

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL -
PPGPSI

Moises Romanini

**NARRATIVAS DO DESASSOSSEGO:
DO RE-EN-COLHIMENTO ÀS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS
USUÁRIOS DE DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2016

Moises Romanini

**NARRATIVAS DO DESASSOSSEGO:
DO RE-EN-COLHIMENTO ÀS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS
USUÁRIOS DE DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
PORTO ALEGRE/RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do Título de Doutor em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Pedrinho A. Guareschi

Co-orientadora: Adriane Roso

Linha de Pesquisa: Redes Sócio-Técnicas,
Cognição e Comunicação

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Romanini, Moises

Narrativas do Desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS / Moises Romanini. -- 2016.

350 f.

Orientador: Pedrinho A. Guareschi.

Coorientadora: Adriane Roso.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Acolhimento. 2. Drogas ilícitas. 3. Serviço de saúde mental. 4. Psicologia social. 5. Saúde pública. I. Guareschi, Pedrinho A., orient. II. Roso, Adriane, coorient. III. Título.

Moises Romanini

**NARRATIVAS DO DESASSOSSEGO:
DO RE-EN-COLHIMENTO ÀS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS
DE DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTO ALEGRE/RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do Título de Doutor em Psicologia Social e Institucional.

Aprovada em 15 abr. 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedrinho A. Guareschi – Orientador

Profa. Dra. Adriane Roso – Co-orientadora

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon – UFRGS

Profa. Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian - UFRGS

Profa. Dra. Ângela Arruda – UFRJ

Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein – UFRN

Para Fernando P. [in memoriam], que esta tese represente, ao menos um pouco, teus saberes e teus ensinamentos.

Também a todas às pessoas que tornaram possível a escrita deste trabalho, em especial, aos meus heterônimos-interlocutores, que me acolheram e permitiram que os encontros e os desassossegos fossem possíveis...

AGRADECIMENTOS

Ao concluir a escrita desta tese, quero agradecer...

... aos meus pais, Vilson e Clarice, pelo amor e apoio incondicionais, que, ao longo desses anos, mesmo longe do universo acadêmico, entenderam minhas ausências e buscaram me acalmar nos momentos difíceis e comemoraram comigo as pequenas conquistas nesta trajetória. Sem eles, nada disso seria possível. Mesmo sem terem tido a oportunidade de estudar, eles investiram, econômica e afetivamente, no meu processo de formação, desde os anos iniciais da graduação até o término do doutorado. A eles, meu amor, gratidão e admiração!

... ao meu irmão Mateus, que também está concluindo seu percurso no doutorado em Filosofia, pelo amor, respeito e apoio, construídos ao longo desses anos de convivência. Agora, mesmo longe, faz-se presente sempre em minha vida.

... à minha amada amiga Jaqueline Dreier, pelo vínculo construído ainda nas salas de aula em Três Passos, quando foi minha professora de matemática. Nossa amizade, construída e fortalecida ao longo dos anos, é uma das bases que me mantém nos momentos difíceis, um porto seguro para onde sempre volto num abraço aconchegante e revigorante. Teu amor e teu apoio são fundamentais e nunca haverá palavras suficientes para expressar todo o amor e gratidão pela tua presença em minha vida!

... às minhas amigas do coração Debora Fontoura e Patrícia Ketzer, ex-colegas de filosofia, pela amizade, amor e apoio. Sempre se fizeram presentes, mesmo que distantes geograficamente. A vocês, meu amor e minha admiração!

... às minhas amigas, irmãs, mães do coração, Rejane Almeida e Maria Isabel Lopes. Dois presentes da vida que tive a alegria de encontrar aqui em Porto Alegre. Pelo grande apoio que vocês me deram com as transcrições das entrevistas e grupos realizados na pesquisa. Mas, muito além disso, pela convivência e pelo aprendizado cotidiano de que o amor e a gratidão são os sentimentos mais nobres que podemos ter e que devem ser cultivados sempre, seja com quem for. Sempre que estou com vocês meu coração se acalma e minha alma se engrandece!

... ao meu amigo e companheiro Marcio Azambuja, que vem me mostrando e me ensinando, a cada dia, que os afetos podem e devem ser expressos, sem medo e sem sentir vergonha daquilo que sentimos. Teu apoio, teu carinho e tua compreensão foram fundamentais nessa etapa final da escrita da tese. Amor, carinho e gratidão!

... aos meus grandes e amados amigos que deixei em Santa Maria, após o ingresso no doutorado e minha mudança para Porto Alegre. Em especial à Carlise Cadore, Ana Carolina

Cademartori, Bruna Osório Pizarro, Luciane Kist, Cláudia Magalhães, Vânia Fortes de Oliveira, Michelle Giacomini e tantas outras pessoas que entenderam minha ausência por esse longo período e que, mesmo assim, continuaram se fazendo presentes em minha vida, pessoas que moram no meu coração! Também ao Cristiano Sausen, que acompanhou de perto as turbulências da minha vinda à Porto Alegre, sempre me apoiando e ajudando no que fosse necessário, minha gratidão e carinho sempre! À minha amiga e irmã Glause Almeida, pelo amor, compreensão e apoio!

... ao professor, amigo e orientador Pedrinho Guareschi, que, com sua sabedoria e sensibilidade, acolheu-me e acalmou-me na entrevista de seleção para o doutorado com um dos gestos que mais gosta de fazer: estendendo o braço e servindo uma boa cuia de chimarrão. Esse primeiro gesto foi apenas um dos muitos expressos por ele de humildade e de sua grande vontade de compartilhar sua sabedoria com o maior número possível de pessoas. Deu-me a oportunidade de não apenas ingressar no curso de doutorado, mas de conviver com ele e aprender muito a cada encontro. Espero, sempre, fazer jus à confiança depositada em mim e aos saberes compartilhados. Minha gratidão e admiração a você!

... à minha querida professora, amiga e co-orientadora desta tese, Adriane Roso. Pelo companheirismo, amizade, carinho, por me ensinar o que verdadeiramente é ser um professor: ética, luta pelos estudantes, de um esforço e dedicação incomensuráveis e, acima de tudo, amor pelo que faz! Tu estás sempre comigo, na forma como escrevo e na maneira como entro em sala de aula, agora como professor. Gratidão por compartilhar comigo teus saberes e ser minha inspiração para atuar como psicólogo e professor, mostrando que é possível a coerência entre aquilo que se diz e aquilo que se faz!

... à professora Ângela Arruda, por ter aceito o convite para participar deste momento tão importante em minha trajetória! Teus escritos me inspiraram ao longo desses quatro anos e tuas contribuições no momento da qualificação do projeto foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese. Tuas ideias e teu jeito afetuoso e acolhedor são exemplos para mim!

... à professora Simone Paulon, que tive a oportunidade de conhecer mais de perto em uma disciplina que cursei durante o doutorado e que contribuiu enormemente para a construção desta tese, obrigado pelas contribuições no momento da qualificação, pelo apoio, carinho e amizade. Sinto-me feliz e honrado com tua participação na banca e com a certeza de que esse será apenas mais um dos muitos momentos que iremos compartilhar!

... à professora Sandra Torossian, obrigado pela disponibilidade e interesse em participar da banca de defesa desta tese. Certo de que tua trajetória acadêmica e teus saberes sobre o

campo das políticas sobre drogas serão fundamentais neste processo. Obrigado pela atenção e colaboração!

... à professora Magda Dimenstein, que tão receptiva foi ao convite para participar da banca, mesmo que através de um parecer escrito, pelas contribuições, reflexões e momentos de encontros que ainda estão por vir. Que, em uma viagem de trabalho, tive a oportunidade de conhecê-la pessoalmente e ver que, muito além da grande e respeitada pesquisadora, estava diante de uma mulher radiante, afetuosa e muito acolhedora! Gratidão pelos belos e alegres momentos que tivemos juntos!

... aos professores e funcionários técnico-administrativos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, pelos aprendizados e desafios que fizeram este curso de doutorado um momento de muito crescimento pessoal e profissional. Em especial, à professora Rosane Neves, que, com muita paciência, sabedoria e reflexões preciosas me ajudou a pensar no meu projeto de pesquisa; à professora Neuza Guareschi, que me oportunizou uma rica experiência como editor assistente no Periódico *Polis e Psique*, pelos aprendizados e saberes construídos nesse período; ao professor Henrique Nardi que, talvez mesmo sem saber, contribuiu em um momento específico deste percurso com apontamentos relevantes em relação ao meu projeto e pelo convite em compor uma escrita de um capítulo de um livro de seu grupo de pesquisa; e ao funcionário técnico-administrativo da UFRGS e amigo Israel Aquino, sempre muito receptivo e ágil com as burocracias universitárias, pelo apoio e carinho!

... à professora e grande amiga Paula Sandrine Machado, que, ainda de forma tímida, conheci em uma das primeiras disciplinas que cursei no doutorado. Por ter aceito me orientar nos estágios de docência em três disciplinas, nas quais aprendi muito e consegui me sentir mais à vontade ainda na função de professor. O espaço dado nas aulas, a confiança, o apoio e os teus ensinamentos carregou sempre comigo. De professora e orientadora à amiga, agradeço o amor e o carinho! Respeito, amor e admiração por ti, pela grande profissional e pela bela pessoa que és!

... à professora Claudia Giacconi, que foi a primeira professora que acreditou no meu potencial como pesquisador, quando me selecionou para o grupo de pesquisa coordenado por ela na UFSM ainda no primeiro semestre de graduação. Pela atenção, carinho, confiança e pelo teu investimento em mim! Também à professora Sílvia Koller, com quem tive a oportunidade de trabalhar em um projeto de pesquisa, ainda nos meus primeiros anos de graduação, pelos saberes partilhados e pelo teu olhar, sempre atento e carinhoso! Em um dos momentos de maior

crise no doutorado, foi ela quem me olhou e me disse palavras que nunca vou esquecer naquele pátio do Instituto de Psicologia.

... aos colegas de doutorado, em especial a que me acolheu e, de uma certa forma, conduziu-me nos caminhos do Instituto de Psicologia da UFRGS, apresentando-me não apenas a UFRGS e a cidade de Porto Alegre, mas pessoas que hoje fazem parte da minha vida. Priscila Detoni, minha colega, amiga, irmã, um presente que a vida me deu. Teu jeito alegre e acolhedor me conquistou logo nos primeiros contatos. O meu amor, carinho e admiração por ti não cabem em palavras. Sofremos juntos, sorrimos juntos e estamos concluindo esse percurso juntos. Não poderia haver outra pessoa com quem compartilhar todos esses momentos. O texto aqui escrito tem muito de ti e de nossas conversas. A minha vida hoje tem muito de ti. Amor e amizade para toda a vida! Gratidão também por me apresentar pessoas que, felizmente, hoje fazem parte da minha vida: em especial Grace Tanikado, Carla Bottega e Paula Marques! Vocês são muito especiais para mim!

... aos colegas do Grupo de Pesquisa “Ideologia, Comunicação e Representações Sociais”, coordenado pelo Professor Pedrinho Guareschi na UFRGS, em especial à Daniela Dias, que tanto admiro e que, com sua força e sensibilidade, ensinou-me muito, mais do que possa imaginar! E à Camila Gonçalves, que a coincidência de estarmos no mesmo grupo oportunizou-nos estreitar nossos laços de amizade. Foram muitas as angústias e as alegrias compartilhadas! Gratidão por tudo, outro presente da vida, outro amor e amizade para a vida toda!

... aos professores Eduardo Saraiva, Fabio Dal Molin e Jerto Cardoso da Silva, que compuseram a banca de avaliação do concurso para professor do Departamento de Psicologia da UNISC, por acreditarem no meu potencial e me oportunizarem a alegria de ser professor nessa bela instituição!

... aos colegas da UNISC, que me receberam de forma tão afetuosa e acolhedora e que me mostram, cotidianamente, que é possível construir um espaço saudável, aberto e com possibilidades de construções conjuntas no contexto acadêmico. Em especial à Ana Luisa Teixeira de Menezes, Betina Hillesheim, Dulce Zacharias, Edna Garcia, Rosângela Fontoura da Cruz, Sílvia Areosa, Simone Bedin, Simone Machado e Teresinha Klafke, que, em momentos e de formas distintas, demonstraram seu afeto, apoio e compartilharam momentos de aprendizado intenso comigo.

... aos estudantes da UNISC, que me motivam a cada semestre a continuar lutando por uma educação de qualidade e que mostram que vale a pena ser professor. Eles que, assim como meus colegas, tão bem me receberam, incentivam-me e me ensinam a ser uma pessoa melhor.

Em especial a duas estudantes, hoje psicólogas, Carolina Schneider e Graziela Lucas, que, no último ano, compartilharam comigo seus saberes, angústias e construções no estágio integrado que realizaram no CAPS AD III de Santa Cruz do Sul. Em nossos encontros, elas construíram comigo muitas das reflexões que apresento nesta tese.

... à minha amiga e agora doutoranda em Psicologia Social e Institucional na UFRGS, Fernanda dos Santos de Macedo, pela contribuição nesta pesquisa e pelos anos em que viemos acompanhando o trabalho um do outro.

... a todas as pessoas, usuários e profissionais, que tive a oportunidade de conhecer no percurso dessa pesquisa. Infelizmente não posso citar os nomes, para não comprometer a confidencialidade, mas é devido a essas pessoas que, de forma direta ou indireta, essa tese se fez possível. Gratidão pelos afetos, pela acolhida, pelos encontros, saberes e desassossegos compartilhados.

... ao CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado, que tanto auxiliou na construção desta trajetória e na escrita deste trabalho.

O amor, o sono, as drogas e intoxicantes, são formas elementares da arte, ou, antes, de produzir o mesmo efeito que ela. Mas amor, sono e drogas tem cada um a sua desilusão. O amor farta ou desilude. Do sono desperta-se, e, quando se dormiu, não se viveu. As drogas pagam-se com a ruína de aquele mesmo físico que serviram de estimular. Mas na arte não há desilusão porque a ilusão foi admitida desde o princípio. Da arte não há despertar, porque nela não dormimos, embora sonhássemos. Na arte não há tributo ou multa que paguemos por ter gozado dela.

O prazer que ela nos oferece, como em certo modo não é nosso, não temos nós que pagá-lo ou que arrependermos dele.

Por arte entende-se tudo que nos delicia sem que seja nosso – o rasto da passagem, o sorriso dado a outrem, o poente, o poema, o universo objectivo.

Possuir é perder. Sentir sem possuir é guardar, porque é extrair de uma coisa a sua essência.

(Fernando Pessoa, em Livro do Desassossego: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa.)

RESUMO

Nesta tese partimos da caracterização do que denominamos processos de re-en-colhimento das pessoas que fazem uso de drogas e das implicações dos diferentes discursos públicos sobre esses sujeitos. Pensamos que há um en-colhimento do sujeito [que justifica seu recolhimento], definido única e exclusivamente em função da droga que usa ou da relação que estabeleceu com aquela substância. O problema, ora definido como social, de saúde, recai no indivíduo. Percebemos nos estudos realizados sobre Representações Sociais e Drogas, que o uso/usuário de drogas é atravessado por uma forte representação social: o individualismo. Ou seja, tanto no crime quanto na doença, é o indivíduo que deve ser responsabilizado por seus atos. Em contraposição a esse contexto, o acolhimento é preconizado como uma diretriz ética, política e estética. Com a Teoria das Representações Sociais (TRS), arriscamos, ao mesmo tempo, analisar a constituição de uma rede de significados sobre acolhimento e drogas e como uma “rede” de ferramentas conceituais pode contribuir nessa reflexão. Essa pesquisa teve como objetivo geral analisar como os encontros entre os saberes dos profissionais de saúde e de pessoas que usam drogas produzem, sustentam e/ou transformam as práticas de acolhimento em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Inserida no espectro das pesquisas participativas, adotamos como estratégias metodológicas a observação participante em três contextos da RAPS da cidade de Porto Alegre/RS (Área Técnica de Saúde Mental, CAPS AD e Consultório na Rua), diário de campo, entrevistas narrativas (com usuários e profissionais) e grupos de discussão com os profissionais. Durante a construção da tese, foram registradas 298 horas de observação, 34 entrevistas e 3 grupos de discussão. A partir da elaboração dos resultados, estruturamos a tese em três partes: a primeira de cunho teórico-metodológico, a segunda, na qual apresentamos as trajetórias coletivas das equipes acompanhadas, e a terceira, na qual refletimos sobre o conceito polifásico de acolhimento, propondo a noção de “condição de acolhimento”, bem como fazemos um retorno à Teoria das Representações Sociais, problematizando alguns elementos conceituais tendo como base as discussões contemporâneas sobre o conceito de sujeito e subjetivação e a proposta de tensionar a teoria a partir da ferramenta da análise de implicação, do “estranhamento do familiar”, da revisão do conceito de alteridade e do papel dos afetos na (des)construção das representações.

Palavras-chave: Acolhimento. Drogas ilícitas. Serviços de saúde mental. Psicologia social. Saúde pública.

ABSTRACT

In this thesis we start off with the description of what we call re-em-bracement (re-en-colhimento) of people who were drug users and the implications of the different public speeches about these people. We think there is a un-bracement of the subject [justifying their in-taking], defined only and exclusively in regard of the drug of use or of the relation he/she established with the substance. The health problem, here defined as social, goes back to the individual. We perceived in the studies about Social Representation and Drugs, the use/r is shown as a strong social representation: individually. That is, as in crime as in illness, it is the individual who needs to take responsibility for his actions. In contrast to this context, embracement is prescribed as an ethical, political, and esthetical guideline. With the theory of Social Representation (TSR), we risked analyzing the constitution of a network of meanings about embracement and drugs and how a network of conceptual tools can contribute for this reflection. This research had as a general goal to analyze how the encounter between the knowledge of the health professionals and that of the people who use drugs produce, sustain and/or transform the embracement practices at different points of the psychosocial care network. Inserted in the spectrum of participative research, we adopted as methodological strategies participant observation in three contexts of the psychosocial network of the city of Porto Alegre/RS (Technical area of mental health, CAPS AD and Clinic in the Street), field journal, and narrative interviews (with users and professionals), as well as group discussions with the professionals. During the making of the thesis, 298 hours of observation were registered, 34 interviews, and 3 group discussions. From the elaboration of the results, we structured the thesis in three parts: the first being theoretical-methodological based, the second, where we present the collective pathways of the teams being observed, and the third one, where we discussed about the multiphase concept of embracement, proposing the notion of “condition for embracement”, as well as we return to the Theory of Social Representation, problematizing some conceptual elements having the contemporary discussions about concept of subject and subjectivities as a basis and the proposal to mold the theory from the analysis of implication tool, from the “family feud”, from the review of the concepts of alterity and of the role of affections in the (de)construction of the representations.

Key-words: User embracement. Street drugs. Mental health services. Psychology social. Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A arquitetura da representação: constituintes e modo de produção.....	41
Figura 2 - O Modelo Toblerone	42
Figura 3 - Acolhimento Dialogado e Rede de Produção de Afetos	67
Figura 4 - Arquitetura Metodológica da Pesquisa.....	72
Figura 5 - Grupo de Discussão sobre Acolhimento – Fórum AD	95
Figura 6 - Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre.....	132
Figura 7 - Mosaico no Auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciários.....	134
Figura 8 - Polifasia do Território.....	138
Figura 9 - Estruturação e Qualificação da Rede de Saúde da GD GCC.....	139
Figura 10 - Organograma atual da Gerência Distrital GCC.....	140
Figura 11 - Grupo de Discussão sobre Acolhimento – CAPS AD GCC	150
Figura 12 - Rede de Atenção à Saúde Mental	164
Figura 13 - Boca de Rua e as Internações Compulsórias	194
Figura 14 - Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre.....	203
Figura 15 - Centro de Saúde Santa Marta	209
Figura 16 – <i>Hall</i> de Entrada do Consultório na Rua	209
Figura 17 - Esquema da estruturação do Consultório na Rua	213
Figura 18 - O MNPR em Porto Alegre.....	225
Figura 19 - Kombi do CR no Parque da Redenção	226
Figura 20 - Grupo de Discussão sobre Acolhimento – CR Centro	230
Figura 21 - Psicodinâmica da Vida nas Ruas	236
Figura 22 - Projeto da Saúde sensibiliza servidores na luta por igualdade	251
Figura 23 - As práticas de acolhimento e seu caráter polifásico	267
Figura 24 - Condição de Acolhimento	278

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tópicos e questões norteadoras dos Grupos de Discussão	76
Quadro 2 - Registro das Observações Participantes – Área Técnica	87
Quadro 3 - Entrevistas realizadas com os profissionais da Área Técnica.....	88
Quadro 4 – <i>E-mail</i> enviado pela Área Técnica	89
Quadro 5 - Registro das Observações Participantes – CAPS AD GCC	140
Quadro 6 - Entrevistas realizadas com profissionais e usuários do CAPS AD GCC	142
Quadro 7 - Atividades realizadas no CAPS AD GCC	143
Quadro 8 - Registro das Observações Participantes (CR Centro).....	205
Quadro 9 - Entrevistas com Profissionais e Usuários do Consultório na Rua Centro	207

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ALICE – Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação

AMOVICS – Associação de Moradores da Vila Cruzeiro do Sul

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento

AT – Área Técnica

CAD – Centro de Atenção Diária

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CEVC – Centro de Especialidades no Centro de Saúde Vila dos Comerciários

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CGAPSES – Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONAD – Conselho Nacional sobre Drogas

CR – Consultório na Rua

CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul

CRR – Centro Regional de Referência

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

CRTB – Centro de Referência em Tuberculose

CT – Comunidade Terapêutica

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DDAHV – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EESCA – Equipe Especializada da Criança e do Adolescente

EMT – Estimulação Magnética Transcraniana

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESF Pop Rua – Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FASE – Fundação de Atendimento Sócio-Educativo

FEBEM – Fundação do Bem-Estar do Menor

FIFA – *Fédération Internationale de Football Association*

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GD – Gerência Distrital

GD-C – Gerência Distrital Centro

GD-GCC – Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HPS – Hospital de Pronto Socorro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSP – *International Network of Street Papers*

LGBTTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MNPR – Movimento Nacional de População de Rua

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OP – Orçamento Participativo

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAIUAD – Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

PAM3 – Posto de Assistência Médica da Vila dos Comerciantes

PB – Proteção Básica

PE – Proteção Especial

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PGM – Procuradoria Geral do Município

PIEC – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNH/SUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde

POP Rua – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

PRD – Programa de Redução de Danos

PROCEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF Sem Domicílio – Programa Saúde da Família sem Domicílio

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RD – Redução de Danos

RS – Representações Sociais

SAE – Serviço de Assistência Especializada em DST, HIV/Aids

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SDH – Secretaria de Direitos Humanos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande de Sul

SMSPA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - OS PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: TRILHANDO OS DESASSOSSEGOS	33
1 REVISITANDO A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A NOÇÃO POLISSÊMICA DE ACOLHIMENTO.....	34
1.1 REFLEXÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)	34
1.2 REFLEXÕES SOBRE A NOÇÃO POLISSÊMICA DO ACOLHIMENTO	53
2 SOBRE O PLURALISMO METODOLÓGICO DA PESQUISA: REDES, ENCONTROS DIALÓGICOS E CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS.....	69
2.1 OS LOCAIS E OS INTERLOCUTORES DA PESQUISA	71
2.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E DIÁRIO DE CAMPO	73
2.3 FÓRUM AD E GRUPOS DE DISCUSSÃO.....	75
2.4 ENTREVISTAS NARRATIVAS.....	77
2.5 O OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA.....	80
2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	82
PARTE II - SOBRE OS ENCONTROS E AS PRÁTICAS DE RE-EN-COLHIMENTO: SENTINDO OS DESASSOSSEGOS	85
3 A ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS DE ENCOLHIMENTO	87
4 O CAPS AD E AS PRÁTICAS DE COLHIMENTO.....	132
5 O CONSULTÓRIO NA RUA E AS PRÁTICAS DE RECOLHIMENTO	190

PARTE III - SOBRE OS SABERES CONSTRUÍDOS NOS E ATRAVÉS DOS ENCONTROS - IMPLICAÇÕES PARA A NOÇÃO DE ACOLHIMENTO E A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PENSANDO OS DESASSOSSEGOS	255
6 DO RE-EN-COLHIMENTO À CONDIÇÃO DE ACOLHIMENTO	256
7 DESASSOSSEGO, TENSÃO E O POTENCIAL CRÍTICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	280
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	300
REFERÊNCIAS	306
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	334
APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	336
ANEXO A - INDICADORES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	337
ANEXO B - MORADORES DE RUA EM PORTO ALEGRE	343
ANEXO C - POLÍTICAS INTEGRADAS PARA O CUIDADO DOS DEPENDENTES DE CRACK.....	349
ANEXO D - FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL.....	350

INTRODUÇÃO

No dia 14 de fevereiro de 2011, o Jornal Diário de Santa Maria noticiou uma morte anunciada: “Crime: tiro foi disparado depois de a policial ter entrado em luta corporal com o suspeito”. Logo abaixo, o título em letras grandes: “PM mata invasor de escola”. O “criminoso” levou um tiro nas costas enquanto tentava fugir (DIÁRIO DE SANTA MARIA, 2011).

Quem é o autor do crime? A policial ou o invasor? Conversei com esse invasor/criminoso dias antes de sua morte, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) onde minha pesquisa de mestrado foi realizada (ROMANINI, 2011). Ele fazia planos para uma “nova vida” [SIC¹], queria trabalhar, casar e ter filhos. Mas, segundo ele, o “crack não deixava”. Sua vida se tornou descritível, passível de transcrição quando de sua morte, nas páginas policiais deste jornal. O que era silencioso, insignificante, ganhou visibilidade. Mas é uma vida que se tornou visível no momento em que não existia mais. Tomando emprestada a expressão de Foucault (2003), esse é mais um caso de vida de um “homem infame”.

Uma das questões que me motivava a seguir estudando o tema das drogas era a tentativa de me aproximar dessas vidas, buscando entender as práticas e discursos a elas direcionados e por elas construídos. Minha história com o tema das drogas tem como marco significativo o ano de 2008, quando do meu primeiro estágio curricular no curso de Psicologia. Minha prática de estágio aconteceu em um CAPS AD da cidade de Santa Maria/RS. Sem nunca ter entrado em contato com essa problemática antes do estágio, senti-me um tanto confuso. Nasci e cresci em uma cidade do interior do Estado, na qual aprendi que “maconheiro” era alguém perigoso, que representava uma ameaça à ordem e aos bons costumes. Para ter algum sucesso na vida, escutava dos professores de minha escola que deveria ficar longe das drogas e, conseqüentemente, daqueles que faziam uso delas. Em primeiro lugar, havia uma indistinção entre usuário e dependente. A única relação concebível entre uma pessoa e qualquer droga, principalmente as ilícitas, era a de dependência. Em segundo, o simples fato de uma pessoa fazer uso de uma droga, como a maconha, determinava seu caráter.

Confesso que até o momento em que ingressei no CAPS AD pouco mudei em relação à minha atitude ou à forma de conceber o uso ou o usuário de drogas. Poderia dizer, ao menos, que eu estava mais tolerante em relação ao tema. Aos poucos fui me defrontando com uma realidade até então desconhecida. Escutar as histórias daquelas pessoas não era uma atividade

¹ SIC = Segundo informações colhidas.

fácil. Ao “confrontar” e questionar o meu saber sobre drogas, no encontro com o saber daqueles que usam drogas, fui descobrindo o quão complexo é trabalhar, pesquisar e falar sobre esse fenômeno. Ao final da graduação, já propus um primeiro movimento de pesquisa, problematizando as concepções dominantes sobre drogas através do meu trabalho de monografia. Identificamos e analisamos as estratégias ideológicas presentes no discurso do Jornal Zero Hora sobre a “epidemia do crack” (ROMANINI; ROSO, 2012). Continuando e complementando essa pesquisa, no mestrado propomos a criação de “rodas de conversa” com usuários de crack para debater a Campanha televisiva “Crack, nem pensar”, do Grupo RBS² (ROMANINI, 2011).

