me à disposição para acolher quaisquer demandas psicológicas que aparecessem ou encaminhá-los para um serviço especializado em Saúde Mental, mas nenhuma intervenção foi necessária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Propus-me a realizar uma pesquisa cujo objetivo era identificar as dificuldades enfrentadas na implantação de uma política pública e me deparei com experiências que me fizeram (re)pensar minhas próprias atitudes enquanto estagiária, profissional e cidadã. Esse foi o primeiro desafio que se apresentou a mim e penso que isso diz muito sobre a dinâmica do lugar e de todos os envolvidos no trabalho. Quero, com isso, dizer que, mais do que objetos e estruturas institucionalizados e estáticos, o que foi posto em análise foram as minhas próprias experiências de imersão no campo, tudo aquilo que em algum momento captou minha atenção e muitas vezes me inquietou. Para a análise retomei as experiências, os processos, movimentos, diálogos, imagens e cenas que me capturaram e que foram registrados no diário de campo, e dos quais fiz os recortes que me remeteram à problematização desta pesquisa.

Kastrup (2009) compara a atenção do cartógrafo ao voo de um pássaro que está continuamente em movimento no céu e de tempos em tempos realiza um pouso. Esse pouso, no entanto, não representa a interrupção *do* movimento, mas uma parada *no* movimento. “O gesto de pouso indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha, numa espécie de zoom. Um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura. A atenção muda de escala.” (p.43). Isso significa que quando minha atenção pousa em um acontecimento do território, esse pouso não esgota nem reduz a complexidade do momento e muitos outros processos continuam em movimento durante a minha parada.

Desafios impostos pela configuração e funcionamento do território

Um dos grandes desafios enfrentados no cotidiano ali no território está diretamente relacionado à configuração e funcionamento do local. Apesar da aparente desordem identificada nos primeiros contatos com o território, existe uma lógica e um modo de vida

estabelecido daquela população. Esse modo de vida, no entanto, é marcado por muitas contradições que causam estranhamentos àqueles que se aproximam e não conhecem o local. As primeiras impressões são esquisitas, tudo parece bagunçado, fora do lugar. Toda aquela desorganização do espaço físico parece desorganizar também as relações, os pensamentos e se reflete na postura dos diferentes profissionais que ali atuam. O primeiro registro do meu diário de campo fala sobre essa minha primeira impressão do local:

“É muito chocante visualmente, pessoas jogadas no chão, misturadas com pilhas de lixo, papelão, colchonetes sujos. Muitas vezes não enxergamos a pessoa. É preciso olhar bem, às vezes parece que elas fazem parte daquele monte de coisas empilhadas. [...] Todos eles têm uma aparência cinzenta, corpos magros, roupas sujas. O lugar tem um cheiro forte de sujeira acumulada, álcool, urina. Parece que tudo é uma bagunça, uma desordem. (Diário de campo, 09/10/2014).

Inicialmente tudo chamava a minha atenção. Cenas, diálogos, movimentos, atividades. A sensação que eu tinha é de que estava o tempo todo sendo observada e não me sentia confortável naquele lugar. Meu desejo era saber tudo o que estava acontecendo ali, mas muitas coisas ocorriam ao mesmo tempo e se misturavam transmitindo a impressão de caos e do qual não era possível identificar os detalhes, as feições. Após algum tempo, quando meus olhos e ouvidos se habituaram aos incontáveis estímulos presentes naquele lugar, e conforme eu começava a me sentir mais à vontade para me aproximar das pessoas, foi possível começar a realizar alguns pousos, algumas paradas e olhar de perto o que acontecia ao redor. Comecei a perceber algumas diferenças, pessoas, expressões, notar as contradições, os modos de vida do território. Ao notar as mudanças que ocorriam no território, fui descobrindo lugares, histórias, pessoas, sonhos, medos.