Neste momento, de percurso de um doutoramento, intentamos dar um passo diferente em relação às pesquisas já realizadas. Nos dois trabalhos anteriores tecemos algumas críticas sobre a maneira como os meios de comunicação de massa vêm abordando o tema, a partir das nossas interpretações e das interpretações dos nossos interlocutores nas rodas de conversa. Mas sentimos a necessidade de iniciar um novo movimento. Diante do encolhimento, do silenciamento das pessoas que sofrem com o uso de drogas e das implicações dos diferentes discursos públicos sobre esses sujeitos, nossa questão de pesquisa se situou em torno do acolhimento a pessoas que usam drogas. Partimos da noção de acolhimento como uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), concebendo-o como um acolhimento-dialogado, que acontece na trajetória do sujeito dentro dos serviços, e não apenas no momento de sua entrada nos mesmos.

Percebemos, em grande parte das vezes, que os discursos hegemônicos, monopolizadores do saber sobre as drogas, orientam as ações ou intervenções ao “corpo-drogado” – ou a prisão, ou o tratamento, preferencialmente em leitos hospitalares de desintoxicação, o maior tempo possível. Inúmeras situações relacionadas ao uso de drogas têm nos preocupado e nos remetem à discussão realizada nesta tese. Temos presenciado, nos últimos tempos, o recolhimento de usuários de crack nas chamadas “cracolândias”, principalmente no estado do Rio de Janeiro. O caso das internações compulsórias tem sido apresentado como uma solução ao problema da drogadição. Em meio a essas notícias, também foi anunciada publicamente a aquisição de armas de choque para a polícia, com o intuito de facilitar a abordagem aos usuários que devem ser retirados das ruas.

O fenômeno das internações compulsórias pode ser considerado fundamental para analisarmos as relações entre a mídia e a implementação de políticas públicas no Brasil. A

² O Grupo RBS é uma rede de comunicação que abrange os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul definido como um conglomerado de mídia que inclui emissoras de TV e rádio, jornais e portal de internet.

ampla veiculação de matérias e reportagens associadas ao tema tem despertado um “clamor popular” pela internação dos usuários. Um dos resultados que percebemos no legislativo é a criação de uma série de projetos de lei que busca regulamentar e/ou instituir a internação compulsória, dentre eles, destacamos alguns: o PL 7.663, sugerindo alterações na lei nº 11.343, do Deputado Osmar Terra (projeto este já contestado pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Psicologia, por exemplo); o PL 3.450/2012, de Alfredo Kaefer, que afirma que o Estatuto da Criança e do Adolescente sustenta a argumentação da internação compulsória; o PL 2.370/2011, de Liliam Sá, cujo foco é nas crianças e adolescentes em situação de rua; e os projetos dos deputados Demóstenes Torres (2010), Arnaldo de Sá (PL 888/2011), Delegado Waldir (PL 1.144/2011), Pastor Marco Feliciano (PL 3.167/2012), Miriam Marroni (PL 438/2011) e da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, do Dr. Raul Torelly (PL 237/2011).

Sobre a questão das internações involuntárias ou compulsórias, Merhy (2012) nos ajuda a pensar nelas como práticas repressivas e policiais. Quando concebemos o usuário de drogas como dependente químico, como uma vítima da substância, somente a abstinência e a interdição do contato com a droga podem produzir efeitos terapêuticos. Ou seja, somente com a internação compulsória é que a “vítima” teria a chance de escapar da captura-dependência (MERHY, 2012). A partir dessas considerações de Merhy (2012), podemos pensar em uma vinculação do proibicionismo com a patologização, já que as ações repressivas e policiais são, também, consequências da concepção da doença, que faz dessas pessoas sujeitos sem desejo e sem direito.

Outras situações, como o financiamento público das fazendas ou comunidades terapêuticas, muitas delas ligadas a instituições religiosas, têm sido apresentadas em alguns meios de comunicação. Mas a pergunta que se faz geralmente é se esses locais são bons ou eficazes para o tratamento da dependência química. Acreditamos que essa não é a questão, pois nenhum dispositivo de tratamento pode ser considerado bom ou ruim de maneira isolada. Mas o paradoxo do investimento de um Estado laico em instituições religiosas, enquanto que há um desinvestimento nos serviços públicos e nas redes de saúde, não é colocado em pauta.

No estado do Rio Grande do Sul, o Governo pretendia construir um presídio para dependentes químicos em 2013, que foi nomeado de Centro de Referência para Privados de Liberdade Usuários de Álcool e Outras Drogas (GOVERNO DO ESTADO..., 2012). Uma reportagem em um jornal de grande circulação do mesmo estado anuncia que uma mãe iniciou uma ação judicial para que a filha “viciada” em crack seja esterilizada através da laqueadura tubária – uma “esterilização compulsória” (MÃE PEDE QUE..., 2012).

Há pouco tempo foi anunciado num telejornal de grande abrangência o experimento da Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) como uma esperança para as famílias de usuários de drogas. Esse tratamento é indicado para casos de depressões e planejamento de neurocirurgias. O Conselho Federal de Medicina (CFM) adverte que o EMT superficial para outros casos deve continuar sendo considerado um procedimento experimental³. Entretanto, na referida matéria veiculada na televisão, falou-se em experimentos com EMT bem-sucedidos com usuários de cocaína e que pesquisadores querem submeter usuários de crack moradores de rua às sessões desse procedimento experimental.

Parece-nos que essas situações são ora sustentadas e/ou movidas por estereótipos, estigmas e preconceitos relacionados aos usuários, ora produtoras e/ou reforçadoras destes. Em todas as situações narradas, as pessoas que fazem uso de drogas são reduzidas a um corpo-objeto, alvo de intervenções que visam apenas o “bem” deles (ROMANINI, 2011). A nossa tarefa, enquanto psicólogos e profissionais de saúde, é não apenas olhar para esse corpo, mas escutar suas histórias e suas vidas, que vão muito além do problema do uso de drogas. Caso contrário, correremos o risco de contribuir com práticas higienistas e, até mesmo, eugenistas⁴.

Entretanto, movimentos contrários têm surgido e se manifestado, principalmente através das redes sociais, na internet. Dentre eles, destacamos o movimento “Lei de Drogas, é preciso mudar”, as Frentes Nacional e Estadual Drogas e Direitos Humanos, o Coletivo Princípio Ativo, os movimentos associados à Luta Antimanicomial, Associações de pais, usuários e amigos dos CAPS AD. Esses movimentos sociais representam um espaço político, público, de luta pelo respeito aos direitos humanos, tendo como pressupostos outras formas de conceber as drogas e os usuários. Faz-se necessário, contudo, pensar em maneiras de articular esses movimentos e manifestações contra hegemônicas no campo das drogas, possibilitando uma maior visibilidade dos mesmos. Precisamos dar movimento às diferentes representações sociais e aos diversos saberes sobre o tema, ampliando e aprofundando o debate político da questão. Destacamos aqui o domínio do público, do político, uma vez que entendemos que este se contrapõe aos possíveis discursos marcadamente retóricos sobre o fenômeno.

Essas e outras situações nos dizem muito sobre o fenômeno em questão, e têm nos indicado que as drogas, para além de suas definições tradicionais, têm se tornado um campo de

³ O parecer do Conselho Federal de Medicina nº 37/11 trata da Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como um ato médico reconhecido como válido e utilizável para os casos indicados (PORTAL MEDICO, 2011).

⁴ O termo Eugenia foi criado por Francis Galton, concebido como o estudo dos agentes que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente. Galton propunha que as forças cegas da seleção natural deveriam ser substituídas por uma seleção consciente, devendo os homens utilizar o conhecimento adquirido sobre o progresso da evolução para promover a evolução física e moral no futuro (GOLDIM, 1998).

disputas entre saberes. Esses diferentes saberes acabam por “esquadrinhar” o sujeito, tomando-o como objeto, não apenas do conhecimento, mas de disputas políticas e ideológicas. Acontece que o sujeito (a pessoa que usa droga), que deveria ser a principal preocupação, acaba sendo deslocado para as margens. As lutas simbólicas, científicas, políticas e sociais sobre as drogas (BERGERON, 2012) acabam excluindo o ator-usuário do debate. Seu corpo e sua doença são alvo das intervenções, sendo objetificados, mas o sujeito tende a desaparecer em meio às disputas – restando o indivíduo, culpabilizado pelo seu fracasso. Quando ele é posto em cena, acaba sendo considerado como alguém que perdeu as qualidades essenciais que fazem de alguém um sujeito social digno e respeitável. Ele acaba sendo definido pela decadência (moral), compulsão, irresponsabilidade e animalidade (BERGERON, 2012), o que é usado como justificativa para o seu afastamento e reclusão em hospitais, clínicas ou mesmo nas prisões. Há, portanto, uma negação da possibilidade de cidadania, com o encolhimento do sujeito, definido única e exclusivamente em função da droga que usa ou da relação que estabeleceu com aquela substância. O problema, ora definido como social, de saúde, recai no indivíduo.

Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS) pode ser bastante potente quando tratamos do tema drogas, visto que as representações sociais do uso de drogas recebem significados de acordo com os grupos de pertença e o contexto social no qual estão inseridos. A representação social, enquanto um conhecimento construtivo e de caráter social que se origina nas conversações cotidianas, é uma elaboração de um objeto social (no caso, as drogas) pela comunidade com o objetivo de conduzir-se e comunicar-se em relação aos temas e problemas vividos. Para a Teoria das Representações Sociais, representar significa construir realidade sobre o que nos cerca, para entender e agir no social, constituindo-se como um saber socialmente elaborado e partilhado (MOSCOVICI, [2000]2010; JOVCHELOVITCH, [2007]2008).

Nesse sentido, são fundamentais os estudos sobre drogas e representações sociais, pois eles podem elucidar práticas sociais sobre o uso e/ou sobre as pessoas que usam drogas. Ao resgatar a passagem de um dos grupos realizados na pesquisa de mestrado (ROMANINI, 2011), buscamos apontar uma das potencialidades desse estudo a partir da Teoria das Representações Sociais:

[...] Eu tive quatro internação, nessas quatro aí vô tê dizê, a que mais me fez efeito foi a primeira, porque eu realmente aprendi alguma coisa. Porque as outras, as outras foi pra desintoxicar o corpo, o corpo tu desintoxica ali... em um mês sem uso tu desintoxica o corpo, mas a cabeça... a cabeça tu não vai desintoxicar nunca. Nunca porque muitas vez tu não tem nem vontade de usá, te dá saudade do troço, tá ligado, não é vontade, é saudade. (ROMANINI; ROSO, 2013a, p. 493).

Essa pessoa ainda complementa sua fala dizendo que “A fissura dá depois que tu usa”, mas o problema é “o desejo”. O que podemos pensar e como podemos agir diante dessa fala? Se eu o vejo como um dependente químico, com uma doença crônica e incurável, encontro uma explicação razoável para o que ele chamou de “saudade”: no DSM-IV isso é denominado de “síndrome de abstinência”. Essa síndrome pode ser tratada com medicamento e internação. Mas acreditamos que a saudade é outra coisa, mais profunda, mais difícil de entender. E, nesse caso, a minha representação do uso/abuso como doença vai influenciar e/ou modificar minha prática e a vida daquele que estou escutando, atendendo, me relacionando (ROMANINI; ROSO, 2013a). A relação com a droga é tão intrínseca que torna a droga um humano-objeto, pois saudade é o que se sente no vínculo entre as pessoas e a materialidade do mundo.

A mídia, por sua vez, trata de “colher” essas histórias – de fracassos, incapacidades e falhas pessoais, conforme seus critérios, e veicular através do rádio, televisão, jornal e internet. Como veremos em uma breve revisão sobre como a mídia tem tratado o tema drogas, as formas simbólicas veiculadas têm criado e sustentado relações de dominação⁵, entre ricos e pobres, homens e mulheres, entre o privado e o público, reproduzindo as visões hegemônicas da “guerra às drogas”.

Atualmente, percebemos que o uso de drogas e, especificamente com a “eclosão” da denominada “epidemia do crack”, tornou-se um “caso de polícia” e um caso de saúde pública. Ao abuso de drogas ou à dependência química são atribuídos uma série de problemas sociais: as “cracolândias” nos grandes centros urbanos; o aumento nos índices de violência; o tão anunciado problema da “crise de valores” e das “famílias desestruturadas”; os altos custos associados aos tratamentos destinados aos usuários de drogas; dentre outros. Sabemos que grandes investimentos têm sido realizados pelos governos (nas três esferas – federal, estadual e municipal) na tentativa de ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando oferecer “mais e melhor saúde”. Esses investimentos e tentativa de ampliação ao acesso aos serviços de saúde, entretanto, não ocorrem de forma pacífica. Nesta tese, partimos da ideia de que este é um campo de disputas ideológicas e políticas, que nem sempre leva em consideração a perspectiva dos profissionais e usuários do sistema de saúde, em alguns momentos, excluindo-os deliberadamente dos debates e da formulação de políticas públicas, mas que, ao mesmo tempo, individualiza no usuário o problema. Ora, essa pesquisa buscou reconstruir os saberes

⁵ Entendemos que ocorre *dominação* quando as relações de poder dentro dos campos ou instituições são estabelecidas de forma sistematicamente assimétricas (THOMPSON, 2007). Relações de poder são sistematicamente assimétricas quando um indivíduo ou um grupo de indivíduos detém o poder de maneira estável, excluindo outros indivíduos ou grupos das decisões e das escolhas sobre suas próprias trajetórias.

produzidos no cotidiano dos serviços de saúde mental, propondo encontros dialógicos que conversem e falem com essas experiências, e não que falem sobre elas ou delas.

Tratam-se de práticas de acolhimento, que nos colocam em contato com a alteridade, portanto, conosco mesmos. Apostamos nas reflexões sobre o acolhimento como uma experiência singular, que acontece cotidianamente nos serviços, nos encontros mais corriqueiros e comuns entre profissionais e usuários. Como alguns autores afirmam, trata-se de uma “tecnologia leve”, relacional (MERHY, 2013a, 2013b, 2013c), que não tem sido foco de “investimentos”. Um montante significativo de dinheiro pode ampliar a malha assistencial, ampliando o número de serviços ofertados à população, mas não implica necessariamente uma ampliação da escuta, do acolhimento, do cuidado às pessoas. As dificuldades vivenciadas pelos profissionais (por exemplo, falta de investimento nos serviços, excesso de demandas, jornadas cansativas de trabalho, falta de diálogo com os gestores, entre outros) podem ser um importante atravessamento no momento de acolher o usuário que chega no serviço.

Em meio a essas dificuldades, temos ainda, nesse campo de batalhas e interesses envolvidos com as políticas sobre drogas, as práticas de “colhimento”, “encolhimento” e “recolhimento” das pessoas que fazem uso de drogas. Apostamos, desde a concepção do projeto desta pesquisa, numa prática de acolhimento radicalmente singular e diferente dessas outras práticas, que muitas vezes são tomadas como sinônimos. Nosso trabalho, portanto, buscou uma aproximação com movimentos sociais de fortalecimento do SUS, da (reforma da) Reforma Sanitária, com a perspectiva da Redução de Danos como uma postura política, que defende uma pedagogia ou uma educação para a autonomia, e não uma pedagogia do medo.

Em relação às nossas escolhas teóricas e metodológicas, cabe enfatizar que elas têm certas implicações éticas, epistemológicas e políticas, como buscaremos evidenciar no último capítulo desta tese. Entendemos que tomar as representações sociais enquanto produção, expressão e instrumento de um grupo na sua relação com a alteridade, permite-nos adensar as reflexões sobre as condições de emergência e funcionamento das representações, seu papel e seu lugar na dinâmica das interações – acolhimento – entre profissionais e usuários de drogas. Por isso também que consideramos fundamental a aproximação entre a ideia de “redes de produção de saúde” ou de produção de acolhimento, com a noção de representações sociais como uma rede de significados, em constante movimento e transformação.

Com o objetivo de mapear os estudos sobre drogas e representações sociais, realizamos uma revisão sistemática de artigos publicados nos portais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – PePSIC) e PsycINFO. De 2002 (ano em que se

instituiu a Política Nacional Antidrogas, hoje denominada Política Nacional sobre Drogas⁶) ao final do ano de 2013, momento em que o projeto de tese foi qualificado, encontramos e analisamos 23 artigos que tinham como foco a relação entre drogas e representações sociais (CAMPOS; REIS, 2010; ARAÚJO; GONTIÉS; NUNES JÚNIOR, 2007; ARAÚJO; CASTANHA; BARROS; CASTANHA, 2006; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; MACIEL; OLIVEIRA; MELO, 2012; LÓPEZ, 2007; HENAO, 2012; DANY; APOSTOLIDIS, 2002; OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010; SIERRA et al., 2005; GIACOMOZZI, 2011; RODRÍGUEZ; MEGÍAS, 2001; FERREIRA; SOUSA FILHO, 2007; NUÑO-GUTIÉRREZ; ALVAREZ-NEMEGYEI; RODRIGUEZ-CERDA, 2008; ARALDI et al., 2012; HALPERN; LEITE, 2012; VARGAS et al., 2013; JEIFETZ; TAJER, 2010; BUSTOS, 2005).

A análise desses estudos publicados sobre drogas e representações sociais nos levou a formular algumas considerações de caráter metodológico e teórico. Vamos começar por um breve comentário metodológico. Chama a nossa atenção dois aspectos. O primeiro, a quantidade significativa de estudos que utilizaram apenas um método de coleta de dados. E o segundo, a preponderância da “análise de conteúdo temática”, embora tenhamos percebido a diversidade de métodos de análise empregados. Em relação ao primeiro, queremos destacar que nas ciências humanas e sociais e, particularmente, na Teoria das Representações Sociais, o pluralismo metodológico é considerado uma necessidade metodológica (BAUER; GASKELL, 1999; BAUER; GASKELL; ALLUM, [2000]2008).

Em relação ao segundo aspecto, sobre a recorrência da análise de conteúdo temática, lembramos a questão da superação da “Lei do Instrumento”: uma criança que só conhece o martelo pensa que tudo deve ser tratado a marteladas (BAUER; GASKELL; ALLUM, [2000]2008). Ou seja, se conhecemos apenas a análise de conteúdo temática, tudo deve ser tratado e analisado desta maneira. Isso ainda nos remete aos poucos estudos que utilizam grupos focais, diário de campo e análise de discurso, por um lado; e, por outro, a ausência de pesquisas que utilizam as entrevistas narrativas e as análises retóricas e argumentativas na construção e tratamento dos dados, métodos estes que foram indicados por Salazar (2003) por seu teor crítico e com potencial para aprofundar a Teoria das Representações Sociais.

Com o intuito de dar conta dessa rede de significados e práticas, arriscamo-nos a propor não um método, mas um pluralismo de técnicas metodológicas dentro de um delineamento

⁶ O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, instituiu a Política Nacional Antidrogas. Conforme seu artigo 1º, a política instituída buscava estabelecer objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2002).

qualitativo de pesquisa, pautado nas pesquisas participativas e observação participante. Apostamos numa arquitetura metodológica que também se aproxima, a nosso ver, da arquitetura dos processos representacionais. A escolha de três contextos para realizar a pesquisa vem de uma constatação um tanto básica e óbvia deste pesquisador. Em um curso sobre prevenção ao uso de drogas, em que eu “defendia” uma concepção relacional do uso de drogas, da perspectiva da redução de danos, deparei-me com pessoas que defendiam arduamente a internação em comunidades terapêuticas e a abstinência como única meta possível. As bases do “confronto” de ideias estavam lançadas. Entretanto, no decorrer dessa experiência, lembrei de uma conhecida frase de Leonardo Boff (1998, p. 9): “todo ponto de vista é a vista de um ponto”.

Minhas experiências com usuários de drogas, até então, foram dentro dos CAPS AD, que têm uma perspectiva comunitária, pautada na proposta de Redução de Danos. Nos CAPS atendíamos casos diversos, dos mais “leves” aos mais “graves”, o que nos propiciava uma visão mais aberta do fenômeno em questão. Mas, e quem vive e trabalha diariamente em uma comunidade terapêutica ou hospital? Pelo que escutei nesse curso, essas pessoas têm contato apenas com casos muito graves, casos “de vida ou morte”. Ou seja, as diferentes “vistas de um ponto” (os diferentes pontos de atenção da rede) influenciam diretamente nos diferentes “pontos de vista” sobre o fenômeno e as pessoas que usam drogas. Por isso a tentativa de deslocamento de um ponto a outro da rede, buscando compreender essas diferentes “vistas”.

Agora, algumas considerações ou implicações teóricas dessa análise proveniente da revisão sistemática. A primeira consideração refere-se à noção de prevenção ou estratégias preventivas empregadas por diversos autores (ARAÚJO et al., 2006; FERREIRA; SOUSA FILHO, 2007; SIERRA et al., 2005; JIMÉNEZ, 2007; ARALDI et al., 2012; MARTINI; FUREGATO, 2008). Parece-nos “natural” que seja melhor prevenir que curar, ou conforme o ditado popular, “é melhor prevenir do que remediar”. Contudo, a prevenção não é uma prática única. De que prevenção se trata então? Lancetti (1989) explica que a palavra prevenir, etimologicamente, provém do latim *praevenire*, vir antes, tomar a dianteira. Dentre as opções que o dicionário Aurélio dá à palavra, há duas que nos interessam para a discussão: uma delas é fazer propender, dispor, preparar-se; a outra é impedir, proibir, interromper. Os significados “impedir”, “proibir” e “interromper” nos remetem à lógica biomédica-curativa-repressiva identificada na série jornalística “A Epidemia do Crack” (ROMANINI; ROSO, 2012), bem como na campanha “Crack, Nem Pensar” (ROMANINI; ROSO, 2013a).

Os significados “fazer propender”, “dispor”, “preparar-se” lembram a definição de Caplan (1980) de ações preventivas em termos de “provisão de suprimentos”, físicos, psicossociais e sócio-culturais. Contudo, “se fazemos a oferta, produzimos demandas. Essas

demandas de ajuda serão respondidas na ação preventiva sob a rubrica de ações supletivas. Dize-me quão desequilibrado estás e te direi o que te falta” (LANCETTI, 1989, p. 82). Entendemos que a noção de prevenção nos limita, no campo das drogas, a atuar com estratégias proibitivas/restritivas. Uma maneira de ampliar o debate é através do conceito de promoção de saúde.

O conceito de promoção de saúde apresenta uma pluralidade de opiniões em sua definição e também confusões no que diz respeito à proximidade e o limite com o conceito de prevenção. Além disso, a utilização dos princípios e estratégias, concernentes a tal conceito, demonstra dificuldades na realização de práticas em saúde que efetivamente correspondam aos pressupostos da promoção de saúde. Isto porque as ações no âmbito da saúde giram, predominantemente, em torno da doença, sua cura, controle ou prevenção, devido à influência e hegemonia do modelo biomédico (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; CARVALHO, 2004).

Mas a promoção de saúde, ao mesmo tempo que amplia nosso espectro de atuação, limita-nos a uma noção ideal de saúde. Parece-nos que a “Educação para a Autonomia”, proposta por Gilberta Acselrad (2005), é a que mais condiz com o paradigma político da Redução de Danos. Como vimos em alguns dos estudos analisados, a prevenção é tarefa por excelência dos educadores, buscando evitar o encontro dos alunos com as drogas. Entretanto, a demanda dos educadores e das escolas por encontros de formação para a prevenção é uma demanda por respostas prontas, por “verdades” sobre as drogas, seus malefícios à saúde e à sociedade. Diante da dificuldade em formular um discurso pedagógico sobre drogas, os educadores acabam incorporando um discurso dominante antidrogas, caracterizando uma pedagogia do medo. Só que a prevenção nestes moldes ensina a repetição de palavras de ordem, por exemplo, “diga não às drogas”, mas não instrumentalizam os sujeitos a avaliarem os riscos, as possibilidades de uso (que vai ocorrer em diferentes momentos da vida), entre outros.

Na perspectiva da Educação para a Autonomia, a abstinência deixa de ser “o” objetivo proposto para tornar-se num dos muitos caminhos possíveis. Identificada com a perspectiva da Redução de Danos, a Educação para a Autonomia se contrapõe aos discursos morais e legais que definem o usuário como um “doente” ou um “criminoso”. E ela faz isso esclarecendo e refletindo sobre os diferentes tipos de relação com a droga e as diversas possibilidades de ação educativa: os usos não dependentes, que envolvem riscos também, devem ser alvo de atenção e acompanhamento pedagógico, sem, contudo, moralizar e condenar o sujeito que faz uso da substância. A pedagogia do medo, ao invés de acompanhar, afasta o sujeito. Caso o uso seja dependente, os educadores podem atuar no sentido de estimular a formulação de uma demanda

por tratamento, participando do encaminhamento, mantendo um acompanhamento pedagógico, e estabelecendo vínculos de confiança (ACSELRAD, 2005).

Entendendo que a decisão de uso é pessoal, a Educação para a Autonomia aposta na consciência crítica, na responsabilidade que cada um tem diante de si mesmo e diante do outro. Esse modelo de educação constitui-se como uma pedagogia dialógica, provocante, que suscita a formulação de questões por educadores e educandos. Ao pensar num projeto de educação para a liberdade, acabamos por compreender que o mal não está na droga em si, mas na forma como nos relacionamos com ela. Assim a escola cumpre seu papel, pois os programas educativos sobre drogas aliarão ao debate e à reflexão crítica a descriminalização do usuário, a luta contra discriminações de qualquer natureza e contra as desigualdades (ACSELRAD, 2005).

Ainda uma última consideração. Retomando um questionamento feito por Caroline Howarth (2006), sobre o que as representações sociais fazem (*What do social representations 'do'?*), destacamos algumas das ações ou práticas que as representações sobre drogas fazem ou produzem no cotidiano. Vamos destacar aqui quatro “ações representacionais”, dentre tantas outras que surgiram na análise realizada. A primeira se refere às questões de gênero. Algumas representações sociais sobre o uso ou usuário de drogas, quando “lidos” e entendidos a partir da perspectiva de gênero, revelam que estas criam e/ou sustentam estereótipos de gênero vivenciados na sociedade dentro dos serviços de saúde, produzindo por um lado a invisibilidade das mulheres, e, por outro, um sistema de acusações – que as mulheres, ao consumirem drogas, não cumprem com suas funções familiares, sociais e laborais (CAMPOS; REIS, 2010; JEIFETZ; TAJER, 2010; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; MACEDO; ROSO; LARA, 2015).

A segunda, indiretamente relacionada à primeira, nos mostra que as representações podem contribuir para a classificação de contextos familiares ou tipos de família. O estudo de Ferreira e Sousa Filho (2007) apontou, dentre outras coisas, que os contextos familiares marcados pela autoridade e pela ênfase nas emoções e nos papéis sociais são percebidos por usuários de maconha. Em contrapartida, não usuários de maconha percebem que em seu contexto familiar coexistem a autoridade com o companheirismo e com o cuidado. Tais classificações podem ser apropriadas de forma equivocada. Em outro estudo, apontamos para a necessidade urgente de revermos os discursos que associam o uso de drogas à noção de famílias desestruturadas (ROMANINI; ROSO, 2013b).

A terceira se refere à atribuição de uma identidade ou estigma ao usuário (CAMPOS; FERREIRA, 2007; VARGAS et al., 2013; JIMENEZ, 2007; BUSTOS, 2005). São diversas as identidades ou estigmas atribuídos aos usuários, como “doente”, “criminoso”, “drogado”, entre

tantos outros que dificultam a (re)inserção e reconhecimento social dos mesmos. A essas identidades ou estigmas, somam-se algumas características da “personalidade” do usuário, como a dificuldade de conviver com limites e o fato de serem manipuladores, como evidenciou a pesquisa de Vargas et al. (2013). A última, relacionada diretamente a anterior, refere-se ao fato de que a representação social do usuário como doente reforça a categoria diagnóstica da dependência química, como uma doença crônica e incurável (ARAÚJO et al., 2006; CAMPOS; FERREIRA, 2007; HALPERN; LEITE, 2012; VARGAS et al., 2013). Os sujeitos se apropriam de tal maneira dessa representação que ela se cola à identidade – “sou dependente químico, em recuperação”.

Essas quatro “ações representacionais” são sentidas e experimentadas pelos sujeitos cotidianamente. Parece-nos que o que as torna comuns, ou o que as aproxima, é a representação social do individualismo, tão presente em nossa sociedade. Lembro-me de uma frase dita por uma pessoa que eu atendia em um CAPS AD: “estou colhendo aquilo que plantei”. Nas quatro ações descritas, um problema multifacetado e complexo é reduzido ao nível individual – o indivíduo está pagando por suas escolhas (pelo uso da droga). E é nesse sentido que arriscamos falar em “práticas de colhimento”, práticas moralizantes que atribuem uma identidade, um estigma, que sustenta estereótipos de gênero e institui um sujeito doente.

As “práticas de colhimento” são também “práticas de encolhimento”, pois reduzem um fenômeno social e o sujeito ao nível individual. Uma das nossas hipóteses é que essas práticas se tornam possíveis mediante a utilização da estratégia ideológica denominada “naturalização” (THOMPSON, 2007) – os fenômenos, extraídos de seu contexto social, histórico e cultural, tornam-se naturais. Estamos falando, sobretudo, da função ideológica que as representações sociais podem desempenhar, criando e/ou estabelecendo relações de dominação, que excluem o outro – mais uma vez o problema da alteridade –, justamente esse outro que precisa ser acolhido nos serviços de saúde.

Além dos encontros dialógicos com profissionais e usuário oriundos de diferentes pontos de atenção (e de vistas) da rede, propomos aqui encontros dialógicos entre diferentes autores, visando um aprofundamento teórico-conceitual. Os diferentes arranjos teóricos e metodológicos propostos nesse trabalho podem fazer emergir algo novo. Lembrando, com Zanella (2013), que o “novo” na pesquisa pode ser tanto a explicitação de algo até então não enunciado, portanto inédito ainda que fundado no já dito, quanto a apresentação de uma nova possibilidade de leitura para algo há muito tempo estudado/enunciado e cuja familiaridade pode estar nos cegando.

A partir das reflexões empreendidas até o momento, entendemos que, diante dos processos de re-en-colhimento das pessoas que fazem uso de drogas e das implicações dos diferentes discursos públicos sobre esses sujeitos, julgamos ser fundamental o debate em torno da questão do acolhimento em saúde pública. Pensamos que há um en-colhimento do sujeito, definido única e exclusivamente em função da droga que usa ou da relação que estabeleceu com aquela substância. O problema, ora definido como social, de saúde, recai no indivíduo. Percebemos nos estudos realizados sobre Representações Sociais e Drogas, que o uso/usuário de drogas é atravessado por uma forte representação social: o individualismo. Ou seja, tanto no crime quanto na doença, é o indivíduo que deve ser responsabilizado por seus atos.

Em contraposição a esse contexto, o acolhimento é preconizado como uma diretriz ética, política e estética. Temos observado em nossas experiências, entretanto, que a prática do acolhimento é compromisso das equipes de cada serviço particular. As equipes discutem e formulam como o acolhimento de novos usuários, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamentos, será realizado naquele serviço específico. Mas para que o triplo pressuposto político-ético-estético do acolhimento se efetive isso é suficiente ou apenas necessário? Como acolher e “estar com” o outro em meio a tantos discursos de colhimento, encolhimento e recolhimento? Como acolher sem encolher o sujeito à esfera individual? Parece-nos, portanto, um sério e fundamental problema pensar e analisar as práticas de acolhimento às pessoas que usam drogas. Consideramos essencial a preocupação em entender como acontece o encontro entre diferentes saberes (dos profissionais e usuários) dentro dos serviços e na rede de atenção psicossocial, e como diferentes saberes se transformam mutuamente.

Mais do que isso, consideramos urgente a reflexão crítica sobre os aspectos políticos, éticos e estéticos do acolhimento enquanto uma prática psicossocial, em rede, e não apenas na solidão de um serviço específico. Com a Teoria das Representações Sociais (TRS), arriscamos, ao mesmo tempo, analisar a constituição de uma rede de significados sobre acolhimento e drogas e como uma “rede” de ferramentas conceituais pode contribuir nessa reflexão. Para tal, buscamos articular os pressupostos políticos, éticos e estéticos do acolhimento com ferramentas conceituais da TRS, como a alteridade, polifasia cognitiva, ancoragem, objetivação, encontros dialógicos, dentre outros. Com o foco nas práticas de acolhimento, que podem revelar representações sociais sobre as drogas e sobre as pessoas que usam drogas, apostamos em espaços sustentados no democrático reconhecimento do outro. Essa pesquisa, portanto, pode ser considerada como uma tentativa de aprofundar nossas reflexões em busca da superação de uma visão individualista e culpabilizante sobre os usuários e profissionais no processo de construção do cuidado e do acolhimento.

Para tanto, essa pesquisa teve como objetivo geral analisar como os encontros entre os saberes dos profissionais de saúde e de pessoas que usam drogas produzem, sustentam e/ou transformam as práticas de acolhimento em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Este objetivo desdobra-se nos seguintes objetivos específicos: identificar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais de um consultório na rua, de um CAPS AD e da área técnica de saúde mental junto aos profissionais da RAPS; compreender e analisar como diferentes práticas produzem ou fazem funcionar determinadas formas de acolhimento e de rede de saúde; caracterizar e analisar o contexto sócio histórico de produção de práticas dirigidas às pessoas que usam drogas; conhecer, através da proposta de construção de narrativas, histórias de acolhimento, sobre acolher e ser acolhido, de usuários e profissionais; e, por fim, contribuir com o aprimoramento e qualificação da RAPS através da realização de encontros dialógicos com usuários e profissionais dos diferentes serviços acompanhados, gerando uma reflexão e interpretação sobre as práticas de co-produção de acolhimento em rede.

Essa tese foi estruturada em três partes. A primeira, de cunho teórico-metodológico, é constituída por dois capítulos. No primeiro apresento as bases teóricas do trabalho, apresentando os principais aspectos da Teoria das Representações Sociais e, em seguida, uma revisão sobre as concepções de acolhimento no âmbito do SUS e da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. No segundo capítulo, descrevo as estratégias metodológicas adotadas no decorrer da pesquisa. A segunda parte da tese é composta por três capítulos. Neles apresento e discuto os saberes construídos no decorrer da pesquisa de campo, pautado nas observações participantes, registros no diário de campo, entrevistas com usuários e profissionais e articulando com os debates teóricos. O primeiro capítulo apresenta a experiência com a área técnica de saúde mental e minhas participações nos encontros com os profissionais da RAPS; o segundo e o terceiro, buscam, respectivamente, construir as trajetórias coletivas de um CAPS AD e do Consultório na Rua (CR). Na última parte, dividida em dois capítulos, busco sintetizar, no primeiro capítulo, as noções de acolhimento analisadas no decorrer do trabalho e propor a noção de “condição de acolhimento”, e no segundo, revisito alguns princípios e conceitos da TRS tomando como base os encontros com os usuários, profissionais e autores/obras lidos para a construção deste trabalho.

PARTE I - OS PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: TRILHANDO OS DESASSOSSEGOS

Aquilo que, creio, produz em mim o sentimento profundo, em que vivo, de incongruência com os outros, é que a maioria pensa com a sensibilidade, e eu sinto com o pensamento. Para o homem vulgar, sentir é viver e pensar é saber viver. Para mim, pensar é viver e sentir não é mais que o alimento de pensar (PESSOA, 1986)⁷.

Nesta primeira parte, vamos nos debruçar sobre os percursos teórico-metodológicos da pesquisa. Para tanto, ela foi organizada em dois capítulos, um de cunho teórico, outro metodológico. No capítulo teórico, iremos revisitar alguns aspectos históricos e conceituais da Teoria das Representações Sociais e, num segundo momento, analisar alguns estudos, autores e políticas para refletirmos a noção polissêmica do acolhimento. Esse capítulo servirá como referência para as discussões que seguirão nas partes subsequentes.

O capítulo metodológico vai, brevemente, contextualizar esta pesquisa no campo das pesquisas participativas, fazendo parte de um movimento mais amplo de crítica às formas mais cientificistas de produzir conhecimento. Logo após serão apresentados o desenho da pesquisa e os métodos utilizados – observação participante, diário de campo, entrevistas narrativas e grupos de discussão. Vamos iniciar, então, as trilhas do desassossego.

⁷ *Livro do Desassossego*, composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa.

1 REVISITANDO A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A NOÇÃO POLISSÊMICA DE ACOLHIMENTO

1.1 REFLEXÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

A Teoria das Representações Sociais é uma teoria em desenvolvimento e debate permanente. Transcorridos mais de 50 anos desde sua primeira formulação, com a publicação do livro “A Psicanálise, sua imagem e seu público” (MOSCOVICI, [1961]2012), o debate teórico, as investigações empíricas e a integração multidisciplinar são indicadores de sua evolução e de sua atualidade (SALAZAR, 2003).

A TRS surge como uma orientação alternativa à corrente cognitiva hegemônica⁸ da Psicologia Social, com o objetivo de oferecer outras maneiras para estudar os fenômenos sociais e psicossociais (PALMONARI; CERRATO, 2011). O surgimento da TRS, portanto, teve um impacto sobre o estado da disciplina, pois contribuiu para a crise e questionamento da Psicologia Social⁹. O conceito de “representação social”, como foi proposto por Serge Moscovici inicialmente ([1961]2012) e, sucessivamente aprofundado e revisitado (MOSCOVICI, 1988; [2000]2010), criticava as dicotomias clássicas de sujeito/objeto,

⁸ Para entender a origem e o desenvolvimento da Psicologia Social e sua consequente crise, Guareschi (2007) propõe que tenhamos em mente dois movimentos ou dimensões: a influência do materialismo cientificista e do individualismo cartesiano. Na busca da descoberta das regularidades, das leis implícitas que regiam os comportamentos dos seres humanos, tudo o que fosse considerado dispensável era descartado. A ética que governava esse empreendimento era a eficiência, o rigor científico, o funcionamento prático e útil – o pragmatismo e o cientificismo de mãos dadas (GUARESCHI, 2007). Robert Farr ([1996]2010; [1994]2011) nos mostra que a psicologia “científica” foi tomada pela ideia de ciência experimental, assim como a psicologia social. A psicologia social “científica”, fisiológica e materialista, desenvolveu-se à base de experimentos fisiológicos, materiais, biológicos, comportamentais, “que não iam além da pele” (GUARESCHI, 2007, p. 40). O outro pressuposto, apontado por Guareschi (2007), que penetrou e ainda está fortemente presente na psicologia social é o individualismo. O individualismo se tornou uma ideologia dominante dentro da cultura ocidental, principalmente nos Estados Unidos. E a dicotomia criada e/ou sustentada pela operação cartesiana, individual/social, foi associada à dicotomia racional/irracional. Correndo o risco de simplificar demasiadamente o debate, pode-se afirmar que “o individualismo cartesiano venceu a batalha, e tudo o que fosse coletivo, “social”, ou mesmo cultural, passou a ser também irracional” (GUARESCHI, 2007, p. 43).

⁹ No Brasil e em quase toda a América Latina, nas décadas de 60 e 70, a Psicologia Social seguia os rastros da Psicologia Social importada dos Estados Unidos, de uma Psicologia Social Psicológica (FARR, [1996]2010, [1994]2011). Esse posicionamento colonialista, que levou a uma importação desenfreada de teorias e métodos de maneira acrítica, levou alguns psicólogos sociais latino-americanos a endossar o que se denominou de “crise da psicologia social”. Na América Latina essa crise começa a tomar corpo nos Congressos da Sociedade Interamericana de Psicologia, principalmente em Miami (1976) e em Lima (1979). Os pontos principais da crise estavam relacionados à dependência teórico-metodológica, a descontextualização dos temas estudados, a individualização do social e a não preocupação política com as questões sociais do Brasil e América Latina, como a pobreza, desemprego, educação, saúde, dentre outros. Ou seja, esses psicólogos sociais estavam preocupados com a problemática da transformação social em seus países (BERNARDES, 1998).

teoria/método, individual/social, postulando que as características da sociedade constituem a base dos fenômenos psicossociais e lhes dá significado (PALMONARI; CERRATO, 2011).

Moscovici ([1961]2012) considera que, dentro da teoria das representações sociais, a ideologia e os processos de comunicação, inclusive os fenômenos de influência social, são fenômenos fundamentais para o estudo do conhecimento social e, por isso, a Psicologia Social deveria estar fundamentada no estudo de ambos os fenômenos. Além disso, a TRS enfatiza a comunicação social como veículo do papel ativo das pessoas na construção social da realidade cotidiana, próprias dos universos consensuais. Através das representações sociais, acredita Moscovici ([1961]2012), uma comunidade é capaz de elaborar um objeto social, influenciando diretamente no comportamento e comunicação entre as pessoas (MOSCOVICI, [1961]2012).

O pensamento de Moscovici abrange um vasto campo de pesquisa e produção teórica, que vai desde a questão da natureza até o poder transformador das minorias ativas. Ele propôs uma visão pioneira e transformadora da Psicologia Social, demonstrando aquilo que Duveen ([2000]2010) denominou de “imaginação psicossocial”. No centro desta vasta produção está o seu estudo sobre a recepção da psicanálise na França (MOSCOVICI, [1961]2012), o qual sintetiza questões essenciais na obra de Moscovici.

Com *Psicanálise, sua Imagem e seu Público* (PIP), Moscovici demonstra a continuidade entre saber e contexto e associa a racionalidade e a cognição à emoção, à experiência e à sociedade. Num duplo movimento, por um lado de rejeição ao behaviorismo, individualismo e empiricismo, e por outro, de um retorno à Durkheim, Moscovici propõe o “conceito e fenômeno das representações sociais como pilar de uma nova psicologia social atenta à linguagem e a ação comunicativa, voltada para os processos de produção de sentido e as batalhas simbólicas das esferas públicas” (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 160). O estudo desenvolvido por Moscovici versa sobre os processos de comunicação e interação social que tornam a psicanálise um objeto da esfera pública. O interesse do autor era o de entender como diferentes grupos sociais se apropriam da psicanálise e a transformam à medida que lhe dão sentido (MOSCOVICI, [1961]2012).

Jovchelovitch (2011) destaca a conexão entre a teoria das representações sociais e a vida cotidiana e como esta ocupa um lugar constituinte na arquitetura conceitual desenvolvida por Moscovici, apresentando-se como um problema central à Psicologia Social. Desde a sua fundação, portanto, a TRS luta contra a ideia de que os saberes cotidianos são distorção e erro, buscando recuperar o caráter epistemológico do senso comum, entendendo as funções que cumpre e as necessidades a que responde na vida cotidiana. Aquilo que parece irracional ao observador externo tem sentido para o sujeito do saber e é justamente em relação ao que

significa para os sujeitos e comunidades que precisamos pensar em critérios para a validade e racionalidade dos diferentes saberes (JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008).

É da constatação de que os saberes se transformam ao serem apropriados por diferentes grupos e em diferentes contextos sociais, que Moscovici entende as Representações Sociais como uma forma de conhecimento do senso comum e socialmente partilhado. No bojo desse conceito há a pressuposição fundante da teoria, qual seja, a ideia de um conhecimento construído por sujeitos ativos em íntima relação com objetos culturalmente construídos, revelando tanto as marcas dos sujeitos quanto dos objetos, ambos inscritos social e historicamente. Em sua obra seminal, Moscovici elaborou um conjunto de conceitos que nos ajuda a pensar no processo de construção do conhecimento, produto e produtor de representações de um objeto por um sujeito em uma relação dialética, através da qual sujeitos e objetos se fundem e se transformam. Dessa maneira, o conceito de Representações Sociais faz emergir um duplo cruzamento entre o individual e o social, por um lado, e o material e ideal, por outro (JODELET, [1989]2005; 2008; 2011; JOVCHELOVITCH, [2007]2008; 2002; 2011; TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011; LAHLOU, 2011).

Em um artigo publicado no *Journal for Theory on Social Behavior*, Jodelet (2008), retomando a noção de “belo” definida por Tarde como uma ideia capaz de fazer descobrir outras ideias ou uma invenção fecunda para invenções posteriores, definiu a obra *A Psicanálise, sua Imagem e seu Público* como uma “bela invenção”. A teoria de Moscovici, na visão de Jodelet é, ao mesmo tempo, útil, verdadeira e bela. Ela é “útil” se levarmos em consideração as aplicações que ela suscitou nos diversos campos. É “verdadeira” se considerarmos que uma verdade é “uma asserção justificada e, como Tarde, que ela é reconhecida e compartilhada no espaço e no tempo, como evidenciado pela ampla adesão manifestada no meio científico” (JODELET, 2011, p. 201). E, sobretudo, é “bela” pelos diferentes modelos que foram inventados a partir de seus postulados iniciais (JODELET, 2008; 2011). A autora ainda destaca três características da difusão da TRS: “a multiplicação dos temas tratados, a inflexão das escolhas metodológicas, a ampliação teórica envolvida com os desenvolvimentos e os debates ocorridos nas ciências humanas, dando lugar a propostas inovadoras” (JODELET, 2011, p. 219).

Diante da difusão e amplitude da TRS, Pereira de Sá (1998) identifica três linhas principais de desenvolvimento da teoria. A primeira, desenvolvida principalmente a partir da obra publicada por Jodelet ([1989]2005) *Folies et représentations sociales*, que parte da complexidade das representações sociais, propondo uma aproximação processual, mais centrada no aspecto constituinte que no aspecto constituído das representações. A segunda,

centrada nos processos cognitivos e na estrutura das representações sociais, foi desenvolvida principalmente por Jean Claude Abric através de sua teoria do Núcleo Central. E a terceira, mais sociológica, desenvolvida em Genebra por Willem Doise, centra-se mais nas condições de produção e circulação das representações sociais (SÁ, 1998).

É importante destacar que nos identificamos e trabalhamos especialmente com o enfoque processual das representações sociais. Entendemos que as representações são, ao mesmo tempo, processo e produto. Seguindo Moscovici ([1961]2012), Jodelet ([1989]2005) e Jovchelovitch ([2007]2008), as representações sociais devem ser analisadas em relação aos processos da dinâmica social e da dinâmica psíquica dos sujeitos.

Ao adotar o adjetivo “social” e incorporá-lo à expressão “representação social”, Moscovici enfatiza a comunicação intersubjetiva enquanto processo gerador das representações (BAUER; GASKELL, 1999; JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008; 2008; JESUINO, 2011). Constitui um lugar comum na TRS caracterizar as Representações Sociais como representações socialmente compartilhadas (MOSCOVICI, [1961]2012; JODELET, [1989]2005; MARKOVÁ, [2003]2006; JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008; 2008; VALA, 1993; SÁ, 1998; JESUINO, 2011). Contudo, essa caracterização das representações como algo “socialmente compartilhado” mostra-se insuficiente e ambíguo, já que nos remete às múltiplas concepções do “social”. Esse critério não nos permite distinguir as representações sociais de outras produções coletivas, como a ciência, a religião e as ideologias (em seu sentido mais amplo, como um conjunto de ideias).

Moscovici ([1961]2012) já questionava, em *A Psicanálise, sua Imagem e seu Público*, o alcance da adoção do adjetivo social ao substantivo representação. Segundo o autor, há vários critérios para definir o social das representações. O mais superficial é o de natureza quantitativa: a representação é social porque se estende em uma coletividade. Embora insuficiente, Moscovici não rejeita esse critério e admite que o estudo das variações estatísticas pode oferecer informações interessantes, e a psicossociologia das opiniões estaria aproveitando esses “dados”.

O segundo critério, que torna ainda mais complexa a tarefa de conferir a especificidade às representações sociais, é o de que as representações não são apenas socialmente compartilhadas, mas elas são socialmente produzidas, engendradas, construídas. Moscovici ([1961]2012; [2000]2010) defende que aquilo que pensa o ser humano não é de todo ele, mas a sua comunidade social. A fonte de seu pensamento não está no indivíduo, mas no meio social, em sua atmosfera social, e ele não pensaria de outra forma senão aquela que deriva das influências oriundas do meio social que o rodeia. Tal ideia, como pondera Jesuino (2011),

poderia nos fazer recuar ao postulado da hipersocialização de Durkheim, que subestima o papel da inovação resultante dos processos psicológicos locais e individuais.

Na própria obra de Moscovici encontramos uma saída para o postulado da hipersocialização. Em primeiro lugar, na hipótese da polifasia cognitiva, através da qual podemos conceber que em um mesmo grupo social, e até em uma mesma pessoa, diferentes representações sociais sobre um fenômeno coexistem (MOSCOVICI, [1961]2012; [2000]2010; JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008; 2008; 2011). A hipótese da polifasia cognitiva, dessa maneira, confere às representações sociais um potencial de inovação, sempre num jogo tenso de significados instituídos e instituintes – como nos diria Howarth (2006), *a social representation is not a quiet thing*.

A segunda “saída” desse problema podemos encontrar na teoria da inovação de Moscovici ([1979]2011) que, embora pertença a um campo e responda a questões diferentes dentro da psicologia social, apresenta algumas articulações importantes com a TRS. Em termos gerais, as minorias são consideradas como existindo na fronteira social, ou mesmo fora dela. Às minorias foi negada sua autonomia e responsabilidade, ou porque encontra-se em uma relação de dominação ou porque ocupa um lugar de dissidência no campo social. Tal grupo não se reconhece nos sistemas existentes de poder e crenças. Na busca de reconhecimento, as minorias tentam influenciar os outros, transformando sua maneira de pensar e agir (MOSCOVICI, [1979]2011). Ao estudar a penetração da psicanálise na sociedade francesa, Moscovici, em alguma medida, estudou também a penetração das ideias de uma minoria que era desconsiderada nos meios científicos, políticos e religiosos (MOSCOVICI, [1961]2012). Portanto, mesmo que nosso pensamento esteja sempre atrelado às influências do meio social, as representações sociais nunca são estáticas e os processos de inovação constituem fundamentalmente o pensamento social.

Uma segunda dificuldade em caracterizar a especificidade das representações *sociais*, encontra-se no critério de construção compartilhada das RS. Isso porque não somente as RS são construídas de modo compartilhado, mas também a ciência, a religião e as visões de mundo, para citar alguns exemplos. O que confere a especificidade às representações sociais não é o caráter quantitativo ou o caráter coletivo de sua produção, mas a sua função de contribuir para os processos de formação das condutas, comportamentos e na orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, [1961]2012). A representação social passa, então, do *status* de modelo teórico ou de fenômeno àquele de mecanismo geral, onipresente e fundador da vida social (LAHLOU, 2011). Isso não significa, entretanto, que se trate de algo homogêneo como pode parecer, mas de representações sociais heterogêneas, conflitantes, contraditórias que, ao mesmo

tempo em que conferem um lugar *comum* aos sujeitos e grupos, diferenciam-nos radicalmente uns dos outros.

Encontramos nas primeiras páginas da obra de Moscovici ([1961]2012) ao menos sete pistas sobre o conceito de representações sociais. Essas pistas revelam as dificuldades e o que encontramos para definir um conceito e uma teoria de algo tão polissêmico. Dessas aproximações iniciais ao conceito de Representações Sociais, depreende-se algumas premissas da TRS. Em primeiro lugar, entendemos que não existe um recorte entre o universo exterior e o do indivíduo (ou do grupo). Em segundo lugar, o sujeito e o objeto não são totalmente heterogêneos em seu campo comum. O objeto está sempre inscrito num contexto ativo, móvel, pois ele é parcialmente concebido pelas pessoas ou grupos como um prolongamento de seus comportamentos. Desconhecer ou desconsiderar o papel criador dos objetos, dos acontecimentos, da nossa capacidade representativa, equivale a acreditar nas representações como cópias fiéis do real, negando aos humanos a capacidade de criação, da qual a arte, o folclore e o senso comum dão conta todos os dias. Portanto, sujeito e objeto constituem-se mutuamente, ao mesmo tempo, pois, conforme o sujeito organiza ou constrói o real, ele se situa no universo social e material (MOSCOVICI, [1961]2012).

Através das representações, então, os sujeitos e as comunidades não apenas representam um determinado objeto ou fenômenos do mundo (e no mundo), mas também “revelam quem são e o que consideram importante, as inter-relações em que estão implicados e a natureza dos mundos sociais que habitam” (JOVCHELOVITCH, [2007]2008, p.38). A tendência de separar demais sujeito e objeto é um problema central para a psicologia social, que se propõe a pensar a relação indivíduo-sociedade.

A Teoria das Representações Sociais nos fornece um arcabouço teórico que possibilita pensar numa psicologia que vai além da psicologia de um “sujeito puro” ou de um “objeto puro”¹⁰: a psicologia social dos saberes. Nessa psicologia a representação é sempre um processo dinâmico, que não é centrado somente no sujeito, e nem só no objeto, mas justamente nos espaços de mediação entre ambos, no *entre* das relações intersubjetivas e interobjetivas. Na “psicologia social dos saberes”, Jovchelovitch ([2007]2008, p. 41) define representação como

¹⁰ A tendência de dicotomizar sujeito e objeto-mundo foi sistematizada por Jovchelovitch ([2007]2008) através de dois tipos de psicologia. A primeira, a “psicologia do sujeito puro”, tomou o sujeito como a medida de todas as coisas e considerou a mente humana como fonte de tudo o que é conhecido e a base que explica a relação sujeito-mundo. A segunda, a “psicologia do objeto puro”, priorizou o mundo, compreendido como um conjunto de regularidades empíricas que existe independentemente da ação e intencionalidade humanas. Ambas tem como pressuposto a pureza, seja de um sujeito fechado sobre si mesmo, seja de um mundo desprovido da ação humana (JOVCHELOVITCH, [2007]2008). Essas duas psicologias, apontadas por Jovchelovitch, estão implicadas diretamente com a crítica realizada por Guareschi (2007) sobre o materialismo cientificista e o individualismo cartesiano.

um sistema construído, uma “forma triangular cuja arquitetura básica é construída pelas inter-relações sujeito-outro-objeto”. Os elementos “sujeito-outro-objeto” estão na base de toda formação de conhecimento. A representação é, portanto, matéria e substância dos nossos saberes, dos saberes que temos dos outros, do nosso mundo e de nós mesmos.

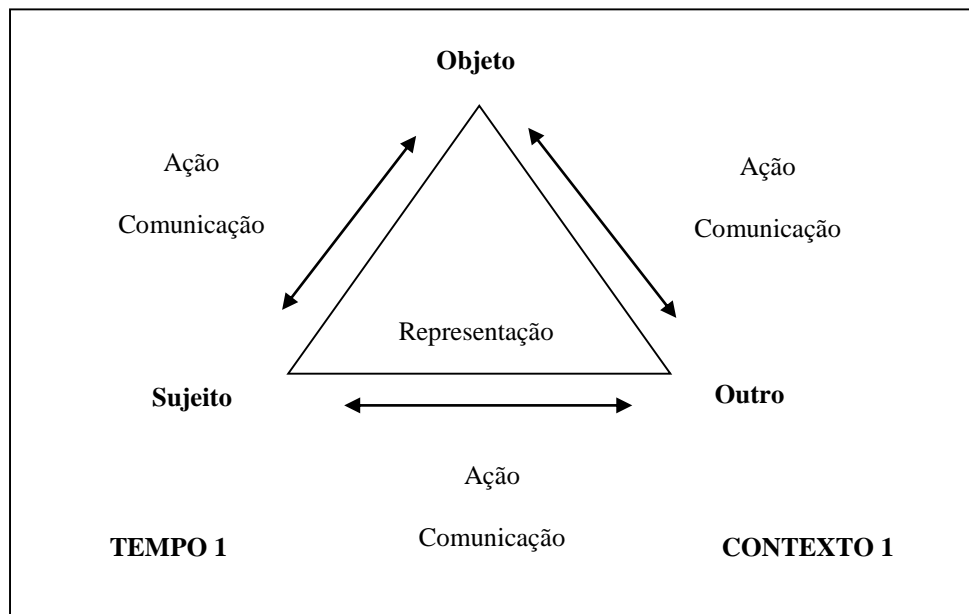
A concepção de representação social imbricada na noção de alteridade é amplamente compartilhada no conjunto da teoria. Arruda (1998) aponta a diferença como o contorno mais saliente e perturbador da alteridade, e a representação, dentre outras funções que desempenha, aplacaria o conteúdo perturbador do outro, retrabalhando-o. Segundo a autora, a negociação da diferença aconteceu de formas distintas, dependendo do lugar e momento histórico, estabelecendo representações hegemônicas, que sempre se configuram em relação a outras tantas, emancipadas e polêmicas¹¹.

Vemos, portanto, que as representações emergem de um contexto de relação Eu-Outro, que é sempre emocional, social, cultural e historicamente situado. As representações estão sempre abertas às construções criativas proporcionadas por estas relações e, por meio de sua função simbólica, constituem-se como atividade criadora de sentido, revelando-se como uma construção ativa de atores sociais (JOVCHELOVITCH, [1994]2011; 2002; [2007]2008).