“O fluxo está crescendo, as barracas¹ estão maiores e mais distribuídas no espaço. Ainda são feitas com plástico e lonas e não de madeira como eram antes do programa. [...] Lá é tudo tumultuado, tem coisas e pessoas deitadas no chão, objetos, panos, sujeira e um cheiro forte, muito forte. É o local de consumo e de refúgio deles, se escondem do sol debaixo das barracas. Fazem de tudo ali. ” (Diário de campo, 30/10/2014).

“Eu imaginava que seria difícil conversar com eles (usuários) e me surpreendi com a abertura ao contato [...] Sentei na calçada ao lado dele e conversamos por mais ou menos uma hora, ele falou sobre a vida dele, cantou algumas músicas. ” (Diário de campo, 10/10/2014).

Essas descobertas só acontecem quando nos distanciamos dos discursos que estamos acostumados a ouvir, quando suspendemos nossos juízos e valores e nos permitimos olhar e entender que ali existe vida e que, ainda que não sigam os padrões

¹ Os usuários improvisam barracas com sacos plásticos, guarda chuva, lonas ou tecidos para se protegerem da chuva, do sol ou para garantir um pouco de privacidade.

estabelecidos pela sociedade, ali vivem pessoas e não usuários de drogas. Quando permitimos que nossa escuta assuma esse lugar, eles ousam falar sobre suas intimidades e nós conhecemos o sujeito tal qual ele se apresenta. Para assumir esse lugar, no entanto, é preciso sair da defensiva, permitir-se a exposição, estar vulnerável na relação. Diante de tantas dúvidas, medos e receios esse desprendimento não ocorre naturalmente, não é fácil. Frequentemente eu tinha a sensação de não saber qual era o meu lugar, precisava estar perto o suficiente para me vincular e longe o bastante para não me confundir, “hoje eu entrei [no fluxo] pela segunda vez [...] Assim que entrei senti um incômodo, era como se estivesse invadindo um lugar estranho. E estava mesmo.” (Diário de campo, 30/10/2014). Durante toda a experiência houve movimentos de desterritorialização, no qual para habitar um novo território ocorre a transformação da subjetividade, uma reinvenção pessoal que permite a reterritorialização (DOMINGUES, 2011).

Durante o período em que vivi o cotidiano do território tive acesso aos relatos de alguns dos moradores da região sobre suas próprias experiências ao chegar ali e sobre as mudanças que ocorreram após a inserção no programa. Apesar de ser um local que acolhe as pessoas ao ponto de se identificarem como família, é um local que exige muitas mudanças e adaptações pessoais. Alguns diziam que para sobreviver ali era necessário assumir outra identidade para conquistar o respeito dos outros. Em uma atividade realizada no território na qual os beneficiários deveriam lembrar alguns adjetivos que ouviram durante a vida, um deles relatou:

“No segundo SEJA eu não pensei em coisas boas, eu falei seja ARROGANTE, seja MANIPULADOR, seja LADRÃO, seja ABRUPTO [...] Parece que são os SEJAS DO FLUXO que nos fazem assim. A coordenadora da atividade perguntou: ‘E quais são os sejas que ouviram antes de entrarem em contato com a droga?’ E surgiram as seguintes respostas: ‘Seja curioso’, ‘Seja menos careta’, ‘Seja humilhado’, ‘Seja excluído’” (Diário de campo, 10/12/14).

O território exige mudanças comportamentais que garantem a sobrevivência das pessoas e eles aprendem a duras penas as regras da rua, se embrutecem para resistir às pressões e dificuldades de viver ali diariamente. Ocorre um processo de desterritorialização e reterritorialização no qual há um movimento de afetos num processo de dessubjetivação, uma sensação de pertencimento a certo território ao mesmo tempo em que há tentativas de reinventá-lo, transformá-lo, se diferenciar dele, gerar conexão com novos territórios (DOMINGUES, 2011; FERIGATO, 2013). Essa transformação subjetiva faz também emergir a criatividade dos usuários que rapidamente, improvisam barracas para se proteger da chuva, improvisam o recipiente para se alimentar, produzem seus cachimbos, vendem todo tipo de coisas para conseguir dinheiro. Por sua vez, o fato dos beneficiários saírem da rua e irem

para os hotéis apresenta novos desafios. Como os hotéis² estão localizados nos arredores do fluxo, aqueles que querem interromper o uso de substâncias precisam se reinventar no território, precisam transformar suas relações e criar estratégias para estar na Cracolândia.