Ao concebermos a representação como uma estrutura mediadora entre o sujeito-outro-objeto, conferimos a ela uma ação comunicativa que conecta sujeitos a outros sujeitos e ao objeto-mundo. Então, podemos afirmar que as representações sociais são ação comunicativa (HABERMAS, [1929]2012a; [1929]2012b). É, pois, a ação comunicativa que cria as RS, e no mesmo processo constrói os participantes do processo comunicativo. Como resultante desse trabalho comunicativo das RS, temos a produção de símbolos, que têm a capacidade de produzir sentidos, de significar. Tem-se, dessa maneira, a arquitetura básica de qualquer representação, constituída pelas relações entre sujeito-outro-objeto, inseridos em um tempo e em contexto específicos, e sendo produtos e produtores de ações comunicativas, conforme a figura 1.

¹¹ A análise inicial de Arruda (1998) sobre a alteridade nos leva à leitura de um artigo escrito por Moscovici em 1988, no qual ele estabelece uma distinção entre representações hegemônicas, emancipadas e polêmicas. Nesse trabalho, com o objetivo de explicar como as representações se tornam sociais, Moscovici caracteriza como hegemônicas aquelas representações fortemente compartilhadas por todos os membros de um grupo. Tratam-se de representações prevalentes e que reverberam nas práticas afetivas e simbólicas, nas interações sociais. As representações emancipadas, por sua vez, são representações de grupos sociais específicos dentro de uma sociedade. Elas se referem às práticas, ideias e saberes que circulam nesses grupos e que tencionam, em uma certa medida, a relação com as representações ditas hegemônicas. Por fim, as representações polêmicas são sempre resultado de disputas entre grupos e sujeitos, controvérsias, de uma “guerra de ideias” (MOSCOVICI, [2000]2010), e que não são amplamente compartilhadas em uma sociedade. Podemos pensar que as representações polêmicas podem nos ajudar também a entender os processos de transformação das RS, articulando a Teoria das Representações Sociais ([1961]2012) com a Teoria da Inovação ou das Minorias Ativas ([1979]2011).

Figura 1 – A arquitetura da representação: constituintes e modo de produção

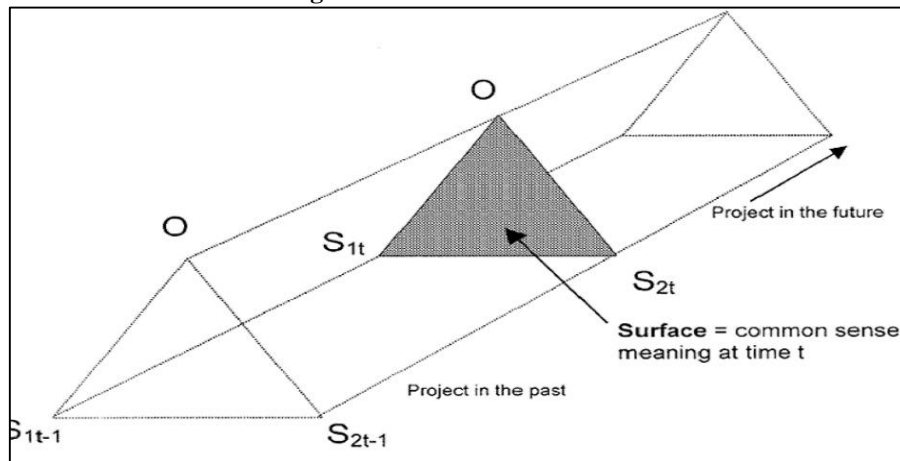


Fonte: Adaptado de Jovchelovitch ([2007]2008, p.72)

O trabalho representacional envolve sempre um sujeito em relação a outros sujeitos e a ação comunicativa que circunscreve e configura suas relações na medida em que eles se engajam no processo de significar um objeto ou fenômeno. A forma representacional é construída pela ação comunicativa de diferentes interlocutores em um determinado contexto e dentro de um horizonte temporal. Além disso, como esse processo ocorre ao longo do tempo e acaba se tornando institucionalizado, as novas gerações encontram a atividade da representação como um ambiente simbólico já organizado, mas ao mesmo tempo abertos às novas atividades representacionais que eles irão produzir. Ou seja, é um processo, nunca acabado.

Ao levar esse aspecto temporal em consideração, Bauer e Gaskell (1999) acrescentam a dimensão do projeto ao processo representacional. A esse triângulo básico, que evidencia a arquitetura da representação, é acrescentada a dimensão de tempo, passado e futuro, para indicar o projeto implícito ou desejado (P), relacionado aos dois sujeitos e ao objeto. Temos nesse modelo, denominado por Bauer e Gaskell de Modelo Toblerone, sujeito-outro-objeto-ação comunicativa-projeto-tempo-contexto como categorias fundamentais que compreendem o fenômeno da representação (conforme nos mostra a figura 2). Marková ([2003]2006) ainda acrescenta à arquitetura das representações a noção de tensão, que expressa ímpeto a uma ação ou a uma mudança. Segundo a autora, a tensão está implícita em todas as situações da vida, mesmo quando não a consideramos explicitamente, e ela faz parte da relação alter-ego, e, portanto, uma noção fundamental para entendermos a TRS e a comunicação. A tensão denota, dessa maneira, a força da mudança na dinâmica Alter-Ego-Objeto, sendo considerada por Marková como a unidade dinâmica da tríade dialógica das RS.

Figura 2 - O Modelo Toblerone



Fonte: Bauer e Gaskell (1999, p.171)

O saber, portanto, é sempre um fenômeno plural e plástico, como nos alerta Jovchelovitch ([1994]2011; 2002; [2007]2008; 2008; 2011). Segundo a autora, são as representações sociais que constituem a arquitetura de todo saber. Como vimos acima, a arquitetura de toda forma representacional se fundamenta em tríades intersubjetivas (Eu-Outro-Objeto) que, por sua vez, constituem em sua forma mais elementar os contextos de saber, que variam em diferentes tipos de comunidades, com tipos diferentes de esferas públicas e que produzem diferentes processos representacionais. Portanto, os processos representacionais são estruturas mediadoras que ligam o mundo dos sujeitos ao mundo dos objetos, e o saber derivado desses processos não deve ser concebido nem como uma cópia do mundo, nem como o próprio mundo, mas como *estando no mundo*. Os sistemas de saber, em outras palavras, são propostas de mundo (JOVCHELOVITCH, [2007]2008).

Essa variabilidade de sistemas de saber não nos obriga a igualar todas as formas de saber ou abrir mão de avaliar suas diferenças. Pelo contrário, ela nos convoca a um engajamento em um exercício de reconhecimento dessa diversidade, produzindo a crítica de diferentes saberes e construindo diálogos que venham a alterar e ampliar as fronteiras, muitas vezes rígidas como vemos no conhecimento dito “científico”, dos sistemas de saber. O reconhecimento da diversidade, então, “não significa a aceitação cega de tudo o que existe; ele impõe, entretanto, um *compromisso ético de reconhecimento do Outro e de engajamento em um diálogo* com o que o Outro propõe, mesmo que o que ele propõe seja, em última instância, inaceitável” (JOVCHELOVITCH, [2007]2008, p. 171) [grifos nossos].

O reconhecimento da diversidade e contextualização dos saberes produz uma série de consequências que alteram o problema do saber. A primeira consequência é que as formas de saber ligadas ao Eu, à emoção e à cultura não irão desaparecer, suas funções e problemas abordados continuam fazendo parte da experiência humana. A segunda, é a reabilitação dos

saberes locais e outros considerados como erro e distorção, como os saberes do senso comum. A terceira é que essa forma de compreender os saberes desafia concepções hierárquicas sobre o conhecimento, que valorizam alguns saberes em detrimento de outros. A última consequência é que este reconhecimento nos possibilita pensar nas relações entre diferentes formas de saber e as suas implicações nos processos de comunicação. Lembrando, mais uma vez, que reconhecer a diversidade de saberes não significa a aceitação cega e acrítica de todos, romantizando ou endeusando sistemas de saber (JOVCHELOVITCH, [2007]2008).

São inúmeras as consequências dessa forma de conceber os saberes. A Teoria das Representações, a partir da obra seminal de Moscovici e seus desdobramentos, nos deixa um vasto campo de ferramentas teóricas e conceituais, que nos ajudam a compreender esses diferentes sistemas de saber. Abordaremos, a partir de agora, algumas dessas ferramentas que nos ajudam a compreender os fenômenos que nos propomos a estudar, a saber: os processos de ancoragem e objetivação, a função de familiarização, dialogicidade, *themata*, alteridade, encontros dialógicos e polifasia cognitiva.

Geralmente, toma-se como consenso que uma das principais funções das representações sociais é a de tornar familiar o não familiar. Aquilo que não nos é familiar soa estranho, incompatível com nossos saberes cotidianos e, para ser incorporado ao nosso arcabouço de saberes, sofre transformações através dos processos de ancoragem e objetivação. A explicitação desses processos, iniciada com a obra de Moscovici ([1961]2012; [2000]2010), nos ajuda a entender que existe uma história e uma trajetória relacionadas às questões que nos engajamos e aos objetos e fenômenos que buscamos apreender, e que outras pessoas, antes de nós, também o fizeram. Essa história ou memória social compõe um ambiente que nos constitui (e que também é constituído por nós) e introduz em nossa auto interpretação a solidez dos fatos sociais. Como afirma Jovchelovitch ([2007]2008, p. 189),

Em todas as formas de representação existe uma batalha entre a história do objeto e a intenção de apreendê-lo renovadamente, de enredar o que já foi em uma rede totalmente nova de significação. O objeto tal como se apresenta agora oferece material para o desenvolvimento dos processos representacionais ao longo do tempo, construindo projetos e novas possibilidades representacionais, o mundo do ainda-não-conhecido.

Moscovici ([1961]2012), ao revelar alguns dos mecanismos mentais através dos quais as pessoas se apropriam do desconhecido, acomodando-o ao que já se conhece, propõe a **ancoragem**, cujo processo consiste em fundar formas cotidianas de saber amparadas em conteúdos prévios, ligando o objeto ou fenômeno com o passado e suas significações. O processo de ancoragem expressa uma tendência que temos de recuperar e manter sentidos

instituídos, por isso que Arruda (1998) indica que esse processo confirma sua longevidade na abordagem da diferença e seu lugar na construção das representações hegemônicas.

Esse processo, gerador de representações sociais, busca ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e imagens comuns, já compartilhadas social e historicamente, colocando-as em um contexto familiar de pensamento e ação (MOSCOVICI, [2000]2010). No caso do estudo de Jodelet ([1989]2005), os aldeões de Ainay-le-Château, com o intuito de superar a tensão provocada pelo encontro com o estranho (o louco, a loucura), julgaram seus pensionistas através de padrões convencionais e os compararam a idiotas, vagabundos, epiléticos. Acreditava-se que, assim como outras doenças, a “doença mental” fosse contagiosa e que os moradores dessa aldeia poderiam ser contagiados. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Ou ainda, como demonstrou o estudo de Moscovici ([1961]2012) sobre a psicanálise, a confissão, enquanto uma representação já constituída no meio católico, pôde servir como “ponto de ancoragem” à elaboração de uma representação sobre a psicanálise. Como afirma Moscovici ([2000]2010), coisas que não são classificadas e nomeadas são estranhas, não existentes e também ameaçadoras.

Nesse sentido, através da classificação do que é inclassificável, da nomeação daquilo que não tinha nome, tornamo-nos capazes de imaginar e representar um objeto ou fenômeno. Por isso, representar implica sempre classificar e denotar, alocar algo a categorias e nomes, e neste ato revelamos nossas “teorias” sobre a sociedade, sobre o homem, sobre quem somos. Moscovici ([2000]2010) associa, então, os processos de classificação, categorização e nomeação à ancoragem. Classificar algo significa que nós confinamos algo ou alguém a um conjunto de comportamentos e regras que determinam o que é (e, por consequência, o que não é) permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe. Quando categorizamos alguém ou alguma coisa escolhemos um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecemos uma relação negativa ou positiva com ele. Categorizar, nesse sentido, é uma prática de atribuição de valores, de avaliação, comparando as pessoas a um protótipo. Uma representação social pode ser concebida como um código de interpretação que ancora o não familiar, o desconhecido, o imprevisível. O processo de ancoragem é, ao mesmo tempo, “um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo” (VALA, 1993, p. 363).

O processo de *objetivação*, por sua vez, tem como resultado a “domesticação” (MOSCOVICI, [2000]2010), unindo a ideia de não familiaridade com a de realidade. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, de um objeto impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem. Objetivar é transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferindo o

que está na mente em algo que exista no mundo físico. É tornar concreto algo que era abstrato. Voltando ao exemplo do estudo de Jodelet ([1989]2005), quando os aldeões ancoram a doença mental na representação de doença contagiosa, produz-se uma série de ritos (separar as roupas, pratos e talheres dos “pensionistas” e dos “hospedeiros”) com o intuito de se proteger do perigo. A objetivação, nesse caso, resulta em uma série de ações representacionais que excluem o outro, considerado louco, não-civil, segregando-o das atividades dos moradores daquela comunidade. Essas ações ou comportamentos são a expressão da ancoragem e da objetivação, pois concretizam as representações em atos e na organização dos espaços, como a distância estabelecida dentro das casas dos pensionistas, evitando uma possível contaminação. Através da objetivação, portanto, os elementos constituintes da representação adquirem materialidade e se transformam em expressões de uma realidade vista como natural.

A *familiarização* ou o *princípio de familiaridade*, como função resultante dos processos de ancoragem e objetivação, é amplamente aceito na TRS, mas não ocorre de forma pacífica, sem tensões, como aprofundaremos no último capítulo. A noção de tensão (AIKINS, 2012; MARKOVÁ, [2003]2006; BAUER; GASKELL, 1999) implicada no processo de formação das representações sociais nos leva ao conceito de *dialogicidade*, amplamente debatido por Marková ([2003]2006), já que a dialogicidade pode ser concebida como a capacidade da mente de conceber, criar e comunicar sobre as realidades sociais em termos do Alter-Ego – em cuja relação a tensão é inerente ou mesmo constituinte. Marková ([2003]2006) destaca que o Alter-Ego só existe dentro dos parâmetros da comunicação e insiste que o termo Alter não se refere ao “Outro”, mas aos “Outros”. Isso significa que estamos falando de um diálogo entre eu e outro(s), e também na comunicação que se estabelece dentro e entre os grupos, subgrupos, comunidades, sociedades e culturas.

A dialogicidade, portanto, é mais do que o encontro concreto do Alter-Ego e, ao mesmo tempo, é ela que possibilita esses encontros concretos. A dialogicidade, enquanto capacidade de criar e comunicar sobre as realidades sociais em termos de diversidade, foi construída e implantada na mente humana durante a filogenia e a história sociocultural. Marková ([2003]2006) defende a tese de que a dialogicidade é tão parte da natureza humana quanto são os universais biológicos e cognitivos. Para a autora, ser significa comunicar simbolicamente, e na base desta comunicação está a dialogicidade concebida como condição *sine qua non* da mente humana, fundamentada na relação dialógica entre o eu e os outros, o que possibilita a concepção, criação e comunicação de realidades sociais. Seguindo o raciocínio da autora, o pensamento e a linguagem são gerados, portanto, a partir da dialogicidade. A tensão inerente à

relação Alter-Ego atribui um ritmo de mudança aos fenômenos do pensamento e da linguagem, com diferentes saberes sociais coexistindo nos processos comunicacionais.

A noção de dialogicidade propõe questionamentos sobre o indivíduo e o grupo dentro de suas interdependências comunicativas, e não sobre o desempenho de indivíduos nos grupos, ou sobre a influência dos grupos nos indivíduos. Duas problematizações, a partir desse conceito, são formuladas por Marková ([2003]2006): Como, e de que maneira, dentro desta ou daquela relação dialógica, o *Ego* ou o *Alter* preservam sua individualidade, isto é, suas identidades individuais, atividades, pensamentos e linguagem? Como é que o *Ego* e o *Alter* influenciam um ao outro ou negociam suas posições como co-agentes de uma ação conjunta ou como co-autores de um discurso?

Esses questionamentos devem ser entendidos a partir da inserção da dialogicidade do Alter-Ego na história e na cultura. As práticas dialógicas são transmitidas de geração a geração, através da memória e práticas sociais. Os contextos sociais, culturais e históricos impõem demandas e restrições nos estilos dialógicos de pensamento e cultura. Essas demandas e restrições, somadas às diversas situações nas quais o pensamento e a comunicação acontecem, revelam a característica essencial da dialogicidade: sua natureza multifacetada, multivocal e polifásica.

As considerações de Marková ([2003]2006) nos ajudam a pensar na contrapartida dessa natureza polifásica da dialogicidade. Precisamos ficar atentos aos esforços de “des-dialogizar” a linguagem, uma das características da vida moderna. São várias as tentativas de “des-dialogização” da linguagem, como a busca por uma linguagem neutra na ciência, a linguagem rígida da burocracia, a precaução com o excesso de sugestões e emoções na linguagem, relações assimétricas nas quais as pessoas têm recursos de comunicação altamente desiguais (como nas relações entre profissionais e usuários de um serviço de saúde, por exemplo), entre outros.

Outra noção fundamental desenvolvida por Marková ([2003]2006), a partir da obra de Moscovici ([1961]2012, [2000]2010), é a de *themata*. O conceito de *themata* (ou *thema* no singular) trata da questão das antinomias dialógicas em novas perspectivas¹². Ao analisar as antinomias, oposições e polaridades na Grécia Antiga e na China, Marková ([2003]2006) salienta que tanto nos gregos quanto nos chineses, os sistemas científicos foram fortemente caracterizados pelo pensamento em antinomias. Eles sempre entenderam os

¹² As antinomias dialógicas nos remetem à capacidade essencial de todas as espécies vivas de fazer distinções. Os humanos desenvolveram (histórica e ontogeneticamente) a capacidade de distinguir entre o perigo e a segurança, entre “nós” e “eles”, entre comida e veneno. Fazer distinções é essencial para a vida; para os humanos esta capacidade é fundamental também para o pensamento e para a comunicação. O início do pensar ou do saber, em uma criança por exemplo, se dá na distinção entre opostos ou antinomias, como a antinomia eu-outro (MARKOVÁ, [2003]2006).

significados fazendo referência a alguma outra coisa, ou seja, ao pensarem sobre a escuridão, eles também pensavam na “iluminação” ou nas “coisas não escuras”. Os gregos viam os componentes da antinomia em pares opostos que se excluía. Se algo era considerado verdade, essa coisa não poderia ser falsa ao mesmo tempo. Marková ([2003]2006) lembra que as teorias gregas sobre o ser (ontologia) e sobre o conhecimento (epistemologia) eram baseadas na busca da verdade e da certeza. Em contraste aos gregos, nas teorias antigas chinesas os dois componentes do par de opostos eram mutuamente interdependentes, num círculo perpétuo de ondas em movimento, com a suposição de uma mudança contínua. No pensamento da psicologia atual, temos Michael Billig ([1996]2008), que nos apresenta a ideia de que o pensamento é argumentativo, desenvolvendo-se através do confronto de opiniões opostas.

Na TRS existe o pressuposto de que os conteúdos e os significados das representações sociais são estruturados, e o objetivo da teoria é o de identificar, descrever e analisar esses conteúdos e significados estruturados. Nos estudos sobre RS, tenta-se, dessa maneira, descobrir a forma pela qual os contextos sócio-histórico-culturais contribuem com a estabilidade e as dinâmicas ou transformações de um determinado fenômeno (MARKOVÁ, [2003]2006). Nossas representações são sempre filtradas através dos discursos dos outros, das experiências que vivemos, dos grupos sociais aos quais pertencemos, e é isso que o conceito de *themata* aborda. No centro das representações sociais, no coração das revoluções científicas, existem “temas” que perduram como “imagens-conceito” ou que são objeto de controvérsias antes mesmo de serem questionadas.

Vale ainda ressaltar que as antinomias, que modelam a formação de conceitos, significados em linguagem e imagem, podem estar no pensamento humano por longos períodos de tempo, como os pares nós-eles e liberdade-opressão. Mas nem todas as antinomias de pensamento se tornam *themata*. As antinomias se tornam *themata* no curso dos eventos sociais e históricos, quando elas se transformam em problemas e se tornam foco da atenção social e fonte de tensão e de conflito. Ou seja, as antinomias de pensamento se tornam *themata* quando elas ingressam na esfera pública, entram nos discursos públicos e se tornam problematizadas e ainda mais *thematizadas*. A partir daí, começa o processo de geração de representações sociais em relação ao fenômeno em questão (MARKOVÁ, [2003]2006; MOSCOVICI, [2000]2010).

Vimos que a antinomia de pensamento eu-outro está presente em nossa história há muito tempo, como demonstrou Marková ([2003]2006). Essa antinomia parece ter se transformado em *themata* e nos remete ao conceito de *alteridade*. É lugar comum colocar a alteridade no outro ou na ideia de outro em relação com a sociabilidade ou com a linguagem. Ou seja, partimos do pressuposto de que o desenvolvimento do vínculo social e das capacidades

intelectuais e afetivas iniciam quando o sujeito percebe que o outro tem uma significação no seu próprio mundo.

A diferença, segundo Arruda (1998), aparece como o contorno mais saliente e intrigante da alteridade. O desenho do outro entendido como uma projeção em movimento, como um pedaço de mim, o qual a representação retrabalha, tornando-o uma diferença incorporada. Ao designar o caráter do que é o outro, a noção de alteridade sempre trabalha com contrapontos, como o “não eu” de um “eu”, “outro” de um “mesmo”. A noção de alteridade, portanto, faz com que um indivíduo seja ele mesmo e distinto de todos os outros; a distinção entre o mesmo e o outro surge como condição da emergência identitária (JODELET, 1998).

A alteridade, ao tensionar a diferença entre o eu e o outro ou entre o mesmo e o outro, convoca tanto a noção de identidade quanto a de pluralidade (JODELET, 1998). Complementando essa afirmação, Jovchelovitch (1998) nos inquieta ao colocar a questão de que não é suficiente admitir a realidade do outro, mas é o reconhecimento da irredutibilidade do outro e de sua distinção que produz sua condição objetiva. Essa objetividade, contudo, não se refere a uma reificação do real, mas como resultante de um diálogo entre reconhecimentos mútuos que confere aos interlocutores a legitimidade para *ser* e expressar suas diferenças. Quando cada um dos interlocutores é reconhecido como legítimo, como sujeito de um saber e de um projeto, a realidade social e a realidade do *eu* se entrelaçam sem, contudo, reduzirem-se uma à outra. Essa diversidade infinita de perspectivas diferentes e singulares produzida pelas interações entre os homens, nos remete à noção de pluralidade pensada por Hannah Arendt (2010). A autora nos convoca a pensar pluralidade humana como uma condição básica da ação e do discurso, que tem o duplo aspecto de igualdade e de diferença:

Se não fossem iguais, os homens não poderiam compreender uns aos outros e os que vieram antes deles, nem fazer planos para o futuro, nem prever as necessidades daqueles que virão depois deles. Se não fossem distintos, sendo cada ser humano distinto de qualquer outro que é, foi ou será, não precisariam do discurso nem da ação para se fazerem compreender. Sinais e sons seriam suficientes para a comunicação imediata de necessidades e carências idênticas. (ARENDR, 2010, p. 219-220).

Essa provocação de Arendt, que associa a condição humana da ação e do discurso à dimensão política da vida, pode nos levar a atribuir um caráter político à noção de alteridade, ou como Jovchelovitch ([2007]2008) denominou, um regime de alteridade. Essa política de alteridade pode produzir e ser produto tanto de processos de construção, como de exclusão social (JODELET, [1989]2005; 1998; JOVCHELOVITCH, [2007]2008; ARRUDA, 1998). Guareschi (1998), ao propor uma visão de ser humano que não o conceba nem como alguém isolado, separado de tudo o mais (indivíduo), e nem como uma “peça da máquina”, define o ser

humano como pessoa a partir do conceito de relação. A pessoa, conforme o autor, *é* relação; ela é única, singular, mas não pode *ser* sem os outros. Ou seja, para *ser* a pessoa necessita intrinsecamente dos outros.

A partir das reflexões empreendidas por Enrique Dussel, Guareschi (1998) propõe duas maneiras distintas que o outro pode estar presente no mesmo, contribuindo com a discussão proposta por Jodelet (1998). Na primeira, o outro é o “di-ferente” (do latim *dis*, que significa divisão ou negação; e *ferre*, que significa levar com violência, arrastar): o diferente é arrastado de sua identidade, colocando-o como oposto (GUARESCHI, 1998). É nesse sentido que Jovchelovitch (1998) nos alerta para o fato de que não é suficiente reconhecer o outro. Podemos reconhecer o outro sem necessariamente admitir sua legitimidade enquanto interlocutor. Na segunda maneira, segundo Guareschi (1998), o outro é o “dis-tinto” (de *dis* e *tinguere*, que significa tingir, pintar): aqui o outro também é separado, diferente do “eu”, mas ele possui sua identidade e estabelece com o mesmo relações de diálogo, e é nisso que consiste a eticidade de nossa existência. Nossa ética, portanto, vai se diferenciar conforme as relações que estabelecemos com o outro.

É através do reconhecimento do outro como “dis-tinto” que conseguimos estabelecer relações dialógicas, através das quais a objetividade do “eu” e do “outro” são negociadas intersubjetivamente. É o espaço *entre* o sujeito e o outro, mediado pela comunicação, relações, instituições e entre tantos outros atos comunicativos, que dá conta de nossa precária realidade e nos fornece as referências e os significados em relação aos quais a subjetividade é construída e emerge. Por isso que Jovchelovitch (1998) articula à noção de alteridade os conceitos de ação simbólica, intersubjetividade, objetividade e identidade, pois

Estes são os elementos de uma rede feita de pontos de encontro, que multiplicados e complexificados produzem tanto o *eu* como a vida social. É na multiplicidade e mobilidade destes pontos de encontros que o tecido da vida social emerge e sujeitos sociais constroem o que sabem sobre si mesmos, sobre outros, sobre seu modo de vida. Nestes pontos de encontro forjam-se as representações sociais, que expressam os processos através dos quais uma comunidade produz o sistema de saberes que lhe confere uma identidade social, uma forma de enfrentar o cotidiano e uma forma de se relacionar com os objetos que o rodeiam. Estes pontos de encontro são o lugar em que saberes sociais se produzem, e é em virtude deles que nós sustentamos e renovamos os laços de diferença e solidariedade que envolvem o sentido de comunidade e pertença, produzindo hoje o que amanhã será história nos trabalhos da memória coletiva. (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 80).

Concluindo esse debate sobre a noção de alteridade, retomamos o estudo de Arruda (1998) sobre a construção da “brasilidade”, pautada sobretudo nos mitos da democracia racial, da edenização da natureza e da demonização da humanidade. A construção de um “ser brasileiro” é uma história dos sucessivos tratamentos da diferença, de sucessivas renegociações

da diferença. Falar na construção da alteridade é sempre falar na construção de uma “trama de retalhos” cuja “costura se recompõe sucessivamente” (ARRUDA, 1998, p. 41). Ou seja, a noção de alteridade nos remete à construção do outro e do mesmo como processos indissociáveis e é uma construção constante, nunca acabada. A construção da alteridade e das representações sociais correspondem a “novas necessidades coletivas, oriundas da renovação de projetos políticos, econômicos, sociais, de situações culturais e outras” (ARRUDA, 1998, p. 41).

Desse movimento constante de construção da alteridade, vamos, ao longo da história, estabelecendo com o outro tanto encontros não dialógicos – o mero reconhecimento do outro, ou nem isso – quanto *encontros dialógicos* – o reconhecimento do outro como interlocutor legítimo. Como vimos na discussão sobre a alteridade, o reconhecimento do outro é um problema difícil, pois, historicamente, a alteridade é construída a partir do medo, segregação, dominação, exclusão e violência. A nossa tendência em construir o outro em termos negativos fica evidente em nossas práticas sociais, na vida cotidiana, na mídia e nas instituições. Algumas dessas construções são realizadas exclusivamente com o intuito de segregar e disciplinar o outro (JOVCHELOVITCH, [1994]2011; [2007]2008).