“Às vezes a pessoa quer parar, mas dentro do hotel [...] você acaba convivendo com pessoas que tem o uso muito contínuo e acaba te prejudicando [...] Quantas vezes eu não vou trabalhar, alguém ta subindo com a droga na mão, os pelinhos do corpo na hora da um arrepio.” (Entrevista, Rodrigo).

“No quarto, cada um tem o seu espaço, então eles usam a noite todinha, eles bebem a noite todinha, eu tento me segurar e me da vontade de fazer isso por vezes, mas eu to tentando criar estratégias pra ta longe do fluxo e pra ta me segurando quando eu estou dentro do quarto.” (Entrevista, Fabio).

“Bom, a gente tentava fazer da melhor forma possível uma boa convivência né, a gente sabe que naquele lugar lá, a gente lida com todo tipo de pessoas [...] . Eu procurava conversar e andar junto mais com aquelas pessoas que queriam recuperação.” (Entrevista, Lucas).

A formação das redes de conversação

Perante os desafios com os quais profissionais e usuários lidam diariamente, as redes de cuidado tornam-se essenciais. Na intermitência dos solitários momentos de incertezas, de desespero e angústia a existência de uma figura de apoio com quem seja possível estabelecer um diálogo franco alivia a pressão e encoraja que o caminho continue sendo percorrido. Diversas vezes ouvi de profissionais relatos sobre as dificuldades que sentiam em trabalhar naquela região, relatos que diziam do esgotamento, do cansaço e da desesperança que o trabalho causava e o quanto fazia falta um espaço de cuidado do profissional. Durante muitos momentos falava-se sobre a importância do trabalho em rede, de compartilhar casos.

“Os discursos, durante a conversa, falavam sobre a importância de trabalhar em rede e saber que existe uma equipe de apoio [...] Por outro lado, parece ser um grande desafio não só pela dificuldade na comunicação, mas pela falta de clareza sobre qual o papel de cada um dos serviços [...] Ao mesmo tempo em que vejo essa dificuldade, me parece que de forma geral eles entendem com clareza que estão num momento importante de repensar a atuação de cada um na construção da rede.” (Diário de campo, 20/10/14).

Por outro lado, na prática o que eu percebia era uma departamentalização do cuidado, cada instituição ficava responsável por um “pedaço” do sujeito e a escuta era selecionada. O profissional da saúde não ouve demandas que dizem respeito ao social ou ao trabalho e vice-versa. Além disso, muitas vezes as informações eram desconstruídas ou se

² O Programa conta com 8 hotéis alugados pela prefeitura, sendo que a maioria é localizado nas redondezas do fluxo e um fica na Freguesia do Ó. Eles possuem quartos para família, para casal, quartos individuais e quartos compartilhados (femininos ou masculinos).

modificavam frequentemente, o que aparentemente dificulta ainda mais a organização pessoal do sujeito que frequenta o serviço. O estabelecimento de redes não necessariamente se restringe ao mapeamento e contato realizado entre serviços. Podem ser estabelecidas redes subjetivas de cuidado, redes informais que possam ir além da discussão burocrática a respeito da lógica dos encaminhamentos assim como propõe Teixeira (2003) com conceito de redes de conversação na qual cada nó corresponde a um encontro, um momento da conversa e essa rede cria um espaço coletivo de conversação constituído por diversas regiões de conversa, o acolhimento por sua vez tem o papel de conectar esses lugares de fala. Apesar de demandar algum esforço e uma disponibilidade dialógica, a formação dessas redes produz resultados benéficos tanto para o profissional como para o usuário dos serviços, já que dessa maneira o serviço é qualificado e humanizado. Através do diálogo é possível construir redes de apoio que podem amparar o sujeito num momento de dificuldade e pode ser um espaço no qual se constroem e elaboram estratégias via compartilhamento e troca de experiências.