Embora seja nos outros que encontramos os recursos ontológicos e sociais para sermos quem somos, tendemos a desumanizar as pessoas que não são como nós. Mesmo que a intersubjetividade e a sociabilidade estejam no centro da constituição do Eu e da formação dos saberes, “a trágica história de fracassos que permeou a relação Eu e Outro e, em particular, a relação do Eu com a alteridade radical mostra que se mover em direção ao Outro não é fácil e não é uma escolha” (JOVCHELOVITCH, [2007]2008, p. 213). Quando nos propomos a pensar como diferentes representações se encontram e se comunicam nas esferas públicas, assim como faz Jovchelovitch ([1994]2011; 1998; 2000; 2002; [2007]2008; 2008; 2011), temos de enfrentar ao menos duas consequências. A primeira, é um problema duplo e inter-relacionado: a comunicação com o outro e a representação do outro. A segunda, que vamos nos ater nesse momento, é a necessidade de concebermos um novo regime de alteridade, que propõe, dentre outras coisas: intensificar encontros entre sistemas de saber; transformar arenas sociais em territórios de experimentação e confronto de práticas culturais; levantar questões sobre o potencial de comunicação e diálogo entre pessoas e grupos radicalmente diferentes; trazer à tona o problema da perspectiva e da pluralidade; e avaliar e valorizar os distintos sistemas de conhecimento (JOVCHELOVITCH, [2007]2008).

Nessa proposta de um novo regime de alteridade, propõe-se que o encontro de saberes seja o encontro entre dois ou mais sistemas representacionais, que expressam distintos mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivos. Neste enfoque, toma-se como pressupostos das relações

Eu-Outro a tomada de perspectiva e o reconhecimento. Ambos os pressupostos são considerados empreendimentos psicossociais complexos que dependem da comunicação, sempre paradoxal, entre o eu e o outro e do contexto social.

Os encontros entre saberes são considerados não-dialógicos quando pressupõem a hierarquia clássica entre os diferentes tipos de conhecimento, atribuindo-lhes valores diferenciados e sustentando a crença de que existe uma forma melhor ou superior de conhecimento, mais próxima da “verdade”. Nesse tipo de encontro não há o reconhecimento mútuo entre diferentes sistemas de saber, ou seja, a tomada de perspectiva e o reconhecimento permanecem ligados ao poder de um sistema de saber sobre outro. Essa postura que impõe sobre o outro a perspectiva do eu, desloca e exclui socialmente outros sistemas de saber. Esses processos de deslocamento têm enorme potencial destrutivo, pois eles podem, além de menosprezar, destruir saberes de uma determinada tradição cultural. Como principal consequência desse tipo de encontro, temos uma cognição ou um entendimento monológico dominante (JOVCHELOVITCH, [2007]2008), ou como diria Boaventura de Sousa Santos (2007, p. 29), temos uma “monocultura do saber e do rigor”, na qual impera “a ideia de que o único saber rigoroso é o saber científico”. Presenciamos, nesses encontros, um “epistemicídio” – a morte de conhecimento alternativos.

Por outro lado, os encontros dialógicos envolvem um esforço para levar em consideração a perspectiva do outro e reconhecê-la como legítima. Aqui o diálogo é tomado em suas dimensões ontológica, como um meio de compreender a constituição do ser, e epistemológica, através dos saberes concretizados nas práticas sociais (JOVCHELOVITCH, [2007]2008). Nesse tipo de encontro, podemos pensar numa “ecologia dos saberes” (SANTOS, 2007), na qual existe a possibilidade de que a ciência não constitua uma monocultura, mas como parte de uma ecologia mais ampla de saberes. A proposta é que o saber científico possa dialogar com os saberes populares e do senso comum, com os saberes construídos nas práticas cotidianas. Aqui o fundamental “não é ver como o conhecimento representa o real, mas conhecer o que determinado conhecimento produz na realidade; a intervenção no real. [...] É importante saber qual é o tipo de intervenção que o saber produz” (SANTOS, 2007, p.33).

Os encontros se tornam dialógicos, portanto, quando se alcança a consciência dos ganhos envolvidos na coexistência e na inclusão da perspectiva dos outros. Não pensamos mais em substituição de formas de saber, numa escala linear evolutiva, mas na hibridização dos sistemas de saber. Dessa hibridização de saberes surge um conceito fundamental na Teoria das Representações Sociais: a *polifasia cognitiva*. A noção de polifasia cognitiva significa que formas heterogêneas e múltiplas de saber podem coexistir, viver lado a lado e desempenhar

diferentes funções, respondendo a demandas contextuais diversas (JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008; 2008; 2011; AIKINS, 2012; ARRUDA, 2011; HOWARTH, 2006; JODELET, [1989]2005; MOSCOVICI, [1961]2012; [2000]2010; RENEDO, 2010).

Moscovici ([1961]2012; [2000]2010) pensa que, do mesmo modo que a linguagem é polissêmica, o pensamento é também polissêmico, polifásico. A hipótese da polifasia cognitiva significa, dentre outras coisas, que as pessoas são capazes de utilizar diferentes formas de pensamento e de saber de acordo com o grupo ao qual pertencem e ao contexto em que estão no momento. Moscovici ([2000]2010) destaca o duplo significado de sua hipótese. Primeiro, as pessoas não são monofásicas, sendo capazes de uma única forma de pensar, como assinalamos acima. Segundo, ela se contrapõe à lei do progresso e da racionalização, pois, para o autor, não há razão para supormos que haverá apenas uma forma de pensamento “puro”, que o *logos* substituirá definitivamente o *mythos*, pois, ao que parece, em todas as culturas conhecidas várias formas de pensamento coexistem, mesmo naquelas esferas públicas mais tradicionalizadas. Enfim, a diversidade das formas de pensamento (polifasia cognitiva) é a regra, e não a exceção.

Nesse sentido, com a noção de polifasia cognitiva assumimos a nossa tendência em empregar maneiras distintas e até mesmo opostas de pensar – como as científicas e as religiosas, por exemplo – como uma situação normal na vida cotidiana e na comunicação¹³. O conceito de polifasia cognitiva, portanto, busca dar conta das múltiplas relações entre eu e outro, da dimensão intersubjetiva, dos processos comunicativos, da diversidade dos saberes e das comunidades humanas, de diferentes ideias e modos de pensar que se colidem nas esferas públicas e competem pela construção de significados e emergência de representações sociais. Trata-se de uma noção que nos possibilita compreender como as diferentes representações, significados e estilos de pensamento coexistem nas esferas públicas, onde a vida cotidiana acontece e constrói os saberes e as subjetividades (JOVCHELOVITCH, 2008; RENEDO, 2010). Essa ferramenta conceitual/teórica, assim como as demais que aqui apresentamos, tem

¹³ Moscovici ([2000]2010) nos chama a atenção para três elementos que regulam a escolha que fazemos de uma forma de pensamento, em detrimento de outro – contexto, normas e fins. Em relação ao contexto, parece-nos óbvio que só podemos pensar numa forma de saber de maneira contextualizada. Qualquer informação, racionalidade ou saber que lidamos é construída, compartilhada e determinada dentro de um contexto social, histórico e cultural. As normas que circulam em um determinado contexto definem aquilo que é considerado um saber racional na cultura ocidental. Desde os gregos, por exemplo, a norma hegemônica é o princípio da não contradição. Num contexto acadêmico essa ainda parece ser a norma dominante. Com o pressuposto da polifasia cognitiva, um grupo social e até mesmo uma pessoa podem ser constituídos por saberes contraditórios, sem que isso seja considerado “irracional”. Por fim, a escolha por uma forma específica de saber é também influenciada pelas finalidades do que estamos fazendo, que podem ser múltiplas. Se for uma finalidade acadêmica, a forma de saber corresponderá ao contexto e às normas implícitas e explícitas desse meio (MOSCOVICI, [2000]2010).

profundas implicações na forma como pensamos a ontologia, a epistemologia e a ética em nossas práticas.

1.2 REFLEXÕES SOBRE A NOÇÃO POLISSÊMICA DO ACOLHIMENTO

Diante das dificuldades com o “problema do crack”, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas medidas para esse “enfrentamento” – palavra muito utilizada pelo próprio Ministério, apesar do paradigma da atual política ser a Redução de Danos. O aprimoramento da atenção aos usuários de crack no âmbito do SUS passa por quatro importantes vertentes: ampliação da rede de atenção; ampliação do acesso com desenvolvimento de dispositivos que ofertem cuidados a usuários historicamente desassistidos, como os moradores de rua; maior institucionalidade do cuidado, com a criação de dispositivos de atenção integral que possibilitem cuidado contínuo; e aprimoramento da articulação em rede da atenção a usuários de crack (BRASIL, 2010a). Embora o Ministério da Saúde tenha lançado editais de fomento a Centros de Referência de Enfrentamento ao Crack, projetos de pesquisa, consultórios na rua, fazendas terapêuticas, percebemos ainda uma ausência de investimento em Programas de Redução de Danos (PRD) em todo o Brasil. Muitos programas e projetos deixaram de existir devido às dificuldades de financiamento (SOUZA, 2007).

Essas são questões circunscritas a um nível macropolítico, das políticas e discursos sobre drogas. Mas como elas se atualizam ou se refletem nas práticas cotidianas dos serviços? No decorrer da minha pesquisa de mestrado (ROMANINI, 2011), observamos uma série de dificuldades encontradas pela equipe de um CAPS AD e que essas, são, em última instância, reflexos da gestão pública de um modo geral, cujo desinvestimento nos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica e falta de vontade política tem causado consequências desastrosas nas redes de saúde de municípios de todo o Brasil. Esse descaso da gestão pública, no entanto, é um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais no Brasil vem ocorrendo num contexto mundial de crise das políticas de bem-estar social, ou seja, sob a hegemonia histórica de políticas neoliberais, com consequência como o desemprego estrutural, a precarização das políticas públicas e dos vínculos de trabalho, a violência. Todos esses fatores geram fortes implicações no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2010).

Como podemos perceber, várias são as dificuldades. Por um lado, o jogo político e ideológico no campo das drogas, com pouca abertura para outros saberes e para o debate crítico, principalmente nos meios de comunicação. Por outro lado, as dificuldades encontradas pelos

profissionais da saúde e pelos serviços, que buscam superar os desafios políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda, nesse contexto, a existência de grupos e movimentos sociais que buscam ampliar os espaços dialógicos. Mesmo nesse contexto turbulento, profissionais, usuários e familiares se encontram cotidianamente nos serviços de saúde. Várias são as demandas, prevenção, tratamento, reabilitação psicossocial, entre outros. Aos profissionais da saúde mental cabe à tarefa de acolher. Mas quem ou o que esses profissionais estão acolhendo? Cabe somente a eles essa tarefa? Como acolher e estar com o outro, que nesse caso é um usuário de drogas, em meio a tantos discursos de recolhimento? Como acolher sem encolher o sujeito à esfera individual? Afinal de contas, o que ou quem estamos acolhendo com as atuais políticas sobre drogas? Como oferecer tratamento e reabilitação psicossocial àqueles que são cotidianamente estigmatizados pelos discursos públicos? A noção de encontro, como vimos no debate sobre a TRS, nos leva a outros questionamentos fundamentais: como não me encolher se há discursos que intensificam e constroem justamente a “liberdade” de me fechar para o outro? Como posso, enquanto profissional de saúde, também pessoa que se enreda nestas relações, acolher o outro sem que eu me encolha?

Ao apresentar esses questionamentos, que consideramos fundamentais nesta tese, colocamos em cena as práticas de acolhimento a pessoas que usam drogas. Assim como a ideia de “rede de produção de saúde”, a ideia de acolhimento é considerada um dispositivo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – PNH/SUS. A Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, emergiu como política pública visando o fortalecimento do SUS em 2003, em pleno processo de avaliação que envolveram atores implicados e engajados na construção de um sistema público de saúde universal e igualitário (BENEVIDES; PASSOS, 2005a; 2005b; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011; PASCHE; PASSOS, 2010; TRAJANO; SILVA, 2012).

A PNH emerge em meio a discursos que apontavam para a urgência de se encontrar outras formas de lidar com a crise da saúde, identificada por alguns como a falência do modelo SUS. Como nos afirmam Benevides e Passos (2005a), por um lado os usuários reivindicavam atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por sua vez, lutavam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes denunciavam que elas não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e gestão no SUS. A PNH emerge, então, da convergência de três objetivos centrais: 1) enfrentar os desafios da qualidade e dignidade no cuidado em saúde; 2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e 3) enfrentar os problemas referentes aos processos de gestão e

organização do trabalho, que produzem reflexos desfavoráveis na produção de saúde e na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

A PNH, não mais como um programa, mas como uma política, busca reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando como diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes estão apoiadas em três princípios fundamentais: a ampliação da transversalidade (ou o aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos), a inseparabilidade entre gestão e atenção e a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011; PASCHE; PASSOS, 2010; TRAJANO; SILVA, 2012).

A política busca também redefinir o próprio conceito de humanização, contra a noção de uma idealização do humano, de “humanizar o humano”, para ser bom, correto moralmente. O conceito de humanização é tomado como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que “sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 391). Trata-se, sobretudo, de um conceito de humanização a partir de um “reencantamento do concreto” (VARELA, 2003) ou da aposta no “SUS que dá certo”. A PNH, dessa maneira, reinveste na reforma (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Ora, a ideia de um *reencantamento do concreto* nos remete à valorização do cotidiano como elemento para a formulação de políticas públicas. Tomar o concreto das práticas de saúde sem desvalorizá-las nem idealizá-las requer se colocar ao lado das experiências dos profissionais e usuários do SUS. Significa investir no novo, apostar na criatividade e colocar-se ao lado das experiências, sem falar por elas ou sobre elas, mas *com* elas (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Entendemos que Moscovici ([1961]2012), ao propor a Teoria das Representações Sociais, promove uma valorização do senso comum, dos saberes produzidos no cotidiano, das práticas sociais, reconhecendo os diferentes saberes como legítimos. De uma maneira distinta de Varela (2003), Moscovici ([1961]2012; [2000]2010), Jodelet ([1989]2005;

2011), Jovchelovitch ([2007]2008; 2008; 2011) e outros autores da TRS, ao “reabilitarem o senso comum”, também propõem um reencantamento do concreto¹⁴.

Essa proposta de falar *com* as práticas concretas fomenta a lateralidade, principalmente através das “Rodas de Comunicação” (CAMPOS, 2000), nas quais saberes e poderes possam circular por entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Para isso, torna-se necessário “alterar o padrão organizacional e de gestão do trabalho em saúde que verticaliza e hierarquiza os discursos ou os homogeneiza na horizontalidade corporativa dificultando a comunicação” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4543).

Com a lateralização da comunicação, a PNH propõe um modo de fazer que se realiza pelo Método da Tríplice Inclusão (BRASIL, 2007): inclusão dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde (trabalhadores dos serviços, trabalhadores da gestão e usuários); inclusão da perturbação ou tensão na gestão e no cuidado gerada pela inclusão anterior; e, por fim, a inclusão dos coletivos que se formam e se consolidam a partir das duas inclusões anteriores, incluindo novos interlocutores que atuem como multiplicadores da política. A Humanização, dessa forma, pode ser concebida como um método de inclusão (PASCHE; PASSOS, 2010), como um modo de fazer inclusivo. Como experimentação nas práticas de saúde, a humanização passa a ser entendida como uma aposta ética e política, pois incluir, nessa perspectiva, significa acolher e incluir as diferenças, fazendo coexistir a diversidade da manifestação do vivo, da heterogeneidade e das singularidades do humano. A inclusão da diversidade é, sem dúvida, essencial para pensarmos o *acolhimento* produzido nas redes de saúde.

Mas quando falamos em acolhimento, o que nos vem à cabeça? O que significa acolher? Quem ou o que acolhemos? Parece-nos que, assim como acontece com o conceito de humanização, o acolhimento transformou-se num “conceito-sintoma”. Benevides e Passos (2005a) chamam de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado, como algo natural, constituindo-se num “modismo”. Pretendemos, aqui, colocar em análise o

¹⁴ Varela (2003) propõe o “reencantamento do concreto” pautado na Abordagem Enactiva da Cognição, que tem dois princípios fundamentais: 1) a percepção consiste em ação orientada perceptivamente; e 2) as estruturas cognitivas surgem a partir de padrões sensório-motores recorrentes que permitem que a ação seja orientada perceptivamente. Varela afirma que “a cognição consiste não de representações, mas de *ação corporificada*. De maneira correspondente, o mundo que conhecemos não é preestabelecido; é, ao contrário, *enactado* através de nosso histórico de acoplamento estrutural” (VARELA, 2003, p. 86). Trazemos essas considerações para explicitar as diferenças entre a “Abordagem Enactiva da Cognição”, de Varela, e a “Teoria das Representações Sociais”, de Moscovici, assumindo os riscos ou implicações da aproximação da expressão “reencantamento do concreto” com “reabilitação do senso comum”. Todavia, entendemos que Varela, ao tratar como correspondentes a noção de “representação” e um mundo “preestabelecido”, está se referindo à concepção clássica de representação, pois o conceito de representações sociais, da maneira como o compreendemos, não se opõe (ao menos não radicalmente) a essa ideia de cognição apresentada pelo autor. Um amplo debate já vem sendo feito sobre a relação entre as duas teorias, não constituindo nosso objetivo aprofundá-la nesse momento.

conceito-sintoma do acolhimento, como uma prática ideal exercida por um “bom” profissional de saúde, ou tomado como sinônimo de triagem, pautado em um processo protocolar que define a modalidade de tratamento ofertada ao usuário que chega nos serviços e repasse de encaminhamentos a serviços especializados.

O acolhimento, entendido como ato ou efeito de acolher, expressa uma ação de aproximação, um “estar com”, uma atitude de inclusão [como referimos em relação à PNH como um método de inclusão]. Essa atitude implica estar em relação com algo ou alguém. Nesse sentido, afirma-se o acolhimento como uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2006). Trata-se de uma diretriz ética porque se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo nas suas diferenças, em suas dores, seus modos de viver, sentir e estar na vida.

É uma diretriz estética porque traz para as relações e encontros cotidianos a invenção constante de estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver. É uma diretriz política porque envolve o compromisso coletivo neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. Nessa direção, um dos principais desafios do SUS é o de reativar nossa capacidade de cuidar e estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores: o coletivo como plano de produção de vida; o cotidiano como plano de reprodução, experimentação e invenção de modos de vida; e a indissociabilidade entre o modo como nos produzimos como sujeitos e os “modos de se estar nos verbos da vida” (BRASIL, 2006, p. 9), como trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde.

O acolhimento como *mecanismo de ampliação e facilitação do acesso*, o acolhimento como *postura e tecnologia de cuidado*, e o acolhimento como *dispositivo de (re)organização dos processos de trabalho em equipe* são tomadas como dimensões constitutivas dessa diretriz ética, estética e política. Para dar conta dessas dimensões constitutivas, existem diferentes possibilidades de modelagens do acolhimento: acolhimento pela equipe de referência do usuário; equipe de acolhimento do dia (em caso de unidades compostas por mais de uma equipe); acolhimento misto (equipe de referência do usuário e a equipe de acolhimento do dia); e acolhimento coletivo. Tais modalidades devem ser compreendidas como uma experimentação que propicia tanto o reajuste à realidade de cada serviço como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada (BRASIL, 2011b).

Em uma revisão não sistemática de artigos nacionais (pesquisas e relatos de experiências), disponíveis em bases de dados como a *SciELO*, que versavam sobre o acolhimento, identificamos modos distintos de fazer e pensar essa diretriz (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BARRA; OLIVEIRA, 2012; ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007;

CAVALCANTE FILHO et al., 2009; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; TESSER; POLI NETO; CAMPOS 2010; FRANCO; FRANCO, 2012; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009; NEVES; HECKERT, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2005; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). O caso de Betim, em Minas Gerais, apresentado por Franco, Bueno e Merhy (1999), aponta que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, com a equipe de acolhimento passando a ter lugar central da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não-médicos passaram a utilizar todo seu arsenal tecnológico, seu conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde. Entretanto, ressaltam como principais limites dessa experiência a pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento, o agendamento fixo das consultas médicas e a (não) conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O trabalho de Barra e Oliveira (2012) também indica o lugar central do acolhimento na Unidade de Saúde analisada. Os autores destacam que o acolhimento funcionou tanto como um dispositivo humanizador da assistência e gerador de transformações nos processos de trabalho, quanto como um mecanismo de organização da demanda e otimização do serviço. Em uma experiência de pesquisa-ação em uma Unidade de Saúde da Família, destacou-se a potência inclusiva do acolhimento enquanto instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários, bem como instrumento que contribui com a identificação de problemas nos processos de trabalho (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007). Outros dois trabalhos, um sobre o acolhimento com classificação de risco (FRANCO; FRANCO, 2012), e outro sobre os discursos sobre acolhimento e acessibilidade em um CAPS, também apontaram avanços na organização do trabalho, embora com algumas limitações.

Na proposta de acolhimento coletivo, apostou-se na tentativa de transformação de um modelo assistencial, retirando a centralidade das consultas médicas e ampliando as potencialidades dos demais profissionais que compõem a equipe. Entretanto, o espaço do diálogo e sua compreensão como um lugar de trocas e entendimentos, por vezes não é percebido como tal. Por isso, Cavalcante Filho et al. (2009, p. 325) destacam um desafio às práticas de acolhimento: “a escassez de espaços públicos de negociação, distância do saber técnico em relação ao saber popular, as diferenças de classes, a valorização de uma cultura em detrimento de outra, a exclusão social, são aspectos que, por vezes, não são superados e prejudicam o diálogo”.

Já para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), o acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerado uma importante ferramenta no processo de desmedicalização da

população. Segundo o autor, o acolhimento, como cuidado continuado e responsabilização pelo acompanhamento dos pacientes, implica em conhecê-los progressivamente, bem como seu contexto e dinâmica psicossocial e cultural, tornando-se num poderoso mecanismo de aprendizado desmedicalizante. Um estudo da produção bibliográfica brasileira sobre os avanços e desafios do acolhimento na Atenção Primária, identificou como principais avanços a ampliação do acesso aos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às demandas dos usuários e comunidades. Por outro lado, destacaram-se como desafios a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos que possibilitem reorganizar os processos de trabalho em saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Márcia Gomes e Roseni Pinheiro (2005), buscando refletir sobre as práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde, analisam os usos e sentidos atribuídos aos termos integralidade, vínculo e acolhimento. As autoras identificam o acolhimento e o vínculo como elementos intrinsecamente relacionados e como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS – integralidade, universalização e equidade. Já Schmidt e Figueiredo (2009), partindo de uma experiência de supervisão clínico-institucional em um CAPS, apontam eixos do campo da avaliação em saúde que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da clínica na atenção psicossocial – acesso, acolhimento e acompanhamento. Esses eixos, conforme as autoras, são fundamentais para a análise da assistência e qualificação permanente dos serviços substitutivos. Nessa análise, o acolhimento é constituído por três dimensões: postura, técnica e reorientação do serviço.

Outros dois estudos, embora não tratem diretamente da noção de acolhimento, problematizam o cuidado ou atendimento à crise em saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2012; PAULON et al., 2012). No primeiro, investigou-se o atendimento da crise nos diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Natal/RN. Constatou-se vários pontos de “estrangulamento”: número limitado de serviços que acolhem urgências; falta de comunicação entre equipes dos diversos pontos de atenção; ausência de matriciamento com a atenção primária e de leitos de atenção integral nos hospitais gerais (DIMENSTEIN et al., 2012). Já o estudo de Paulon et al. (2012), ao analisar o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais, detectou uma espécie de “foco míope” no trabalho desenvolvido nessas emergências, uma vez que o medo e o estigma associado à loucura, bem como a sensação de despreparo dos profissionais para escutar os problemas, que produz uma invisibilidade da dimensão da saúde mental nos casos atendidos, ficando restritos aos “sintomas do corpo”.

Por fim, Neves e Heckert (2010) partem da crítica de uma visão tradicional de acolhimento, tomado como uma atitude voluntarista, de bondade ou favor por parte dos profissionais, ou ainda como sinônimo de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. As autoras, após uma análise dos usos da noção de acolhimento, chegam a duas lógicas não excludentes entre si: uma lógica organizativo-espacial, restrita às práticas de recepção gentil e ações de triagem na porta de entrada; outra, a lógica intersubjetiva-relacional, compreende o acolhimento como relação com o outro e construção de vínculos a partir de uma escuta solidária e atenta aos sofrimentos. Essa lógica relacional, advertem as autoras, pauta-se na “boa vontade” e na intenção de “colocar-se no lugar do outro” e “de agir como gostaríamos de ser tratados”. O acolhimento é concebido, então, como um processo de passagens, diferente de um lugar ou de uma técnica, envolvendo movimentos de afecções (no sentido de Spinoza) que se constroem na experimentação (NEVES; HECKERT, 2010).

Todos esses estudos nos remetem, de alguma maneira, ao fato de que o acolhimento não pode ser concebido como uma ação pontual, isolada e fragmentada dos processos de produção de saúde. Partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, a noção de acolhimento nos permite analisar alguns elementos fundamentais envolvidos no cuidado em saúde: o ato da escuta e a produção de vínculo como ações terapêuticas; as formas de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde; os modelos de gestão e atenção vigentes nos serviços; a humanização das relações que se estabelecem cotidianamente, dentre outros (BRASIL, 2006).

Emerson Merhy (1999; 2013a; 2013b; 2013c) nos ajuda a pensar no acolhimento a partir da noção de valises tecnológicas do cuidado em ato na saúde. No encontro entre profissional e usuário, uma parte está ali como expressão da necessidade de saúde, a outra parte é identificada como portadora de um certo saber-fazer tecnológico, produtor de cuidado para o outro. Na promessa do cuidado, cada figura produz suas imagens: o trabalhador coloca-se no lugar de quem vai cuidar, por ter um conjunto de saberes e técnicas; o usuário coloca-se no lugar de objeto da ação do outro, supondo que isso dará conta de sua demanda – a recuperação de “seu modo de caminhar a vida”. No processo de trabalho, quando esse encontro ocorre, estabelece-se entre o profissional e o usuário um espaço intercessor, que existe em ato, no momento do encontro. Esse espaço é semelhante à construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, um afeta o outro.

A partir do jogo que se estabelece no processo de trabalho, Merhy (2013c) pensa em dois efeitos. O primeiro é que, em saúde, há um encontro do agente produtor, com suas

ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologia), com o agente consumidor, tornado, parcialmente, objeto da ação do agente produtor, não deixando, entretanto, de ser também um agente ativo, em ato, com suas intencionalidades, representações e saberes. O segundo é que há, nesse encontro, o objetivo de realizar um produto/finalidade – a saúde, representado pelo agente consumidor como algo útil, podendo ou não essa representação do que é saúde ser coincidente com a do agente produtor. Nesse sentido, “os agentes produtores e consumidores são ‘portadores’ de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados” (MERHY, 2013c, p. 175).

Os conhecimentos, equipamentos e tecnologias do agente produtor a que Merhy (2013c) se refere constituem as valises tecnológicas. As valises, portanto, representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais, fazendo sentido de acordo com os lugares ocupados e finalidades que almejam nesse encontro. As valises são de três tipos, conforme o autor:

Uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato. (MERHY, 2013c, p. 176).

Mesmo que armado pelas tecnologias mais duras e leve-duras, o olhar se singulariza no ato. Os produtos realizados nesse encontro podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro sobre o mais leve, mas o contrário também é possível, porque não há uma única forma de realizar a clínica. Dentro da caixa de ferramentas das tecnologias leves é que encontramos o acolhimento:

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro lugar. (MERHY, 2013c, p. 178).

E como pensamos o acolhimento a usuários de drogas? Como produzir práticas de acolhimento em meio a práticas de colhimento, encolhimento e recolhimento? Logo nas

primeiras páginas da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), encontramos seis referências sobre o acolher e o acolhimento, a saber:

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem *acolhidos* em suas diferenças. (BRASIL, 2003, p. 8).

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na *condição de acolhimento*, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. (BRASIL, 2003, p. 10).

As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem *acolher*, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2003, p. 10).

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o *acolhimento*, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003, p. 10-11).

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede [...] que cria acessos variados, *acolhe*, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida. (BRASIL, 2003, p. 11).