"Eles [profissionais de referência] estavam sempre presentes de segunda a sexta, dispostos a te ajudar em qualquer momento que você precisasse e eu procurei me cuidar mais da aparência física, da saúde [...] Depois da frente de trabalho a gente almoçava no Bom Prato e muitas vezes eu procurava ir no Sesc, procurava um dos serviços do programa Recomeço que tinha academia, ia no CAPS, eu procurava ocupar a mente. Fiz alguns cursos do Via Rápida Emprego. "

(Entrevista, Lucas)

Para os usuários essas redes de apoio já estão mais consolidadas, eles conseguem recorrer aos serviços para pedir ajuda em momentos difíceis. Existe no centro uma diversidade enorme de lugares que fazem parte da rede social de apoio, dentre eles estão o Sesc, as igrejas, praças, o Parque da Luz, o Museu da Resistência, Museu da Energia e os serviços de saúde. Muitas vezes os donos dos hotéis são figuras importantes que mantêm um vínculo próximo e diário com o beneficiário e é, muitas vezes, a pessoa que chama a atenção quando precisa e acolhe o beneficiário num momento difícil. O profissional, porém, fica muito desamparado para lidar com os desafios cotidianos e acaba desestimulado e desmotivado para realizar o trabalho, fica contaminado pela insegurança propiciada por tantas incertezas e contradições.

As contradições sobre o lugar do profissional

O programa aposta em estratégias que tenham como eixo central a redução de danos, mas por ser um programa intersecretarial a equipe é formada por profissionais de diferentes áreas, diferentes serviços e com formações diversas. Nesse sentido, um dos grandes desafios identificados na implantação dessa política está nas contradições que se apresentam aos

profissionais nesse território. Diante de tantas contradições eu me pergunto como é que devemos nos preparar para essa atuação e se existe algum tipo de preparação que dê conta da complexidade com a qual nos deparamos ao nos inserirmos naquele território tão diverso. Se por um lado nos deparamos com uma série de discursos sobre a importância da redução de danos, sobre acolhimento, humanização e sobre as maneiras de abordar as questões do consumo de drogas, por outro lado, somos o tempo todo bombardeados por discursos de ódio veiculados pela mídia e por toda uma história que sempre marginalizou o usuário de drogas e o apontou como criminoso, sujo, perdedor e culpado pela sua situação (VEDOVATTO, 2010). Olhando para minha própria experiência identifico vários momentos em que essas contradições me tomaram e tive dúvidas sobre o que estava fazendo/pensando.

“Em alguns momentos eu me flagro questionando a eficiência dessa proposta e duvidando de seu alcance. O cenário que eu vejo todos os dias no meu campo de estágio dificulta muito o reconhecimento da validade e do poder de transformação disso tudo que está acontecendo aqui. Por outro lado, consigo também enxergar pequenas transformações, micro revoluções, sementinhas que são plantadas ou alimentadas. É preciso estar atenta às pequenas mudanças e não esperar pelas grandes como tendemos a fazer” (diário de campo, 23/04/15).

Tais contradições foram para mim um grande desafio, mas era também o que me movia e era justamente o que me aproximava das pessoas e mantinham minha curiosidade e vontade de conhecer. Mesmo com dúvidas, medos e receios eu continuei ouvindo, dialogando e observando e percebi que não era a única com dúvidas. As contradições que eu vivia eram reflexo daquelas presentes no território.

Cecílio (2007) faz uma discussão importante que auxilia a questão levantada aqui. O autor compara o trabalhador moral na saúde a uma tela em branco na qual gestores e militantes imprimem seus modos de organizar e pensar o cuidado e eles, por sua vez, implementam automaticamente tais formulações em sua prática cotidiana. Essa maneira de pensar o profissional, no entanto, desistoriciza e nega a existência de um sujeito que já atuava e já pensava modos de cuidado, antes da implementação de uma nova política definida pelo novo governo. Em um registro do diário de campo encontrei uma fala que reforça essa discussão, na qual um profissional disse “Antes de ter todos esses serviços aqui, o CAPS já existia, tinha 5 mil usuários no fluxo e a gente dava conta. ” (Diário de campo, 20/10/2014). Essa fala diz respeito, talvez, a um desconforto despertado ao ser informado que, a partir de tal data, o trabalho deve ser realizado de outra maneira, sem no mínimo ouvir aqueles que já oferecem um tipo de cuidado.

Com essa discussão, no entanto, o autor não pretende ignorar a necessidade de se estabelecer e pensar mudanças nas estratégias e diretrizes de tratamento, mas nos lembra

que além de um usuário que recebe tratamento e cuidado, há um profissional que oferece esse cuidado e que esse profissional também deve ser ouvido e valorizado. De acordo com o estudo realizado por ele, os trabalhadores “são instituintes o tempo todo, de novas institucionalidades que não são, necessariamente, as portadas pelos conceitos que estamos tentando traduzir em novas práticas” (CECÍLIO, 2007, pg. 347). Ou seja, os profissionais quando chegam a um novo serviço, não chegam como uma caixa vazia que pode ser preenchida com novo conteúdo, pelo contrário, chegam preenchidos de valores e ideais e utilizam seus espaços de liberdade e autonomia para intervir conforme seus valores e interesses. Essa discussão sustenta e explica a existência de tantas contradições entre os profissionais do programa De Braços Abertos em um território onde atuam diferentes instituições.

Silva (2010) apresenta o surgimento dos primeiros Programas de Redução de Danos (PRD's) e diz que inicialmente havia um consenso de que os redutores de danos deveriam ser alguém que já havia feito uso de drogas e conhecesse a região onde iria trabalhar, mas com o passar do tempo perceberam que o que era fundamental era apenas uma postura de acolhimento e habilidade para criar vínculo, ter uma boa escuta, se aproximar das pessoas e tratá-las bem e não como pessoas perigosas. Essa percepção sobre o perfil dos redutores de danos nos faz pensar se também precisamos exigir um profissional da saúde que aceite ser revestido de novos conceitos ou se, como proposto por Cecílio (2007), a qualidade do serviço prestado não esteja mais vinculada a participação dos profissionais na (des)construção de conceitos, ações e práticas.

Nesse sentido, o vínculo que é construído no encontro dialógico entre profissional e usuário assume a importância de ser o “local” das potenciais transformações e (des)construções. Na minha experiência de estágio, esse espaço do vínculo e da confiança também foi atravessado por medos, receios e dúvidas, gerados ou alimentados pelas contradições do território, mas que foram se reconfigurando a cada encontro e a cada conversa. Ao chegar ao território eu levei comigo uma bagagem adquirida anteriormente, carregava as discussões acadêmicas sobre uso e abuso de substâncias, sobre redução de danos, sobre clínica ampliada, humanização e acolhimento, mas também levava comigo o peso do julgamento moral que a sociedade nos apresenta cotidianamente e todos os estereótipos associados àquele lugar. Ao chegar lá, no entanto, parecia que nada disso fazia sentido, nada era suficiente para explicar qual meu papel e o que eu deveria fazer ali e eu comecei a tentar me vincular a eles, a me aproximar. A importância dessa relação próxima e confiável apareceu, em todas as entrevistas, inclusive como uma fonte de suporte nos momentos difíceis do tratamento:

"Quando eu me sentia um pouco frustrado com algumas situações eu procurava bastante os técnicos, quando eu me sentia angustiado, fissurado, eu procurava bastante [...] eu conseguia assim se manter, se controlar e eu acho que foi essencial essa ajuda do CAPS, dos profissionais, dos técnicos." (Entrevista, Lucas).