Isto [a garantia de acesso aos serviços e a participação] se dá através do estabelecimento de vínculos, da construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em *locais de acolhimento* e enfrentamento coletivo das situações ligadas aos problemas. (BRASIL, 2003, p. 11).

Essas pistas deixadas pela Política de Atenção Integral nos mostram que a noção de acolhimento é, antes de qualquer coisa, uma noção polissêmica. Temos, nesses seis fragmentos, ao menos quatro sentidos distintos, porém interdependentes. O primeiro nos remete à ideia do sentir-se acolhido nas suas diferenças. Acolhimento como um *sentimento ou sensação*. No contato com um serviço ou um profissional, os usuários sentem-se ou não acolhidos, e isso, para a política, é fundamental para o entender o abandono ou mesmo a não procura por tratamentos. O sentimento, no texto da política, é pensado na perspectiva do usuário. Mas será que os profissionais também não precisam se sentir acolhidos pelos usuários, pela gestão, pela equipe? Acreditamos que o acolhimento possa ser tomado como uma sensação de todos os atores implicados com a produção de saúde. Mas não podemos esperar isso como algo dado, e sim como uma conquista. Se pensarmos que as pessoas vêm, muitas vezes, em sofrimento tão

grave que não conseguem abrir “a guarda”, confiar no profissional, não caberia então a nós criar brechas em certas armaduras ou modos enrijecidos de viver para conquistar o acolhimento?

Um segundo sentido apreendido nesses fragmentos é o de acolhimento como uma *ação* ou uma *atividade*. Quando o texto da política ressalta que as práticas de saúde devem “acolher” sem julgamentos as histórias dos usuários, entendemos que as práticas de saúde são desenvolvidas no encontro entre profissionais e usuários dos serviços. Contudo, quando pensamos no acolhimento como uma ação ou uma atividade, é uma atividade fundamentalmente desempenhada pelo profissional, como uma oferta de um serviço específico direcionada àqueles que ali chegam. É como se os profissionais dissessem: “Você me conta suas histórias e eu te acolho!”. Nessa forma de conceber o acolhimento, cabe destacar o papel da formação em psicologia que, tradicionalmente, treina os estudantes a não se envolverem, a não colocarem a sua história abertamente na relação, em nome de uma suposta neutralidade.

O terceiro sentido pensado aqui é o de acolhimento como uma *função* ou um *meio para alcançar um fim desejado*. O acolhimento emerge como uma função da estratégia de redução de danos (junto com outras funções), contribuindo com o “aumento de superfície de contato” e multiplicando as possibilidades de enfrentamento do problema; como uma função da rede de saúde; e que devemos transformar os serviços em “locais de acolhimento” para possibilitar o acesso aos mesmos e garantir a participação dos usuários na construção do SUS. A partir desses quatro sentidos, poderíamos pensar na condição de acolhimento ou no acolhimento como uma condição para a construção de redes de produção de saúde, pois sem uma postura crítica em relação à noção de acolhimento, corremos o risco de construir redes de reprodução (serializada) de saúde.

O quarto e último sentido pensado a partir dos fragmentos da Política de Atenção Integral (BRASIL, 2003) é o de acolhimento como condição. Como diz o próprio texto da política, uma *condição de acolhimento*. Essa condição é recomendada para que as práticas de saúde assumam efetivamente seu compromisso ético e a defesa da vida. Nesse sentido atribuído ao acolhimento vamos necessitar de um pouco mais de atenção. Hannah Arendt (2010), em *A Condição Humana*, afirma que os seres humanos são seres condicionados. Tudo aquilo com o qual eles entram em contato torna-se imediatamente uma condição de sua existência.

O mundo no qual acontece a *vita activa*¹⁵ consiste em coisas produzidas pelas atividades humanas; mas, também, as coisas que devem sua existência exclusivamente à atividade humana também condicionam os humanos. Os humanos, portanto, são sempre seres condicionados, pois o impacto da realidade do mundo sobre a existência humana é sentido e recebido como força condicionante.

Arendt (2010) nos alerta, para evitar erros de interpretação, que a condição humana não é o mesmo que a natureza humana. As questões filosóficas “quem somos?” e “o que somos?” nos remetem à ideia de uma natureza humana. Mas Arendt acredita que falar e discorrer sobre essa “natureza” seria como “pular sobre nossa própria sombra”, já que nada nos autoriza a presumir que o homem tenha uma natureza ou essência no mesmo sentido em que as outras coisas as têm. A autora esclarece a diferença entre condição e natureza humana apontando que “as condições da existência humana – a vida, a natalidade e a mortalidade, a mundanidade, a pluralidade e a Terra – jamais podem ‘explicar’ o que somos ou responder à pergunta sobre quem somos, pela simples razão de que jamais nos condicionam de modo absoluto” (ARENDR, 2010, p. 13). Portanto, falar em uma “condição de acolhimento” apresenta inúmeras consequências. Em primeiro lugar, ninguém é “acolhedor” por natureza, nos termos de Arendt. Basta nos lembrarmos que os “regimes de alteridade” podem produzir e ser produto tanto de processos de construção, como de exclusão social (JODELET, [1989]2005; 1998; JOVCHELOVITCH, 2008; ARRUDA, 1998). Em segundo, se assumimos o acolhimento como uma condição, ele deixa de ser uma atividade ou tarefa de um profissional ou serviço no momento em que o usuário chega ao serviço. A condição de acolhimento implica uma permanência, não no sentido de imutável, mas de um prolongamento espaço-temporal do ato

¹⁵ Com a expressão *vita activa*, Arendt (2010) pretende designar três atividades humanas fundamentais: trabalho, obra e ação. Para a autora, tais atividades são fundamentais porque a cada uma delas corresponde uma das condições básicas sob as quais a vida foi dada ao homem na Terra. Resumidamente, a condição humana do trabalho é a própria vida; a condição humana da obra é a própria mundanidade; e a condição humana da ação é a pluralidade, “porque somos todos iguais, isto é, humanos, de um modo tal que ninguém jamais é igual a qualquer outro que viveu, vive ou viverá” (ARENDR, 2010, p. 9-10). Arendt (2010, p. 10) ainda enfatiza que as três atividades e suas condições correspondentes estão “intimamente relacionadas com a condição mais geral da existência humana: o nascimento e a morte, a natalidade e a mortalidade”. O trabalho assegura não somente a sobrevivência do indivíduo, mas a vida da espécie. A obra e seu produto (os artefatos/instrumentos criados pelo homem) conferem uma medida de permanência e durabilidade ao caráter efêmero do tempo humano. A ação, na medida em que busca fundar e preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança, para a história. As três atividades destacadas pela autora estão também enraizadas na natalidade, pois têm a tarefa de “prover e preservar o mundo para o constante influxo de recém-chegados que nascem no mundo como estranhos, além de prevê-los e levá-los em conta” (ARENDR, 2010, p. 10). Por fim, Arendt adverte que, dentre as três atividades, é a ação que mantém uma relação mais estrita com a natalidade, pois o “novo começo inerente ao nascimento pode fazer-se sentir no mundo somente porque o recém-chegado possui a capacidade de iniciar algo novo, isto é, de agir. [...]. Além disso, como a ação é a atividade política por excelência, a natalidade, e não a mortalidade, pode ser a categoria central do pensamento político, em contraposição ao pensamento metafísico” (ARENDR, 2010, p. 10).

de acolher – ou seja, deixa de ser restrito a um serviço específico e ao momento da entrada, da chegada neste serviço. Por fim, uma terceira (possível) consequência, é a de que a condição de acolhimento nos remete, inevitavelmente, à “política de alteridade” (JOVCHELOVITCH, 2008), e, como tal, representa uma constante e tensa (re)negociação entre um eu e um não eu, entre o eu e o outro. Essa implicação com a alteridade, permite-nos questionar se é possível acolher sem ser acolhido, já que o acolhimento envolveria um diálogo (ou não-diálogo) com o outro.

Portanto, o acolhimento como diretriz ética, política e estética, pode ser inscrito como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro, como uma construção de redes de conversações afirmadoras das relações de potência nos processos de produção de saúde. A “condição de acolhimento” nos remete, de fato, às conversações, aos afetos produzidos nos encontros, a uma rede de produção de acolhimento, como veremos nessa última parte do capítulo teórico.

Concluindo nosso caminho de reflexão sobre as redes e o acolhimento em rede, vamos, brevemente, retomar algumas ideias de Ricardo Teixeira (2003; 2004), evidenciando nosso posicionamento em relação ao que entendemos sobre acolhimento. Ao revisitar o caráter polissêmico da noção de *integralidade* no campo da saúde, Teixeira (2003) destaca o núcleo semântico desta palavra: estar todo, inteiro, completo. O autor reitera que existem diferentes formas de conceber integralidade, mas que, para cada concepção desta, existe uma concepção de cisão, uma visão de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço. Teixeira (2003), então, nos questiona: que “partes” temos nos proposto a juntar? Que “todos” temos nos proposto a recompor?

Teixeira (2003) propõe, a partir de tais questões, que nos preocupemos com uma modalidade particular de apartação, de cisão, cujo desafio de superação, qual seja, a reintegração dos elementos separados, pode contribuir para a emergência de novos significados para o conceito de integralidade. Trata-se da cisão eu-outro¹⁶, das relações estabelecidas entre profissionais e usuários – o antigo problema da política da alteridade, já mencionado anteriormente. Conforme o autor, a integração entre os diferentes atores implicados na produção de saúde requer mais do que a construção de vínculo e responsabilização, ela requer uma

¹⁶ Essa discussão proposta por Teixeira (2003) nos remete aos conceitos de antinomias dialógicas e *themata* (MARKOVÁ, [2003]2006), tratados na revisão da Teoria das Representações Sociais. O conceito de *themata* será fundamental nesse debate, pois poderá nos possibilitar pensar a cisão eu-outro (articulando também com o conceito de alteridade) como uma antinomia que perdurou ao longo de nossa história, um *thema* que pode ter se transformado em representação social. Sabemos, a partir do estudo da história das drogas na humanidade, que a proibição de determinadas substâncias sempre esteve associada ao uso por parte de grupos marginalizados, de minorias sociais (ESCOHOTADO, 1997). O outro representado como perigoso, ameaçador, que pode ter sido ancorado na representação hegemônica atual sobre as pessoas que usam drogas.

mudança nas relações de poder entre técnicos e usuários. Para isso, a reversão do modelo tecnoassistencial não acontece, sem que antes haja uma reversão do modelo comunicacional existente nas redes de produção de saúde (TEIXEIRA, 2003).

Nessa nova concepção de integralidade, a conversa se torna a substância do trabalho em saúde, e é somente enquanto matéria “trabalhada” por todos os atores em presença na conversa que ela ganha forma. O que temos, no trabalho em saúde, é sempre a conversa, reconhecida por Teixeira (2003) como substância trabalhada conjuntamente por profissionais e usuários e, ao mesmo tempo, reconhecida como técnicas de produção de relações, buscando desalienar os nossos modos de conversar, ou como diria Marková ([2003]2006), buscando evitar o risco de “desdialogizar” a linguagem. Portanto, a “técnica geral da conversa” deve ser praticada em todas as conversações produzidas no serviço (TEIXEIRA, 2003) e, diríamos também entre os serviços. O autor propõe que os serviços de saúde sejam concebidos como um “Espaço Coletivo de Conversação”, composto por várias e distintas “regiões de conversa” interligadas.

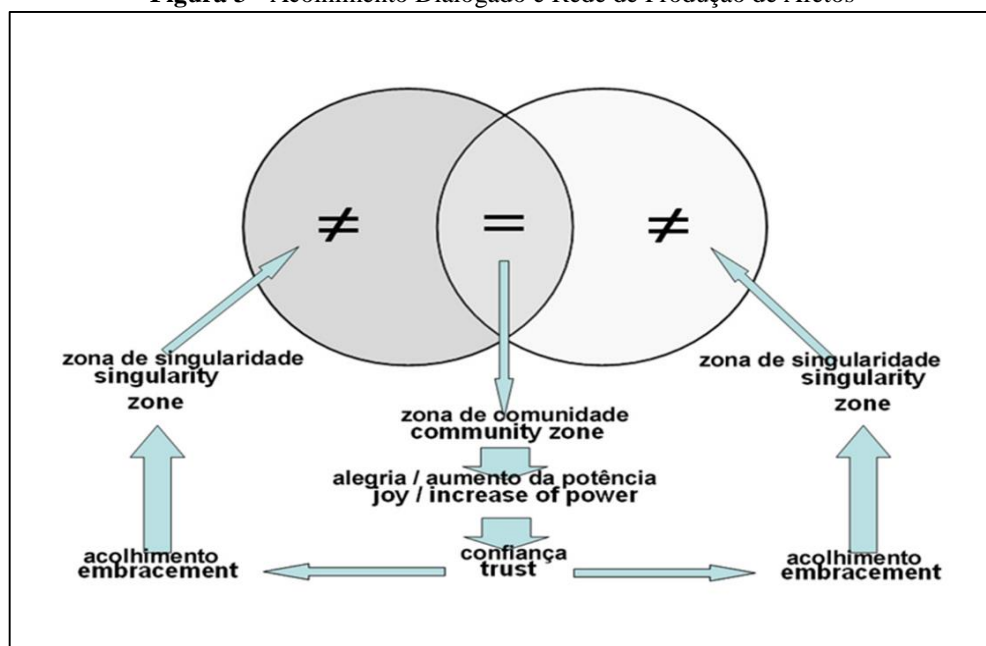
Nessa rede de conversações, o acolhimento estaria em todos os lugares e a função de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço. A noção de acolhimento, então, teria a função de conectar uma conversa à outra, interconectando os diferentes espaços de conversa e, eventualmente, “convidando” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. A técnica de conversa ou de relação denominada de “acolhimento dialogado” (TEIXEIRA, 2003; 2004) tem a competência de oferecer as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede, articulando diferentes atividades (conversas) e pontos da rede e constituindo autênticos espaços coletivos de conversações.

Ao invés de tratar o acolhimento como uma atividade (geralmente de recepção nos serviços) desempenhada por um profissional particular num espaço específico, o *acolhimento dialogado* é pensado como uma técnica passível de ser aplicada por qualquer profissional e em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” da rede tecnoassistencial da saúde. E o que caracterizaria essa *técnica de conversa*? “O *acolhimento-diálogo*, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que *identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas*” (TEIXEIRA, 2004, p. 2). O autor ainda acrescenta que “*nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada [...]*” (TEIXEIRA, 2004, p. 2).

Temos, então, dois traços principais nessa forma de pensar o acolhimento, identificadas na sua própria designação: acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado. Primeiramente, o

acolhimento que designa um caráter de um acolhimento “moral” ou ético da pessoa e de suas demandas. É o reconhecimento do outro, do seu sofrimento, das suas dores. Esse gesto receptivo é acompanhado sempre do diálogo, orientado pela busca de maior conhecimento das necessidades do sujeito e dos modos de satisfazê-las. O acolhimento dialogado é resultado de um encontro marcado por tais disposições “morais” e “cognitivas”, pautado em três pressupostos: 1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; 2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; 3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes (TEIXEIRA, 2003; 2004). Como nos diz o próprio autor, “todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2004, p. 3). É o que ele busca sintetizar no diagrama abaixo:

Figura 3 - Acolhimento Dialogado e Rede de Produção de Afetos



Fonte: Teixeira (2004).

Nesse diagrama, Teixeira (2004) demonstra o encontro entre dois sujeitos singulares, entre duas “zonas de singularidade”. Se promovemos um bom encontro, ou “melhor encontro” (RIGHI, 2010), experimentamos um “afeto aumentativo” (SPINOZA, 2013), um sentimento de aumento de nossas potências. Num primeiro encontro entre profissional e usuário temos uma gama de afetos mobilizados e que podem levar à formação de vínculo. Através da conversa, busca-se explorar o que os dois sujeitos têm em comum, criando assim uma “zona de comunidade”, baseado no reconhecimento recíproco – o que um precisa e o que o outro tem a oferecer. Se, a partir do encontro, afetos de confiança são gerados, o vínculo profissional-

usuário terá maior consistência. Quando, então, um campo de confiança se constituiu entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços que nos singularizam. É nesse sutil deslizamento do afeto de confiança para o afeto de acolhimento que necessidades, antes invisíveis, emergem. Numa autêntica cultura da desconfiança, a relação ou o afeto de confiança faz com que reconheçamos no outro aquilo que é irreduzível,

Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical. E é aí que começa o verdadeiro desafio da alteridade. Só aí somos verdadeiramente desafiados a aceitar o outro como um legítimo outro. Nessas novas zonas, passamos a experimentar novas intensidades, às quais fomos conduzidos pelos afetos de confiança, mas que já correspondem a novos afetos aumentativos que anunciam, por sua vez, outros modos de existência, em que nos tornamos a causa última de nossas paixões, em que entramos plenamente na posse de nossa potência. Para Espinosa, a liberdade. (TEIXEIRA, 2004, p.7).

Por isso, Teixeira (2004) pensa que as redes de trabalho em saúde – como redes de conversações – são também redes de trabalho afetivo. São redes de produção de afetos, e essa produção é a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida, de produção de subjetividades e de sociabilidades. Apostamos, então, nessa rede de trabalho afetivo, construída a partir de encontros dialógicos (JOVCHELOVITCH, 2008), de encontro entre diferentes sistemas de saber que coexistem, transformam e são transformados nas e através das conversações cotidianas.

2 SOBRE O PLURALISMO METODOLÓGICO DA PESQUISA: REDES, ENCONTROS DIALÓGICOS E CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, insere-se na perspectiva mais abrangente das pesquisas participativas ou participantes, que surgiram como um movimento frente às pesquisas científicas tradicionais, problematizando as relações entre o investigador e o que é investigado, entre sujeito e objeto, teoria e prática. Brandão e Borges (2007) apontam cinco propósitos da pesquisa participante/participativa: servir como um meio de conhecimento de questões sociais a serem participativamente trabalhadas; constituir-se como instrumentos pedagógicos e dialógicos de aprendizado partilhado; participar de processos mais amplos e contínuos de construção de saberes mais partilhados; identificar-se como um serviço ao empoderamento dos movimentos populares e de seus integrantes; e abrir-se de maneira múltipla e fecunda a outros campos de ação social.

Tais propósitos da pesquisa participante colocam-na numa posição fundamental dentro da discussão proposta por Boaventura de Sousa Santos (2010), cujas teses buscam propor uma micro-utopia de uma universidade democrática e emancipatória. Destacamos aqui duas dessas teses, a saber: 1) a necessidade de uma dupla ruptura, de um lado, com o paradigma positivista de ciência e, de outro lado, com a hegemonia do saber científico em relação a outros saberes, denominados de ‘saberes populares’; 2) a democratização da universidade depende, além da necessidade de transformação das estruturas de poder internas e da ampliação do acesso ao ensino superior, fundamentalmente da criação de comunidades interpretativas que integrem o conhecimento científico, o senso comum, os saberes populares e a mídia para um enfrentamento dos problemas sociais.

Partimos do pressuposto de que toda pesquisa é um ato social realizado por sujeitos de um saber próprio e de projetos próprios, nesse sentido, “toda pesquisa é pesquisa participante porque aqueles envolvidos no ato da observação estão, eles próprios, interagindo com o objeto que está sendo observado” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 284). Pretendemos que as intervenções – observações, grupos e entrevistas – sejam construídas como encontros dialógicos entre os pesquisadores e os profissionais e usuários, “envolvendo o reconhecimento de pontos de encontro, confrontos potenciais e possíveis alianças que podem ocorrer entre os diferentes saberes em jogo, entre a agenda dos pesquisadores e a realidade da comunidade” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 281).

Pesquisar com a adoção de uma atitude dialógica não significa idealizar os saberes locais, mas construir um encontro crítico baseado no princípio dialógico em que todos os

participantes, incluindo aqui os pesquisadores como participantes, podem compartilhar e transformar saberes. A atitude dialógica está baseada tanto no ato de ouvir o outro e permitir sua expressão máxima, quanto na constante avaliação de como a realidade dos participantes abala as hipóteses, teorias e pressupostos no trabalho do pesquisador (JOVCHELOVITCH, 2008).

Como o acolhimento é uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS, apostamos na pesquisa e no pesquisar como uma prática social ética, estética e política (ZANELLA, 2013). Propomos a pesquisa como uma prática social ética porque entendemos que ela é socialmente comprometida com alguma visão de mundo, valores, conhecimentos e crenças que formam e transformam o olhar dos pesquisadores e que, em alguma medida, serão objetivados na escrita da tese. É uma prática social estética porque pretendemos nos pautar em sensibilidades, afetos que estranhem o instituído, buscando o reconhecimento de infinitas possibilidades de *acolher* as diferenças. Nessa pesquisa, buscamos fundar nossos encontros em relações estéticas e sensíveis, acreditando na possibilidade de reconhecer a potência criadora do outro. E, por fim, pretendemos que essa pesquisa se constitua como uma prática social política, engajando-se em diferentes perspectivas de vida e evidenciando nossa responsividade perante o outro, afirmando sua potência de vida. Dessa maneira,

Se pesquisar é reinventar a realidade, e não somente demonstrá-la, compreendê-la ou explicá-la, a reflexão sobre o que se pesquisa, sobre os caminhos trilhados no percurso da investigação e o que resulta dessa prática social vincula-se inexoravelmente com a reflexão sobre o processo de criação que caracteriza toda e qualquer pesquisa: criação de algum novo objetivado na escrita que se divulga, e ao mesmo tempo (re) criação do pesquisador, do orientador e dos muitos outros com os quais estes se relacionam, em encontros/desencontros vários. (ZANELLA, 2013, p.132)

Antes de prosseguirmos com os procedimentos metodológicos desta pesquisa, queremos pontuar algo importante. Não estamos trabalhando com “o método” ou uma “perspectiva metodológica”, mas com a ideia de um pluralismo metodológico. Através deste pluralismo buscamos uma visão que dê conta, minimamente, da complexidade envolvida no processo de pesquisa social, incluindo a definição e a revisão do problema, sua teorização, a coleta de dados, a análise dos dados e a apresentação dos resultados. Dentro deste processo, pensamos que diferentes metodologias têm contribuições diversas a oferecer (BAUER; GASKELL; ALLUM, [2000]2008). Como partimos de uma concepção de pesquisa como uma prática social ética, estética e política, ressaltamos que a “caracterização” de nosso pluralismo metodológico foi sendo transformada no decorrer de nossos encontros, sempre buscando levar em conta a

perspectiva dos outros com os quais nos relacionamos no decorrer do processo de pesquisa. A seguir, apresentamos os procedimentos metodológicos que foram pensados para a pesquisa, iniciando pela caracterização dos locais e interlocutores.

2.1 OS LOCAIS E OS INTERLOCUTORES DA PESQUISA

Realizamos essa pesquisa junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Nossa inserção na RAPS aconteceu através de uma parceria estabelecida com a equipe de profissionais que compõe a Área Técnica (AT) de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA). Para tal, participamos de reuniões, encontros com profissionais da rede e visitas técnicas aos serviços, compondo com a área técnica de saúde mental. Outra “porta de entrada” aos serviços que acompanhamos foram os encontros do Fórum Álcool e outras Drogas (Fórum AD), através dos quais se reúnem profissionais de toda a RAPS para estudar e discutir temas pertinentes às práticas e experiências profissionais dos envolvidos. À medida que fomos ocupando esses espaços, propomos a entrada em três diferentes pontos de atenção da RAPS. Dessa maneira, os interlocutores da pesquisa, inseridos em serviços da RAPS, foram os profissionais da Área Técnica de Saúde Mental, profissionais que participam dos encontros do Fórum AD e integrantes das equipes dos serviços, bem como usuários acessados pelas equipes ou que frequentam as atividades dos serviços acompanhados, com um Projeto Terapêutico. Os interlocutores foram homens e mulheres, maiores de 18 anos.

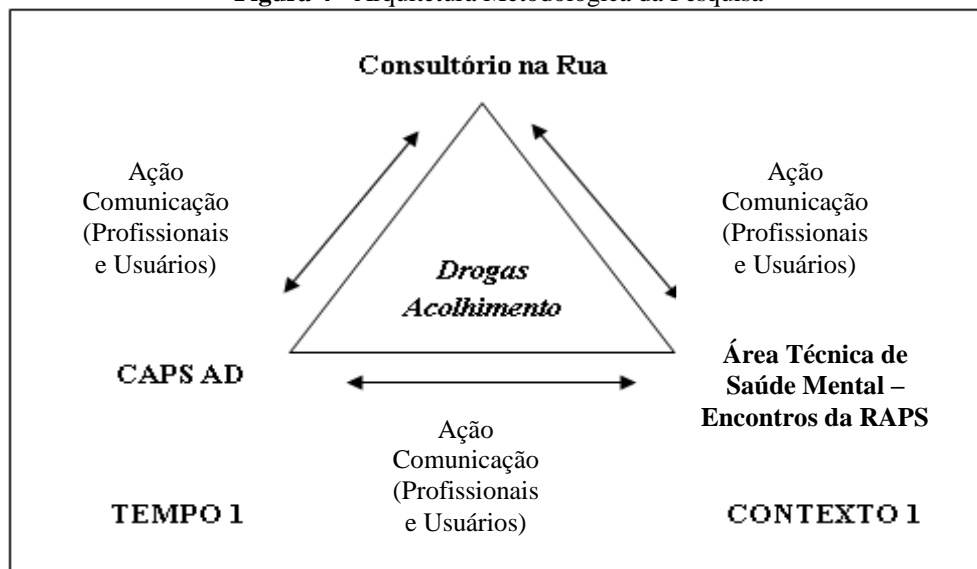
Logo no início da pesquisa, em um dos encontros que tivemos com a equipe da área técnica de saúde mental, nos foi sugerido três locais para a realização da pesquisa: o CAPS AD da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GD-GCC), o Consultório na Rua (CR) da Gerência Distrital Centro (GD-C) e o Hospital Vila Nova. Entretanto, no decorrer da pesquisa, dois motivos me fizeram desistir do terceiro local. O primeiro, é que o próprio trabalho da área técnica e os encontros da RAPS, principalmente os Fóruns AD, acabaram se constituindo num contexto de observação e pesquisa, e não apenas um meio para chegar aos serviços. O segundo, é que a pesquisa, tanto no CAPS quanto no CR, demandou muito tempo (em torno de um ano), leituras teóricas e uma infinidade de materiais construídos no campo. O volume de materiais a ser analisado e trabalhado nessa tese foi muito grande e rico, ocorrendo o que costumamos chamar de “saturação dos dados”. A vontade de acompanhar o trabalho no espaço hospitalar

era grande e traria, com certeza, outros saberes para essa discussão, mas a equipe de pesquisa apenas contou com outra pesquisadora, além de mim, durante o período em que estive no CR¹⁷.

Para compreender e analisar a rede de significados e práticas em relação ao acolhimento, entendemos que esse deslocamento de um local para outro foi fundamental, propondo a tomada de perspectiva dos diferentes outros – diferentes serviços de saúde mental, diferentes profissionais e diferentes usuários. Para tal, como descrevemos acima, atuamos em dois pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Atenção Básica de Saúde, representado aqui pela equipe de Consultório na Rua; e Atenção Psicossocial Especializada, representado pelo CAPS AD – além da Área Técnica de Saúde Mental e os encontros com os profissionais dos demais serviços da RAPS.

Pautados no desenho da arquitetura dos processos representacionais (JOVCHELOVITCH, 2008), propomos a arquitetura de nossa pesquisa, tomando a questão do acolhimento a pessoas que usam drogas como objeto de estudo. O acolhimento no centro dessa rede, imerso em um determinado tempo, contexto e espaço (consultório na rua, CAPS AD e Área Técnica de Saúde Mental – Encontros da RAPS), em constante tensão e construção a partir da ação e comunicação de profissionais e usuários, e entre eles. Apresentamos uma figura que resume e ilustra essa arquitetura proposta.

Figura 4 - Arquitetura Metodológica da Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor e adaptado de Jovchelovitch (2008)

¹⁷ Nessa etapa da pesquisa, Fernanda dos Santos de Macedo, que na época da pesquisa era mestranda em Psicologia Social e Institucional na UFRGS, contribuiu com a pesquisa, através de observações, entrevistas realizadas com profissionais e usuários e interlocuções de ideias comigo. Sua entrada no campo foi fundamental e acabou resultando, também, em sua dissertação de mestrado, sobre Economia Moral em relação às mulheres gestantes e usuárias de crack.