"[...] Fui mais próximo com o orientador em termos de diálogo. Foi o único que eu tive assim diálogo mais próximo, que eu pude confiar, que eu senti confiança [...] senti mais que um orientador como um amigo, uma pessoa próxima." (Entrevista, Fabio).

"Tenho amizade com todo mundo, os orientadores, a gente tem um contato, eu falo até umas coisas íntimas para eles, se tornou uma amizade mesmo." (Entrevista, Rodrigo).

Para cartografar experiências, diálogos, relações foi necessário eu me colocar em relação com o outro, me permitir a aproximação e a escuta daquele sujeito que se apresentava diante de mim com tudo o que ele tem, apresentando suas qualidades sem esconder os defeitos. Muitas vezes precisei suspender ideias, julgamentos que chegavam sem cessar, mas quando estabelecemos uma relação de confiança, temos que estar disponíveis para ouvir relatos que muitas vezes são desagradáveis e também para expor nossas características pessoais. Em uma situação vivenciada nas primeiras semanas do meu estágio, porém, fui orientada a desconfiar de todos e aquilo me causou um enorme desassossego.

"Após um ocorrido na tenda uma pessoa da equipe me orientou a jamais confiar em nenhum dos usuários. Achei muito estranho e me incomodou o fato de eu "não poder confiar em nenhum deles". Eu me perguntava: Será que estou sendo muito ingênua? Será mesmo que nenhum deles é confiável? Mas como trabalhar em um lugar onde não posso confiar em ninguém? Como estabelecer um vínculo com os usuários sem estabelecer uma relação de confiança? [...] Pensar que eu não poderia confiar em nenhum deles me deixou angustiada, me fez pensar se eu não estaria confiante demais, despreocupada demais." (Diário de campo, 20/10/2014)

No território trabalham muitos profissionais e cada um utiliza estratégias orientadas pela sua instituição de origem e de acordo com os valores que sustentam suas práticas. Apesar do programa "De Braços Abertos" funcionar como um apoio aos serviços da rede, nem todos trabalham com a redução de danos e essas diferentes formas de cuidado produzem muitas incongruências. Nem sempre a disponibilidade para ouvir e confiar no que o outro diz, faz parte da prática do colega de trabalho. Essa discussão, amparada pela redução de danos, é mais familiar aos profissionais da saúde e dos direitos humanos e mais distante àqueles das áreas do trabalho e segurança pública, por exemplo, e o cotidiano no território nos revela as contradições desses discursos, muitas vezes até entre profissionais da mesma área gerando desconfortos e dúvidas, como aconteceu comigo na experiência citada acima. A fala de um beneficiário em entrevista também revela um desses contrassensos, "O pessoal do consultório de rua começou a me aconselhar, eles me viam lá, me destacando,

até porque eu nunca fiquei muito sujo assim decadente né, aí eles me viam e me aconselharam internação, internação, internação, aí um deles me falou do Braços Abertos. ” (Entrevista, Rodrigo).

O modelo da internação frequentemente é associado ao discurso religioso e à questão moral vinculada aos usuários de drogas, e os valores morais são quase onipresentes no cotidiano de profissionais e usuários dos serviços na região da Cracolândia. Se não são claramente discutidos e mencionados, aparecem embutidos em atitudes, gestos, expressões corporais que denunciam o caráter das estratégias adotadas pelos profissionais e até mesmo na fala dos próprios usuários que se identificam com imagens e estereótipos associados a eles. Quando digo que a questão moral está sempre presente, estou falando sobre o embate que existe entre o que é considerado certo ou errado, sobre as dúvidas acerca do papel dos profissionais que ali atuam, sobre a necessidade de desconstruir crenças e preconceitos.

Ronzani, Noto e Silveira (2014) apontam o preconceito, a discriminação e o estigma sobre os usuários como importantes barreiras ao tratamento dessa população, uma vez que elas acabam por definir o tipo do cuidado que é, ou não, destinado a essas pessoas. Ainda de acordo com os autores, a estigmatização dos usuários se torna uma barreira à medida que os profissionais, por não acreditarem na capacidade de melhora do usuário, trabalham sem motivação e oferecem um serviço desumanizado e discriminatório. Essa postura dos profissionais muitas vezes é percebida pelos usuários, como emergiu em uma das entrevistas:

“Têm profissionais ali que não estão preparados pra tá lidando com o beneficiário, com o núcleo da Cracolândia [...] a gente vê pelo olhar, pelo jeito que se fala, a postura, o comportamento, eu sinto isso. Tem funcionário ali que olha com desprezo, 'o que eu to fazendo aqui junto desses nóias, desses lixos?'”. (Entrevista, Fabio).

Muitas vezes os profissionais agem de acordo com pensamentos morais, identificam o consumo de drogas como falha de caráter e atribuem a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do problema ao usuário. Nesse sentido, os próprios profissionais reproduzem os discursos pejorativos que a sociedade atribui ao usuário e eles passam a concordar e internalizar essa imagem negativa de si mesmo (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014). Um dos entrevistados falou: “O programa funciona pra aquele que tiver força de vontade, quem quiser consegue. ” (Entrevista, Rodrigo). Essa fala, carregada da visão moralista e culpabilizante, provavelmente ecoa de discursos que ele ouviu muitas vezes em diferentes lugares nos quais procurou atendimento.

Por outro lado, em um dos primeiros dias da minha experiência de estágio esse tema foi mencionado a partir de outro lugar, outro ponto de vista, por um profissional que estava acompanhando alguns estudantes que visitavam o território. Nessa ocasião foi feita uma

reflexão pautada nas discussões mais atuais sobre as políticas de tratamento para álcool e outras drogas. Os visitantes foram alertados sobre a importância de rever seus próprios preconceitos quando se propõe trabalhar com aquela população.

[...] Foi falado na visita sobre a importância de estar sempre pensando a própria atuação e tomando o cuidado de ouvir o outro para que o programa não se torne uma ferramenta de legitimação e reprodução de um modelo higienista que tenta disciplinar e docilizar os corpos, já que a proposta do programa é a redução de danos (diário de campo, 09/10/14).

Essas experiências revelam a variedade de vozes presentes no território, vozes que se contradizem frente a tantas possibilidades, tantas ideias e propostas; é impossível que qualquer pessoa saia dali sem nenhum questionamento, sem nenhuma dúvida. As contradições presentes no território por si só provocam reflexões sobre o que é a droga, qual a responsabilidade da sociedade com aquelas pessoas, como aquelas pessoas chegaram até ali, como vivem, como se alimentam, qual o papel dos serviços, o que as mantém ali. É um território que no mínimo nos desestabiliza ao nos retirar da nossa zona de conforto.

“Existe uma técnica mais eficiente que a outra para lidar com o sofrimento humano? Existe o jeito certo de fazer? O jeito certo de pensar? Existe explicação para o que acontece aqui? Existe solução? Seria isso um problema ou um sintoma avisando que algo na cidade não vai bem? Seria uma atitude deliberada de enfrentamento ou resistência desses usuários? Ou será que é uma fuga por desajustamento? Não se sentem capazes de retornar ao convívio social ou não querem retornar? Existe um caminho que lhes possibilite essa saída, essa mudança? São muitas perguntas sem resposta e a incerteza me incomoda, confunde, atrapalha.” (Diário de campo, 31/03/2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Arrisco dizer que o maior aprendizado que tive com essa experiência foi o reconhecimento do potencial transformador das relações e do ambiente. Pequenos encontros, diálogos informais, uma disposição para ouvir produz enormes transformações em todas as partes envolvidas. Tudo no ambiente nos afeta e certamente também afetamos os outros e não nos damos conta dos resultados que um único gesto pode provocar. Hoje, após mais de um ano imersa num cotidiano que não era meu, me vejo transformada pelos desafios que enfrentei, pelos relacionamentos que estabeleci, por reflexões que emergiram nos desencontros e incertezas. Assim como os beneficiários, usuários e todas as pessoas que vivem na região precisam se reinventar diariamente, eu também me reinventei. Conheci pontos de vista, mudei minha postura, aprendi outro jeito de estar com o outro e de pensar e construir redes e vínculos significativos.