Os procedimentos metodológicos que descreveremos a seguir foram realizados em cada um dos contextos citados. Desenvolvemos a observação participante, grupos e entrevistas com usuários e profissionais dos referidos serviços em uma inserção de três a cinco meses em cada local, sendo que as atividades da área técnica foram acompanhadas no decorrer do ano. O tempo foi definido juntamente com a equipe de profissionais de cada serviço, levando-se em consideração a disponibilidade das mesmas, as necessidades deles, e a questão da saturação dos dados construídos. Todos esses aspectos foram negociados e renegociados com profissionais e usuários. Como recurso metodológico para contribuir na análise do contexto social e histórico (tempo e contexto) da RAPS e dos pontos de atenção aqui descritos, utilizamos, além das referências e revisões teóricas, recortes de notícias, reportagens e outros materiais divulgados em diversos meios de comunicação.

Durante todo o processo de pesquisa, a observação participante e o diário de campo nos acompanharam tanto como estratégias metodológicas, quanto como uma postura ético e política diante do que entendemos por ciência e produção de conhecimento. A seguir, vamos discorrer brevemente sobre essas ferramentas de pesquisa.

2.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E DIÁRIO DE CAMPO

Ao realizarmos pesquisas empíricas no campo da psicologia temos, ao nosso dispor, instrumentos, mais ou menos seguros, de coleta de informações sobre cenários sociais e interações humanas. Questionários, entrevistas, escalas, testes psicológicos, etc. Todavia, a mais aprimorada e complexa ferramenta que sempre acompanha todos os demais instrumentos é a capacidade do pesquisador de observar os sujeitos em seu contexto.

Nessa pesquisa, utilizamos o método da observação participante (ANGROSINO, 2009), acompanhado da ferramenta do diário de campo. Todas as atividades observadas foram definidas com o consentimento da equipe e dos usuários envolvidos. Foram realizadas de uma a cinco “imersões” por semana no serviço, com durações de tempo variáveis e durante um período de dois a cinco meses. Todas as observações – das atividades e entrevistas – foram registradas em um diário de campo, inclusive as atividades observadas junto à equipe da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Porto Alegre e nos encontros do Fórum AD.

Concebendo o diário de campo como a principal forma de registro das informações coletadas no decorrer das observações (MACRAE, 2004), incorporamos essa prática como método (não apenas de registro, mas também de construção e análise de dados) da nossa

pesquisa. A prática do diário de campo nos revela que o ato de anotar ou de escrever sobre as observações feitas no local da pesquisa tem uma utilidade que vai além do registro de dados que com o tempo poderiam ser esquecidos; trata-se de um ato que “funciona como maneira de introduzir uma ordenação inicial ao material e ajuda a detonar reflexões mais sistematizadas e aprofundadas” (MACRAE, 2004, p.7).

Em uma revisão sobre o diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino e para a pesquisa, Azevedo e Carvalho (2009) indicam dois modos de escrever um diário, identificados a partir dos estudos de Lourau. O primeiro aponta para a necessidade de fazer a análise das implicações do pesquisador na observação participante. Enquanto observa, o pesquisador tenta construir certa distância do objeto, ao mesmo tempo em que busca o máximo de familiaridade com o campo de estudo. Esse primeiro modo de realizar o diário, portanto, consiste numa ferramenta para traduzir e dar visibilidade a esses movimentos de aproximação e de distanciamento, que nos ajudaram a pensar nas nossas implicações nesse processo de trabalho.

A análise de nossas implicações foi fundamental para a discussão das redes e significados atribuídos ao acolhimento às pessoas que usam drogas. Jovchelovitch (2008) afirma que existe uma implicação do pesquisador no processo de pesquisa, que necessita ser reconhecida e discutida. A autora sugere dois níveis inter-relacionados dessa análise de implicação. O primeiro é o reconhecimento da pertença. Ou seja, nós pertencemos a um lugar, a uma cultura, a um período histórico, a uma tradição científica, e todas essas pertenças enquadram ou condicionam a posição de onde falamos e de onde agimos. O segundo é o que Jovchelovitch (2008) denomina de nível processual, que envolve a consideração sobre qual é a natureza de nossa relação com o campo. Essa reflexão nos permite explorar e analisar se os encontros e intervenções que estamos produzindo são dialógicos ou não dialógicos, por exemplo. A análise de implicação tomou um lugar central em nossa pesquisa, e pretendemos com ela, evidenciar os movimentos dos pesquisadores no campo, na rede de saúde, quais os afetos, sentimentos, pensamentos envolvidos nesse deslocamento ou deslizamento de lugares e formas de olhar para o problema.

O segundo modo identificado por Lourau é chamado de método funcionalista, no qual podemos identificar, dentro de um mesmo diário, três diários, indivisíveis e profundamente relacionados: o Diário de Campo (constituído por um puro levantamento e agrupamento de dados observados ou a observar), o Diário Íntimo (o censurado pelo próprio autor ou por editores, sofre censura ou para resguardar as pessoas, para adequar-se a limites éticos ou morais vigentes. Nele, o observador e o objeto começam a se confundir, os sentimentos do pesquisador

em relação às pessoas e ao local são expressos), e o Diário de Pesquisa (é a produção de um texto “erudito” com esboços do que está para ser descoberto e discutido no trabalho de pesquisa) (AZEVEDO; CARVALHO, 2009).

Ressaltamos que o Diário de Campo foi uma construção baseada tanto na análise de implicação, como no método funcionalista – misturando e compartilhando os “três diários” (de campo, íntimo e de pesquisa). O diário também nos remeteu ao problema da alteridade, pois ele foi escrito a partir das interações com os outros. Materiais, textos, poesias, imagens que venham desses outros também compuseram o diário, proposta que já havia sido utilizada em pesquisas anteriores (ROMANINI, 2011; ROMANINI; ROSO, 2013a; ROMANINI; ROSO, 2013b).

2.3 FÓRUM AD E GRUPOS DE DISCUSSÃO

O Fórum AD, proposto pela Área Técnica de Saúde Mental, tem funcionado como um dispositivo de discussão e deliberação entre profissionais dos diferentes serviços que compõem a RAPS sobre questões e impasses vivenciados no cotidiano das equipes. Nesse espaço, propomos, em um dos encontros de 2014, o tema acolhimento para o debate com os profissionais. Valendo-se da proposta de Grupos de Discussão, já utilizada nesse espaço, sugerimos uma dinâmica inicial para abrir o debate. Solicitamos aos nossos interlocutores que escrevessem em um papel tudo o que “viesse à mente” quando falamos a palavra “acolhimento” – a técnica da chuva de ideias (os papéis com as anotações dos profissionais ficaram conosco, sendo utilizado o *software Wordsalad*¹⁸ na elaboração de um diagrama com as palavras escritas pelos profissionais). A partir das leituras das palavras e expressões que os profissionais associaram ao acolhimento, seguimos a discussão a partir de alguns tópicos preestabelecidos, pensados a partir das dimensões e características do acolhimento, conforme nossa revisão teórica sobre o assunto. O quadro 1 resume os tópicos que foram abordados e suas respectivas dimensões referentes ao acolhimento.

¹⁸ O aplicativo *Wordsalad* (2016) é utilizado para gerar nuvens de palavras a partir de expressões e termos digitados pelo usuário.

Quadro 1 - Tópicos e questões norteadoras dos Grupos de Discussão

Tópicos/Momentos	Questões Norteadoras
Momento inicial do grupo	Dinâmica “chuva de ideias”: O que vem a sua cabeça quando falamos na palavra “acolhimento”?
Dimensões Constitutivas do Acolhimento (Brasil, 2011b): - Dispositivo de (re)organização dos processos de trabalho em equipe - Mecanismo de ampliação e facilitação do acesso - Postura e tecnologia do cuidado	- O que significa, então, acolher? - Como vocês, enquanto equipe, propõem o acolhimento neste serviço? - Quem faz acolhimento? Como se faz? - Quais as implicações ou efeitos que a atividade do acolhimento produz neste serviço? - O acolhimento amplia e/ou facilita o acesso dos usuários ao serviço? Como? Por quê? - Na opinião de vocês, qual relação entre o acolhimento e as propostas terapêuticas ofertadas? E qual a relação entre acolhimento e cuidado?
Acolhimento como uma diretriz da PNH (Brasil, 2006): - Ética - Estética - Política	- Quem vocês acolhem neste serviço? - O que vocês sentem ao acolher quem chega ao serviço? - Que estratégias são utilizadas para a efetivação do acolhimento? - Existem especificidades no acolhimento às pessoas que usam drogas? Por quê? - O Ministério da Saúde afirma que o acolhimento é uma diretriz ética, estética e política? O que isso significa para vocês? - Como as políticas do Ministério da Saúde impactam suas ações no cotidiano de trabalho?
Momento Final	- Retomar as principais questões trazidas pelo grupo e questionar se há algo a mais a ser dito.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016)

Muitas são as perguntas, por isso nem todas foram utilizadas. Elas serviram como parâmetro para a condução do debate e eram lançadas ao grupo conforme a dinâmica e andamento do mesmo. Após a discussão no grupo, fiz a exposição, de maneira sintética, da discussão promovida pelo grupo e averigui se ainda havia dúvidas ou outros comentários que os participantes desejassem fazer. A mesma atividade foi desenvolvida no CAPS AD e no CR, antes da realização das entrevistas. O grupo de discussão nesses serviços foi agendado após um período considerável de observação, fazendo com que os profissionais se sentissem mais à vontade comigo no decorrer do debate.

Os grupos de discussão, que tiveram duração aproximada entre uma hora e uma hora e meia, foram transcritos e analisados a partir de categorias preestabelecidas, tomando como base as dimensões constitutivas do acolhimento (BRASIL, 2011b) e o acolhimento como uma diretriz ética, estética e política (BRASIL, 2006). Buscamos, nessa análise, compreender como

profissionais e usuários significam essas dimensões sobre o acolhimento preconizadas pelo Ministério da Saúde. A análise preliminar dos grupos, observações e diário de campo serviram como base para as entrevistas narrativas.

2.4 ENTREVISTAS NARRATIVAS

Toda narrativa, segundo Jovchelovitch (2000; 2008), é constituída por um enredo que liga atores, contexto e objetos sociais. Nessa pesquisa, pensamos nas narrativas como uma forma privilegiada de evidenciar a relação entre usuários e profissionais (atores), serviços de saúde e rede de atenção psicossocial (contexto) e objetos sociais (acolhimento, uso de drogas). As narrativas podem nos oferecer uma série de histórias e memórias dos grupos sociais, introduzindo-nos a diferentes ângulos que fazem das comunidades uma realidade plural e heterogênea.

As narrativas fornecem razões e explicações sobre o que está acontecendo e permitem que os atores sociais elaborem e redimensionem realidades passadas e presentes, bem como projetem futuros, esperanças e expectativas. Dessa maneira, as entrevistas narrativas são um método privilegiado na condução de pesquisas dialógicas, pois “o próprio ato de contar e ouvir histórias está envolto em uma estrutura dialógica intersubjetiva” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 273). Em nossa pesquisa, concebemos esse momento como um “acolher o acolhimento”, ou seja, o pesquisador *acolhe* as histórias contadas pelos usuários, profissionais e demais interlocutores em relação ao acolhimento produzido na rede de saúde mental. O próprio ato de escutar as narrativas pode ser considerado um acolhimento, um acolhimento-dialogado (TEIXEIRA, 2003; 2004). Nessa etapa da pesquisa, a análise de implicação foi fundamental, evidenciando seu potencial de se constituir num movimento reflexivo, em que não apenas as práticas de acolhimento dos “outros” estavam em análise, mas as próprias práticas.

Jovchelovitch (2008, p. 273) ainda destaca que “as narrativas são instrumentos poderosos para gerar e analisar dados sobre sistemas representacionais locais, bem como para intervenções que tenham o objetivo de produzir a reflexão crítica sobre os saberes locais”. Apostamos no potencial da construção de narrativas sobre o acolher e o acolhimento, por dois motivos principais, considerando as indicações para a utilização deste método proposto por Jovchelovitch e Bauer ([2000]2008). Em primeiro, as narrativas são particularmente úteis em projetos nos quais variadas “versões” estão em jogo, partindo do pressuposto que diferentes grupos sociais constroem diferentes histórias, realçando eixos distintos de análise. Em segundo, são também úteis para projetos que combinem histórias de vida e contextos sócio-históricos.

Não trabalhamos com o método de história de vida, mas as histórias sobre acolher e ser acolhido nos remeteram às histórias singulares dos atores envolvidos e ao contexto compartilhado – os serviços e a rede de saúde.

Jovchelovitch e Bauer ([2000]2008) indicam que um acontecimento ou história podem ser traduzidos tanto em termos gerais como em termos indexados. Os termos indexados de uma história se referem aos acontecimentos concretos em um lugar e em um tempo. Conforme os autores, as narrações são repletas de indexações porque elas se referem às experiências pessoais e porque elas tendem a ser detalhadas com um enfoque nos acontecimentos e nas ações. O ato de contar histórias, portanto, inclui duas dimensões: a cronológica, referente à narrativa como uma sequência de episódios, e a não cronológica, que implica a configuração de um “enredo”.

O enredo é considerado crucial para a constituição da estrutura de uma narrativa. É o enredo que confere uma coerência e sentido à narrativa, fornecendo o contexto em que nós entendemos cada um dos acontecimentos, atores, objetivos e relações que constituem a história. Por isso que “compreender uma narrativa não é apenas seguir a sequência cronológica dos acontecimentos que são apresentados pelo contador de histórias: é também reconhecer sua dimensão não cronológica, expressa pelas funções e sentidos do enredo” (JOVCHELOVITCH; BAUER, [2000]2008). O contar histórias, segundo os autores, segue um esquema autogerador com três características principais: textura detalhada (fornecimento de detalhes pelo contador da história que tornem possível a transição entre um acontecimento e outro); a fixação da relevância (narração de aspectos do acontecimento que são relevantes, de acordo com a sua perspectiva de mundo); e o fechamento da Gestalt (um acontecimento central narrado é contado em sua totalidade, com um começo, meio e fim).

A entrevista narrativa, então, é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas. Ela restringe o entrevistador, pois o esquema da narração substitui o esquema pergunta-resposta. O pressuposto subjacente desse método é que “a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos” (JOVCHELOVITCH; BAUER, [2000]2008, p. 95-96).

Sugere-se que, primeiramente, o pesquisador crie uma familiaridade com o campo de estudo, fazendo investigações preliminares. No caso de nossa pesquisa, utilizamos as observações, anotações no diário de campo e as análises preliminares dos grupos de discussão como fontes para a preparação das perguntas exmanentes. Essas questões refletem os interesses do pesquisador, suas formulações e linguagem. As questões imanentes, por sua vez, são os temas, tópicos e relatos que surgem durante a narração trazidos pelo próprio narrador. O ponto

crucial da entrevista narrativa é transformar as questões exmanentes em imanentes, fazendo uso exclusivo da linguagem do entrevistado (JOVCHELOVITCH; BAUER, [2000]2008), evitando o que Marková ([2003]2006) chamou de o risco da “desdialogização da linguagem”.

Na fase de preparação, o procedimento da entrevista foi brevemente explicado, tendo-se em mente o tópico inicial da narração – que para os profissionais foi “Gostaria que tu me contasses a tua trajetória profissional e como percebes a questão do acolhimento no teu percurso...”; e para os usuários foi “Gostaria que tu me contasses a tua história e como foi essa trajetória até chegar neste serviço...”. A narração central, após a preparação, só foi interrompida quando houve uma clara indicação (“coda”) de que a história terminou. O entrevistador, então, perguntava: “É tudo o que você gostaria de me perguntar?” ou “Haveria ainda alguma coisa que você gostaria de dizer?”. Após esse momento, iniciávamos a fase de questionamento, utilizando questões imanentes (empregando somente as palavras utilizadas pelo interlocutor), evitando questões do tipo “por quê?” e apontamentos de contradições. Na etapa da fala conclusiva, desligávamos o gravador, para evitar um clima de investigação detalhada, e formulávamos questões que julgássemos ser necessário ainda, podendo incluir questões do tipo “por quê?” (JOVCHELOVITCH; BAUER, [2000]2008). Para não perder informações importantes, os momentos que antecederam a entrevista e esse último momento foram registrados no diário de campo logo após a finalização da entrevista. Alguns dos entrevistados falaram muito mais antes e após a entrevista do que durante a narrativa, principalmente os usuários.

As entrevistas narrativas foram realizadas com 34 interlocutores: profissionais da Área Técnica de Saúde Mental; usuários e profissionais do consultório na rua e do CAPS AD. Elas foram gravadas (com o consentimento dos interlocutores) e transcritas para posterior análise. O procedimento analítico aqui adotado foi a proposta de Schütze, descrita por Jovchelovitch e Bauer ([2000]2008) em seis passos. Após a transcrição das entrevistas (1º passo), o texto foi dividido em material indexado e não indexado (2º passo). As proposições indexadas, como referimos anteriormente, apresentam uma referência concreta a “quem fez o que, quando, onde e por quê”, enquanto que as não indexadas expressam valores, juízos e toda forma de “sabedorias de vida” – os saberes cotidianos ou populares, conforme a Teoria das Representações Sociais. As proposições não indexadas podem ser classificadas como descritivas (como os acontecimentos são sentidos e experienciados, aos valores e opiniões ligadas a eles, às coisas corriqueiras) e argumentativas (legitimação do que não é aceito pacificamente na história, reflexões em termos de teorias e conceitos utilizados para explicar os acontecimentos).

No terceiro passo, todos os componentes indexados das narrativas foram utilizados para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada sujeito, cujo produto Schütze denomina de “trajetórias”. No quarto passo, as dimensões não indexadas são investigadas como “análise do conhecimento”. Essa análise compreende as opiniões, conceitos, teorias e reflexões, sobre as quais se reconstruem as teorias operativas – ou ações representacionais, sobre como acontece e é pensado o acolhimento no cotidiano dos serviços. O quinto passo compreende o agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais, singulares, o que nos leva ao último passo. No momento final, as trajetórias individuais são colocadas dentro de um contexto e semelhanças são estabelecidas – produção do comum. Este processo permite a identificação de “trajetórias coletivas” (JOVCHELOVITCH; BAUER, [2000]2008). Buscamos, portanto, identificar as “trajetórias coletivas” sobre acolhimento em cada um dos serviços acompanhados nessa pesquisa.

Em um momento de validação comunicativa (BAUER; GASKELL; ALLUM, [2000]2008), encontros, na forma de rodas de conversa, foram realizados com as equipes do CAPS, CR e AT. Para cada equipe, foram distribuídas cópias da tese para leitura prévia daqueles que tivessem interesse ou tempo para tal (ao menos do capítulo que corresponde ao seu serviço), e apresentados, de forma sucinta, os principais saberes construídos conjuntamente no decorrer da pesquisa. Elementos da trajetória coletiva foram priorizados e, num trabalho de coautoria dessa construção, legitimamos ou validamos o que fora escrito e analisado. Além desse momento, durante a pesquisa já foram acontecendo vários momentos de restituição (termo amplamente utilizado na tradição da Análise Institucional), através dos quais profissionais e usuários me davam retornos sobre a pesquisa e eu contribuía nos debates, nos quais eu já ia, de alguma maneira, compartilhando minhas impressões parciais.

2.5 O OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA

No decorrer das análises apresentadas nesta tese, tomo como base teórico-metodológica a Psicologia Social Crítica. O termo “crítica”, que agrega um sentido e uma implicação diferente à Psicologia Social, vem, etimologicamente, do verbo grego *krinein*, que significa “julgar”, a ação de realizar um julgamento num tribunal (GUARESCHI, 2012). Segundo o mesmo autor, num verdadeiro julgamento, o indispensável é que “haja duas partes, que se tenha presente o pressuposto indispensável da existência de dois lados nas questões, nos fenômenos, nas realidades humanas” (GUARESCHI, 2012, p.16). Portanto, crítico ou postura crítica significa

que todas as ações e todos os fenômenos possuem ao menos dois lados, ou seja, nada é absoluto, tudo contém sua contradição.

Guareschi (2012) nos aponta outro conceito que pode nos ajudar a entender a noção de crítica: o histórico. O histórico ou a história, ao contrário do que muitos pensam, não são os fatos. “Histórico é uma qualidade dos fatos, aquela qualidade que me diz que todos os fatos são passageiros, temporais transitórios, precários, relativos, incompletos” (GUARESCHI, 2012, p. 17). A essência do histórico, portanto, é que algo aconteceu como fruto de múltiplas determinações e que passou, terminou. Nesse sentido, a História é uma disciplina revolucionária não pelo fato dela contar os acontecimentos, mas por mostrar que todos eles são passageiros e que, como consequência disso, nada se sustenta eternamente, que tudo pode ser transformado (GUARESCHI, 2012).

Ao não apenas relacionar, mas empregar os dois adjetivos juntos, histórico-crítico, Guareschi (2012, p. 17) entende por Psicologia Social Crítica aquela

Psicologia Social que mostra o que está aí, juntamente com o que não está aí, com a relatividade e a precariedade de todo o presente, tendo sempre a percepção de que tudo é incompleto, tudo contém sua contradição, tudo tem seu outro lado, sua contrapartida, que completa o presente, o que está aí. É por isso também que vejo que uma Psicologia Social Crítica me oferece uma compreensão mais ampla do real dos fenômenos, pois, diante do que está aí, lembra-me também tudo o que não está aí, o lado oculto, não iluminado, silenciado, mas que também é parte da totalidade do fato e do fenômeno, da realidade.

A Psicologia Social Crítica traz consigo uma cosmovisão, ou seja, uma “visão de mundo”, um entendimento geral e, até certo ponto, articulado de determinadas realidades (GUARESCHI, 2012). Conforme o autor, a Psicologia Social Crítica constrói e é construída pela cosmovisão do Comunitarismo Solidário, que busca valorizar, resgatar e/ou estimular condutas e relações de participação, de solidariedade e de cooperação/colaboração. Nesta cosmovisão, resgatamos a noção de comunidade, na qual são partilhadas relações de afeto, comunhão e amor e que constitui um modo de vida em sociedade onde todas as pessoas são consideradas singulares que têm direito a dizer sua palavra, onde os sujeitos podem se constituir como seres políticos (GUARESCHI, 2012). Esse olhar histórico-crítico associado à cosmovisão do Comunitarismo Solidário está inscrito nas páginas que seguem, lembrando que esse é um ponto de vista que nos possibilita a vista de um ponto daquilo que nos propomos a acompanhar e compreender.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa de doutorado foi qualificado no final de 2013 e submetido à Área Técnica de Saúde Mental do Município de Porto Alegre/RS para aprovação e consentimento dos serviços que compunham essa proposta. Respeitando as diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (sob CAAE nº 26347613.7.0000.5334) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (sob CAAE nº 26347613.7.3001.5338).

Os interlocutores de nossa pesquisa foram profissionais e usuários dos referidos serviços de saúde do município de Porto Alegre que, de forma esclarecida e voluntária, aceitaram participar da pesquisa. Os interlocutores (Apêndice A) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante, de forma escrita, contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propuseram participar. Já as pessoas que participaram da pesquisa como colaboradores, tais como pessoas envolvidas com as transcrições das entrevistas e grupos, bem como a mestrandia que participou da pesquisa no Consultório na Rua, foram convidados a assinar o termo de confidencialidade (Apêndice B).

A presente pesquisa seguiu os fundamentos éticos e científicos presentes na referida Resolução, compreendendo: o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de permanecer ou não na pesquisa; a ponderação de riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais; a garantia de que danos previsíveis serão evitados; e a relevância social da pesquisa. Entendemos que os benefícios desta pesquisa foram tanto indiretos como diretos. Os saberes cotidianos e locais produzidos nos serviços de saúde foram valorizados em um movimento de aproximação entre os atores envolvidos na produção de acolhimento às pessoas que usam drogas. A participação em grupos e na construção de narrativas foi, inclusive, considerada um recurso terapêutico e de empoderamento dos sujeitos envolvidos. Espera-se ainda que as análises resultantes dessa pesquisa possam contribuir na produção de conhecimento e reflexão sobre as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS e no cuidado às pessoas que sofrem com o uso de drogas. Dessa maneira, esta pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento e qualificação da RAPS da cidade de Porto Alegre.

Em relação aos riscos, acreditamos que toda pesquisa envolve a possibilidade de riscos ou danos à dimensão psíquica, moral ou social dos sujeitos envolvidos. Mas acreditamos que o desenho metodológico proposto nessa pesquisa tenha evidenciado nossa preocupação em evitar tais riscos. A participação em grupos e entrevistas narrativas, mesmo que potencialmente terapêuticas, podem acarretar em lembranças desagradáveis e certo desconforto. Nesses casos, os sujeitos tiveram a liberdade garantida de abandonar a pesquisa ou, se fosse da preferência do sujeito, poderia ser ofertada uma assistência imediata [nos termos da Resolução nº 466/2012], através da oferta de escuta do pesquisador ao sujeito pesquisado. Como, de um modo geral, as entrevistas foram realizadas após a criação de um vínculo com as pessoas, não presenciamos, em nenhum momento da pesquisa, algum mal-estar por parte dos sujeitos envolvidos. Além desse recurso, o vínculo estabelecido com a equipe de profissionais foi útil para propor uma assistência integral [nos termos da Resolução nº 466/2012], com o acompanhamento do usuário.

Ressaltamos ainda que os interlocutores dessa pesquisa não tiveram custos e nem foram ressarcidos financeiramente com a participação na pesquisa, bem como foram informados da possibilidade de desistência no decorrer da pesquisa, sem qualquer prejuízo aos mesmos. Os dados gerados, bem como os documentos físicos pertinentes ao processo (termos de consentimento, de confidencialidade e transcrições dos grupos e entrevistas) foram arquivados em local apropriado na sala do pesquisador orientador responsável, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, situado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, 3º andar, sala 300D. Esse material, após três anos do término da pesquisa, será descartado (incinerado), assegurando o anonimato dos participantes.

Por fim, uma estratégia adotada nesta tese foi a utilização de heterônimos. Esta estratégia é, ao mesmo tempo, teórico-metodológica e ética, no que tange à preservação do anonimato dos interlocutores. Assim como o título desta tese, o uso dos heterônimos teve como fonte inspiradora o poeta Fernando Pessoa, conhecido também por utilizar amplamente de heterônimos – dentre os mais conhecidos, Alberto Caeiro, Álvaro de Campos, Ricardo Reis e Bernardo Soares. Tanto no caso da obra de Fernando Pessoa, quanto no desta tese, os heterônimos fazem emergir uma concepção de sujeito cujas identidades são múltiplas, um sujeito que é atravessado por diversas e, muitas vezes, identificações paradoxais, resultando no desdobramento do “eu”, em seu descentramento em direção ao outro.

A palavra heteronímia vem de *heteros*, que significa diferente, e *ónoma*, que significa nome. São nomes, pessoas diferentes de mim, que falam por mim e comigo. São as múltiplas vozes e identidades que me compõe, tornando-me, assim, um sujeito polifônico, polifásico. Diferente do pseudônimo, o heterônimo é constituído por uma “personalidade”. O heterônimo

é um sujeito, um personagem com uma história, que estabelece relações, subjetivado. Enquanto “ortônimo” (o criador do heterônimo), apenas corporifico esses personagens que me constituem e que me atravessam, nos encontros e para além dos encontros que estabelecemos no decorrer da pesquisa. Veremos que o conceito de sujeito, a ser discutido no último capítulo, sustenta teoricamente a escolha metodológica dos heterônimos. Por isso, ao mesmo tempo em que resguardo o anonimato dos interlocutores, eles não ficam objetificados em um pseudônimo ou essencializados em identidades fixas atribuídas por mim. Os heterônimos falam por eles mesmos; a criação do ortônimo, neste caso ao menos, é apenas do “nome”, para o resto, esses sujeitos não precisam de alguém que fale por eles. Por isso, dessa escolha desdobra-se outra: falas extensas dos heterônimos foram preservadas, justamente para manter seu caráter singular e múltiplo.