Esse parece ser um dos grandes e mais importantes avanços desde a implantação do programa, uma mudança da disposição dos serviços, uma tentativa (ainda em construção) de co-responsabilização de todos pelo trabalho que é realizado. Esse é o grande desafio, uma reinvenção da oferta de cuidado. O que se configura com esse programa é uma alteração do tipo de encaminhamento que se faz ao usuário. Apesar da prática não corresponder ao ideal, já começa a se delinear no território outro tipo de comunicação entre os serviços. A comunicação e as propostas de trabalho são discutidas em reuniões que tentam aproximar os serviços e com a participação do usuário, do oficineiro que realiza uma atividade, do pastor da igreja, do redutor de danos do CAPS, da assistente social da ONG. Apesar de existirem divergências entre o trabalho proposto por cada um dos serviços, existem espaços onde todos podem dialogar e acho que esse diálogo é muito rico, das contradições presentes nesse lugar podem surgir novas propostas.

A proposta de realizar um trabalho atendendo a população em seu próprio território também possibilitou uma alteração significativa na concepção que o profissional tem daquela população. Certamente houve diminuição do preconceito atrelado à imagem do usuário de drogas que conseqüentemente resultou em uma maior procura e adesão dos usuários aos serviços e tratamentos de saúde. A partir da implantação do programa no território eles foram olhados a partir de outro ângulo, foram vistos como pessoas e como tal, puderam atualizar sua documentação e assumir sua identidade, foram reconhecidos como pessoas singulares, tinham nome, sobrenome, apelidos, um documento com foto, um trabalho, tinham tuberculose, pneumonia, uma ferida no pé, uma alergia na pele, traziam consigo uma história com alegrias e tristezas, tinham família e amigos, sonhos e desejos. Foi oferecida ao usuário a oportunidade de recuperar seus direitos e com o tempo eles aprenderam a exigí-los.

O programa foi construído e pensado com a participação do beneficiário e o grande desafio é dar continuidade a essa proposta sem distanciá-la das necessidades do território que, por sua vez, está num contínuo processo de mudanças e transformações. Desse modo, é imprescindível estar vivendo as mudanças, manter uma relação próxima com a população e o ambiente, estar sensível às nuances do local. É necessário que continuem existindo contradições, estranhamentos, dúvidas, pois são elas que provocam a reflexão e que impulsionam para mudanças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Rev. Interface Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216/01**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

_____.Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

CECILIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: Reflexões sobre um conceito. **Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

DOMINGUES, A. R. **Cartografias de uma experiência comunitária**. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

FERIGATO, S. H. **Cartografia dos centros de convivência de campinas: Produzindo redes de encontros**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

NEVES, C.A.B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, supl.1, p.781-95, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L.- **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e Produção de Subjetividade**. Porto Alegre: Salina; 2009.

RONZANI, T. M; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores**. Ed. UFJF. Juiz de Fora, 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SILVA, F. C. Redução de Danos: campo de possibilidades para práticas não proibicionistas em saúde. In: SANTOS, L. M. D. B. (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas** – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, supl.1, p.681-8, 2009.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-112.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas - Nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas In: SANTOS, L. M. D. B. (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas** – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

Contatos: adriana.lellis@outlook.com e adriana.domingues@mackenzie.br