Os nomes dos heterônimos foram fruto de associações livres e também de pesquisas. Pensei em uma série de pessoas, mais ou menos conhecidas publicamente, vinculadas ao mundo das artes, da literatura, do cinema, da saúde, da psicologia, do movimento da reforma psiquiátrica e de movimentos LGBT e feministas. Dos que não conhecia muito, li sobre suas vidas, obras, manifestações. Cada um à sua maneira me inquietou, me desassossejou. Assim como as pessoas que encontrei no cotidiano dos serviços. Para os heterônimos, mantive o primeiro nome completo e a inicial do sobrenome seguida de ponto final. Assim que os leitores irão conhecer esses sujeitos que constroem a história da saúde mental de Porto Alegre cotidianamente.

Em relação à identificação ou não dos serviços acompanhados, vi-me em um dilema ético. A não identificação do serviço garantiria o sigilo absoluto dos interlocutores, que já foram nomeados com os heterônimos. Entretanto, não identificar os serviços acarretaria na descontextualização dos mesmos. Como discutiremos no próximo capítulo, a noção de território é constitutiva da noção de rede de atenção psicossocial. Os serviços de saúde estão localizados em territórios geográficos distintos e conformam e são conformados por territórios existenciais e subjetivos. Falar do CR e do CAPS AD sem identificá-los promoveria, a meu ver, uma desterritorialização dos mesmos. Em função de questões teóricas e éticas, o nome dos serviços foi mantido para que fosse possível caracterizar esses diversos territórios que compõem a RAPS do município de Porto Alegre.

PARTE II - SOBRE OS ENCONTROS E AS PRÁTICAS DE RE-EN-COLHIMENTO: SENTINDO OS DESASSOSSEGOS

Remoinhos, redemoinhos, na futilidade fluida da vida! Na grande praça ao centro da cidade, a água sobriamente multicolor da gente passa, desvia-se, faz poças, abre-se em riachos, junta-se em ribeiros. Os meus olhos vêem desatentamente, e construo em mim essa imagem áquea que, melhor que qualquer outra, e porque pensei que viria chuva, se ajusta a este incerto movimentos. [...]

De repente estou só no mundo. Vejo tudo isto do alto de um telhado espiritual. Estou só no mundo. Ver é estar distante. Ver claro é parar. Analisar é ser estrangeiro. Toda a gente passa sem roçar por mim. Tenho só ar à minha volta. Sinto-me tão isolado que sinto a distância entre mim e o meu fato. Sou uma criança, com uma palmatória mal acesa, que atravessa, de camisa de noite, uma grande casa deserta. Vivem sombras que me cercam – só sombras, filhas dos móveis hirtos e da luz que me acompanha. Elas me rondam aqui ao sol, mas são gente. (PESSOA¹⁹, 1986).

Porto Alegre, a capital do Estado do Rio Grande do Sul, tem uma bela trajetória no campo da saúde mental, sendo uma das cidades pioneiras do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FAGUNDES; SILVA, 2013; SCARPARO; LEITE; SANTOS, 2013). As histórias sobre a trajetória da saúde mental no município “contam modos de olhar para a cidade e acolher a diversidade” (SCARPARO; LEITE; SANTOS, 2013, p. 141). Conforme Scarparo, Leite e Santos (2013, p. 141),

Ter a cidadania como ideal vinculado às práticas de saúde mental é empenhar-se no desafio de forjar participação com respeito à diversidade nos territórios de Porto Alegre. Cada canto poderia ser um cenário para fazer saúde, pois em todos eles se buscava pleno gozo do direito à vida de qualidade. Cada pessoa poderia ser vista como parceria potencial, pois numa sociedade pautada pela cidadania, se escuta e se discute argumentos, se planeja e se constrói condições de materializar em práticas cotidianas a saúde como direito das pessoas e interesse da sociedade.

Buscando somar forças a esse empenho de construir uma rede de saúde e uma cidade que estimule a participação e respeite a diversidade, abrimos a segunda parte desta tese para falar sobre os encontros, os desassossegos, e o esforço para superar, embora às vezes se legitime, as práticas de colhimento, encolhimento e recolhimento de usuários de drogas. Falamos de alguns pontos da rede, de alguns territórios. Impossível abarcar o todo. Nos próximos três capítulos serão apresentadas as trajetórias coletivas da área técnica de saúde mental e encontros da RAPS (capítulo 3), do CAPS AD GCC (capítulo 4) e do CR Centro (capítulo 5). Focamos, respectivamente, nas práticas de encolhimento, colhimento e recolhimento como um contraponto ao que se busca efetivar nas práticas de acolhimento.

¹⁹ *Livro do Desassossego*, composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa.

A pesquisa ocorreu no período de 31 de março de 2014 a 02 de junho de 2015. Neste período, foram concluídas 298 horas de observação participante em 86 imersões no campo de estudo. Além das observações, foram realizados três grupos de discussão e 34 entrevistas narrativas com usuários e profissionais dos serviços. Aos poucos e, atentamente, vamos nos conduzindo pelas trajetórias coletivas aqui pensadas.

3 A ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS DE ENCOLHIMENTO

A pesquisa de campo iniciou e terminou com e através da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O primeiro contato, estabelecido por acaso em um congresso de psicologia com uma ex-integrante da área técnica me colocou em contato com essa equipe. A proposta foi apresentada à equipe e acolhida com entusiasmo pelos profissionais. Desde o início, tive a sensação de que esses profissionais queriam muito discutir a questão do Acolhimento na rede de saúde e viram, nesta pesquisa, uma possibilidade de disparar novas reflexões.

Passado esse primeiro momento e o projeto tendo sido aprovado nos Comitês de Ética, conforme mencionado na parte anterior, pensamos em uma programação para que eu pudesse iniciar as observações. Combinamos que eu poderia participar das reuniões e encontros promovidos e/ou acompanhados pela área técnica, tais como o Fórum AD (encontro entre representantes e profissionais dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas), Fórum de Coordenadores, Fórum da RAPS das Gerências Distritais, dentre outros. As atividades observadas foram registradas no diário de campo e estão resumidas conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Registro das Observações Participantes – Área Técnica

Diário	Data	Tempo	Local	Atividades acompanhadas
1	31/03/14	3 horas	Auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Fórum AD
2	14/04/14	3 horas	Auditório da SMS	Fórum de Coordenadores
3	16/04/14	3 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Fórum RAPS – Gerência Distrital GCC
4	17/04/14	3 horas	Secretaria Municipal de Saúde	Reunião de Equipe da Área Técnica
5	14/05/14	3 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Fórum RAPS – Gerência Distrital GCC
6	15/05/14	3 horas	Auditório Centro de Saúde Santa Marta	Fórum AD
7	11/06/14	3 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Fórum RAPS – Gerência Distrital GCC
8	09/07/14	3 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Fórum RAPS – Gerência Distrital GCC
9	10/07/14	4 horas	Hospital Vila Nova	Fórum AD
10	18/09/14	4 horas	CAPS AD III Partenon – Lomba do Pinheiro	Fórum AD Grupo de Discussão
11	20/11/14	4 horas	Comunidade Terapêutica PACTO	Fórum AD
12	22/05/15	2 horas	Secretaria Municipal de Saúde	Entrevista com dois profissionais da AT
13	02/06/15	1 hora	PUCRS	Entrevista com uma profissional da AT
		39 horas		*De 31/03/14 a 20/11/14 – 8 meses

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Conforme pode-se observar nos registros, várias foram as atividades acompanhadas, mas acabei me concentrando mais nos Fóruns AD e nos Fóruns da RAPS da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GD GCC), enquanto estava paralelamente acompanhando as atividades do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da GD GCC. À medida em que fui me inserindo nas atividades do referido CAPS ficou mais difícil acompanhar todas as atividades com a Área Técnica. Entretanto, as entrevistas realizadas com três profissionais (conforme o quadro 3) dessa equipe, bem como o Grupo de Discussão realizado no dia 18 de setembro de 2014, com oito profissionais da rede presentes no Fórum AD, complementaram os dados construídos nessa interlocução, possibilitando-me uma rica experiência nesse contexto.

Quadro 3 - Entrevistas realizadas com os profissionais da Área Técnica

Entrev.	Grupo	Heterônimo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de/no serviço	Data da entrevista	Tempo de entrevista
1	Profissionais	Franco B.	44	Técnico Enfermagem	3 anos	22/05/15	01:14:33
2	Profissionais	Nina S.	45	Assistente Social	4 anos	22/05/15	01:31:09
3	Profissionais	Nise S.	48	Psicóloga	4 anos	02/06/15	01:06:08
Total							03:51:50

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Foram quase quatro horas de gravação das entrevistas, mais de uma hora de grupo e 39 horas de atividades observadas. Tomando como referência o tempo de observação mais frequente e sistemática, foram oito meses acompanhando essa equipe. Houve um lapso de tempo entre a última observação e a realização das entrevistas em função do envolvimento com o terceiro contexto observado – o trabalho da equipe do Consultório na Rua (CR) da Gerência Distrital Centro (GD C).

A escolha dos serviços nos quais a pesquisa seria realizada foram pactuados com a equipe da área técnica. Já nos primeiros encontros, muito conversamos sobre os serviços da rede, os impasses, os entraves, bem como as potencialidades da RAPS. Foram muitas as informações. A complexidade da rede de saúde de Porto Alegre foi, aos poucos, sendo compreendida por mim, não sem dificuldades. A divisão em gerências, e cada gerência com suas particularidades em função dos territórios em que atuam, as parcerias público-privadas, os

serviços que eram de fato responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Expressões como “o nosso CAPS” em oposição ao “CAPS do GHC²⁰”, por exemplo, confundiam-me.

Nos primeiros encontros e fóruns dos quais participei, a confusão só fazia aumentar. O uso de siglas dificultava a minha vida. Eu não conseguia entender do que os profissionais estavam falando. Vi-me num turbilhão de informações que eu não havia sequer me deparado na graduação em psicologia ou em trabalhos anteriores realizados em serviços de outra cidade. Ao final de cada encontro, voltava depressa para casa para pesquisar as siglas e expressões, muitas delas anotadas de forma equivocada no diário de campo. Aos poucos, fui me familiarizando com os termos da área da saúde (embora não me fosse uma área estranha) e conseguindo acompanhar melhor as discussões.

Antes do primeiro Fórum AD em que eu participaria, recebo um *e-mail* enviado pela Área Técnica para a lista de profissionais da rede, como segue:

Quadro 4 – *E-mail* enviado pela Área Técnica

De: XXXX

Enviado: quinta-feira, 20 de março de 2014 14:49

Para: XXXXX

Assunto: informações

Prezadas colegas, tudo bem?

Estou precisando de informações a respeito de um paciente chamado XXXXX, brasileiro, solteiro, portador de RG XXXX e CPF XXXX, filho (ou irmão) de XXXX.

Anexo a peça contestatória que apresentamos ao juízo. O rapaz possui as seguintes patologias: CIDX F20 e CIDX F19. A ordem judicial foi concedida, não obstante nossos argumentos, nos seguintes termos: "Intime-se o Município de Porto Alegre para que proceda com a avaliação médica de XXXX, no prazo de 05 (cinco) dias, devendo acostar aos autos o resultado obtido. Em caso de necessidade de internação, deverá o réu tomar as providências necessárias para que, no prazo de 10(dez) dias a contar da avaliação seja esta procedida. Cumpra-se com urgência, pelo Plantão da Central de Mandados. Instrua-se o mandado com cópia do despacho das fls. 21/22 e da manifestação da fl. 80".

Assim, solicito providências para que a avaliação ocorra no prazo assinado - 5 dias - e que seja acostado o laudo de avaliação em igual período.

Aguardo retorno,

Att,

Fonte: Arquivos do autor (2016).

²⁰ Grupo Hospitalar Conceição.

Nesse *e-mail*, há a menção a dois diagnósticos: CIDX F20 e CIDX F19. A sigla CID refere-se à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que também é conhecida como Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição. Essa classificação é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código. No caso citado acima, F20 refere-se ao espectro das Esquizofrenias, variando do F20.0 ao F20.9 - esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrênica, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não especificada.

Já o código F19 refere-se aos Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas, compreendendo diagnósticos do F19.0 ao F19.9 – intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, síndrome (estado) de abstinência, síndrome de abstinência com *delirium*, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual ou de instalação tardia, outros transtornos mentais ou comportamentais e transtorno mental ou comportamental não especificado. Ao retomar a leitura do meu diário de campo, deparo-me com esse e-mail e relembro das dificuldades apontadas pelos profissionais da área técnica, dentre elas o aumento dos pedidos judiciais de avaliação de usuários dos serviços, muitas vezes com o intuito de realizar internações compulsórias. Um primeiro aspecto que me chamou a atenção foi o prazo dado para a realização da avaliação. Os profissionais do judiciário conhecem a realidade da RAPS e dos serviços? Sabem da demanda cotidiana de trabalho? Existe alguma relação de trabalho conjunto entre a saúde e o judiciário? Pelo *e-mail* recebido, parecia-me que não.

Outro ponto que se destaca na mensagem é a utilização dos códigos da CID. O sujeito é identificado por dois códigos, referentes ao espectro das esquizofrenias e aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas. Um sujeito duplamente diagnosticado, duplamente marcado. Se algum profissional não lembrasse do caso pelo nome do usuário ou de sua filha (ou irmã), talvez pudesse lembrar pelos códigos. O nome do usuário está identificado, mas os códigos fazem uma função: ou para reforçar a memória dos profissionais que possivelmente atendessem ele ou para reafirmar, reiterar a importância da avaliação. Como veremos no decorrer deste capítulo, a questão do uso e abuso de drogas tomou grandes proporções em termos das políticas municipais. O apelo midiático bem como a pressão social, representada nessas ordens judiciais, atravessam o

cotidiano dos serviços e da equipe da área técnica, demonstrando uma urgência em internar as pessoas, principalmente as que fazem uso de crack.

Logo no primeiro Fórum AD do ano, questões importantes foram discutidas, mostrando um pouco da tônica dos debates e por onde esses encontros iriam andar. A reunião ocorreu no auditório da Secretaria Municipal de Saúde contando com a representação de coordenadores dos serviços da rede AD de Porto Alegre. Dentre os informes, destaco aqui a chamada que foi feita para a participação no Encontro de CAPS, evento organizado em parceria com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, os profissionais da área técnica atualizaram os participantes em relação às discussões ocorridas no encontro do Programa “Crack é possível vencer”.

Nessa reunião houve também uma discussão e esclarecimento sobre uma questão relativa às novas vagas em Comunidades Terapêuticas (CTs), pactuadas com a secretaria de saúde. Esclareceu-se que, apesar de a Procuradoria Geral do Município (PGM) ter gerado uma determinação de impedimento de internação de novos usuários, a prefeitura teria que fazer um novo contrato na forma de aditivo. Nesse período em que o contrato estivesse sendo refeito, o convênio com as CTs seria suspenso. No entanto, o secretário de saúde manteve o pagamento dos atuais internos e garantiu o ingresso de novos usuários. Na CT da PACTO²¹ as vagas estavam todas ocupadas, num total de 62 – sendo 20 via SENAD²² e 42 via SMS. Na CT Marta e Maria²³ são 10 vagas da SMS e 10 da SENAD. Portanto, na cidade de Porto Alegre tínhamos, naquele momento, 82 vagas em Comunidades Terapêuticas.

Outro ponto importante tratado na reunião foi o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), registro importante para os relatórios anuais de gestão, através dos quais são apresentados dados quantitativos e qualitativos das produções em saúde mental. Os resultados desse relatório, referente ao ano de 2013, também foram apresentados nesse encontro, bem como no Fórum da RAPS da Gerência Distrital GCC e Fórum de Coordenadores. Inicialmente estranhei tamanha ênfase nesse relatório e a insistência nos dados quantitativos. Enquanto eu

²¹ Conforme consta no site da PACTO POA, trata-se de uma “Entidade sem fins lucrativos e sem recursos próprios- que tem como objetivo a Prevenção, a Recuperação e a Ressocialização de Dependentes Químicos (DQ), bem como apoiar os familiares dos internos através de reuniões semanais e obrigatórias, onde se desenvolvem os princípios do AMOR EXIGENTE”. (PACTO POA, 2015).

²² Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, que foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011.

²³ Não foi encontrado um site da CT Marta e Maria, mas em uma notícia veiculada no site da Câmara Municipal de Vereadores de Porto Alegre, a CT foi apresentada como um espaço destinado à recuperação de mulheres e adolescentes dependentes químicas em Porto Alegre. Conforme a notícia, “há 15 anos funcionando na cidade, a entidade sem fins lucrativos, atende no total 14 meninas. Muitos tratamentos são bancados pelas famílias das residentes. A capacidade geral do local é de 30 pessoas”. (CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

escutava a apresentação, questionava-me o quanto esses dados de fato “traduziam” a “produção de saúde” do município. Além disso, refletia sobre a possibilidade de medir essa produção. Mais tarde, com a realização das entrevistas com os profissionais pude perceber a importância desses dados, inclusive para justificar, junto ao secretário de saúde, a não necessidade de abertura de novas vagas em CTs.

Voltando ao RAAS, profissionais relataram dificuldades com o programa, problemas identificados na digitação da produção em saúde. Dentre os problemas narrados, destacou-se o problema com as atualizações do sistema, porque o que ainda não foi lançado do mês anterior acaba sendo perdido. O RAAS foi feito inicialmente para a Atenção Domiciliar e a adaptação aos CAPS tem sido difícil. Como encaminhamento sugeriu-se a comunicação ao Ministério da Saúde para que se façam as alterações, de maneira a facilitar a inserção dos dados no sistema. Enquanto isso, sugeriu-se manter o registro físico (formulário de papel) das ações, tendo a pretensão de realizar a capacitação sobre a utilização da ferramenta. Cabe ressaltar que o mesmo problema foi ponto de pauta em diversas reuniões de equipe do CAPS AD GCC, o que era percebido pelos profissionais como mais um dos tantos entraves burocráticos vivenciados no cotidiano dos serviços.

A representante de um hospital trouxe para a reunião outro ponto importante para a rede. A equipe do hospital precisa de maiores informações sobre o termo para internação voluntária, em que o paciente precisa assinar, conforme orientação do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS). A profissional ressalta que, muitas vezes, o usuário não tem clareza ou motivação para a internação e não tem quem assine por ele. Uma das questões que surge é: como mantê-lo internado, se ele não quer ou não assina o termo? Um psiquiatra presente no encontro informou que há prazo de 48 horas para o usuário assinar o termo, mas ficou de verificar a questão junto ao CREMERS e dará um retorno à equipe do hospital.

Conforme a Resolução CFM nº 2.057/2013 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013), em consonância com a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), as internações podem ser classificadas como voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade. A referida resolução afirma que todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento e que se houver contraindicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01. Isso poderá ocorrer se o paciente apresentar uma das seguintes condições: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos

graves à saúde; risco de autoagressão ou de heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; e risco de agressão à ordem pública. No caso de internação voluntária, o paciente deverá assinar uma nota de internação circunstanciada, expondo suas motivações, mas sem um tempo especificado. Portanto, parece-me que tal questionamento da equipe nos redireciona para o debate sobre as internações involuntárias, que se tornam inviáveis nos casos em que o paciente não está acompanhado por algum responsável.

No caso das internações compulsórias, determinada por magistrado, quem determina a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). O debate em torno das internações parecia ser uma preocupação dos profissionais da equipe da área técnica, que trouxeram como último ponto de pauta do Fórum AD a realização dos jogos da Copa do Mundo de Futebol em Porto Alegre. Além da preocupação com possíveis ações de higienização nas ruas da cidade, através das quais temia-se o recolhimento para internação compulsória de usuários de crack, reiterou-se que, por experiências vivenciadas em outros municípios, sabia-se da intercorrência relacionadas à violência, abuso de álcool e outras drogas e exploração sexual infanto-juvenil. Frente à possibilidade de tais acontecimentos, discutiu-se a mobilização de diferentes secretarias municipais e as ações que seriam realizadas durante o evento, principalmente no trajeto que se convencionou chamar de “Caminho do Gol”²⁴.

Por fim, encerrou-se a reunião com a combinação das datas e locais dos próximos fóruns. O grupo presente gostou da ideia de tornar o Fórum AD itinerante, com o intuito de conhecer outros serviços da rede, descentralizando da Secretaria Municipal de Saúde. Ao longo do ano, o grupo se encontrou no Centro de Saúde Santa Marta, Hospital Vila Nova, CAPS AD III Partenon-Lomba do Pinheiro e na Comunidade Terapêutica PACTO. Também surgiram

²⁴ No projeto piloto do “Caminho do Gol” de Porto Alegre, segundo documento divulgado pela empresa “Top de Marketing ADVB”, foram definidos três eixos de atuação: 1) Decoração e ambientação de 3,5 km da Avenida Borges de Medeiros; 2) prestação de serviços públicos durante todo o período da Copa em Porto Alegre (segurança, saúde, turismo, transporte, acessibilidade, proteção à infância, serviços legais e diplomáticos); e 3) atividades culturais, comunitárias e gastronômicas nos cinco dias de jogos (ADVB, 2014). Conforme um Portal de Turismo de Porto Alegre, o Caminho do Gol tem “um trajeto de 3,5 quilômetros que parte do Mercado Público, no Centro Histórico de Porto Alegre, levando até o estádio Beira-Rio, palco de cinco jogos da Copa. O caminho vai percorrer toda a extensão da avenida Borges de Medeiros, sendo uma rota exclusiva para pedestres. O trajeto será dividido em três trechos e cinco estações principais: Estação Mercado, Estação Ponte de Pedra, Estação Praça Izabel, Estação Parque Marinha e Estação Dom Pedro I”. (PORTO ALEGRE TRAVEL, 2016).

temas de interesse para discussão nos próximos encontros, a saber: judicialização do cuidado; atenção aos adolescentes e fluxo para internações hospitalares para essa faixa etária; comorbidades em AD; atenção à crise em AD; atenção à População de Rua; Redução de Danos; os pontos intersetoriais no território; a família e sua integração no tratamento; acolhimento noturno; tratamento midiático e nossa capacidade de produzir informação.

Fiz questão de descrever com mais detalhes esse primeiro encontro do Fórum AD porque ele demonstra de forma clara os principais aspectos ou pontos de tensão tratados nesses encontros. De forma ilustrativa, surgiram temas como a dificuldade com o RAAS, o programa “Crack é possível vencer”, a preocupação com a Copa do Mundo e possíveis ações de recolhimento de usuários de drogas nas ruas, as dificuldades com as internações psiquiátricas. No e-mail apresentado temos a questão dos diagnósticos, da patologização dos usuários. Todos esses elementos voltam, em maior ou menor grau, nos encontros que seguiram este, bem como no Grupo de Discussão e nas entrevistas realizadas.

Após várias participações nesses encontros, eu já me sentia mais acostumado com o grupo, alguns já me reconheciam e conversavam comigo, como se eu fosse um membro daquele grupo. Em um desses encontros, apresentei meu projeto de pesquisa aos profissionais presentes, que, mais uma vez, foi recebido com entusiasmo. Todos manifestaram interesse em participar da discussão sobre o acolhimento. Marcamos uma data para realizar a discussão, mas como deixamos para o final do encontro, não deu tempo de realizar o grupo. Optei por deixar o grupo de discussão sobre acolhimento como último ponto da pauta do Fórum AD pois, assim, ficariam para o debate apenas aqueles profissionais que quisessem participar da pesquisa.

O grupo enfim aconteceu no Fórum AD que foi realizado no CAPS AD III Partenon – Lomba do Pinheiro. Participaram oito profissionais, sendo dois da área técnica, dois de um CAPS AD, duas de uma Comunidade Terapêutica, uma de um hospital e uma residente de outro CAPS AD. Logo no início do grupo, após a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entregues folhas em branco aos participantes. Solicitei a eles que escrevessem naquela folha tudo – palavras e expressões – o que lhes viesse à mente quando eu falava na palavra “acolhimento”.

Palavras e expressões como escuta, troca, vínculo, diálogo, respeito, humanização, olhar ampliado, integralidade, recepção, motivar, estar junto, empatia, disponibilidade, singularidade, afeto, proteção, atenção, trajetória, ingresso, acesso e cuidado foram escritas pelos participantes como associadas à noção que eles têm de acolhimento. Todas as palavras escritas, posteriormente, foram digitadas, uma a uma, no aplicativo *Wordsalad*, gerando uma imagem

Alegre. Uma primeira acepção de acolhimento que emerge dos grupos, entrevistas e observações é a do *acolhimento como uma ação ou atividade* de um profissional direcionada aos usuários dos serviços. Franco B., em sua entrevista, destaca que chama a sua atenção a discussão sobre o acolhimento entre os profissionais da saúde mental “porque ele tem a ver com a ideia de oferecer uma solução para uma determinada situação que se apresente e isso acontece também antes de se acolher o sujeito”.

Entretanto, conforme Franco B., o acolhimento é uma atividade diferenciada conforme o nível de formação do profissional. Parece ser um consenso que todos os profissionais envolvidos nos serviços “fazem” acolhimento, desde o porteiro, o “cara do guichê” até o profissional que atende o usuário. Mas “ele [o porteiro, o cara do guichê] faz o acolhimento na perspectiva dele e diferente da percepção da equipe que já é uma perspectiva de acolher a drogadição, acolher a psicose, acolher o menor com problema”. Ou seja, o profissional de nível básico realizaria um *acolhimento como recepção*, enquanto que o profissional de nível superior realizaria um *acolhimento como um procedimento técnico-especializado*. São profissionais [os de nível básico] que recebem o usuário, quando este chega ao serviço. Eles recebem a pessoa. O profissional de ensino superior acolhe não somente a pessoa, mas a “drogadição”, a “psicose”, “o menor com problema”. Sem fazer uma distinção por valores hierarquizados, de que um é mais importante que o outro, mas uma distinção qualitativa: um acolhe a pessoa que chega, o outro acolhe a doença, o problema.

No grupo de discussão, uma profissional de um hospital refere a importância dessa atividade no contexto da internação em álcool e outras drogas. Segundo seu relato, alguns pacientes não passam “por acolhimento” e “ficavam no esquecimento e daí tu via que surgia alguns problemas lá adiante na internação dele e tu vai ver, ah esse usuário não foi acolhido” (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD). Mais uma vez o acolhimento como uma atividade inicial do serviço de saúde mental, na chegada do usuário. Fica implícito nesse relato que alguns usuários internam em dias ou horários em que não há um profissional que faça o acolhimento. Sem esse acolhimento, o usuário está ali apenas para desintoxicar e acaba apresentando problemas porque não *adere* ao tratamento.

A ideia de aderência está amplamente disseminada nos serviços. Durante esse ano de pesquisa, era muito comum escutar nos diferentes espaços que os usuários não *aderem* ao tratamento ofertado. Nós ofertamos o cuidado, eles não aderem. E isso não apenas no contexto hospitalar, mas nos CAPS, no Consultório na Rua, nos encontros entre os diferentes serviços da rede o termo aderência ganha relevo. A palavra aderência vem do latim *adhaerentia*, que significa ligação. Aderência é a qualidade ou atributo do que é aderente. No campo da

engenharia mecânica, pode-se dizer que aderência é a força de contato entre os pneus de um veículo e o solo, por exemplo. No campo da patologia, é a união fibrosa congênita ou acidental de superfícies orgânicas naturalmente contíguas. Em qualquer um dos significados, temos algo que adere, que se junta a outra coisa. Na saúde mental, então, quando falamos que os sujeitos aderem ou não aderem ao tratamento, estamos falando implicitamente que o usuário pode ser classificado como tendo ou não tendo a qualidade de ser aderente.

Tal concepção parece estar intrinsecamente ligada à noção de acolhimento como uma ação ou atividade de um profissional. Eu acolho o outro, ofereço o *menu* de atividades, grupos, atendimentos e oficinas do meu serviço, e o usuário adere ou não, participa ou não. A metáfora oferecida pela patologia é muito cara a nós nessa reflexão. Ao tratar da aderência como uma união fibrosa de superfícies orgânicas naturalmente contíguas, podemos pensar nos dois sujeitos que se encontram na atividade do acolhimento (profissional e usuário) como duas “superfícies orgânicas” que naturalmente se ligam, pois, a existência de uma depende da existência da outra. A união ocorre naturalmente, já que o que o serviço oferece é aquilo que o usuário necessita. Se ele não adere, é porque lhe falta o atributo de ser aderente. A falta desse atributo é, geralmente, explicada pelas características da pessoa acometida pelo diagnóstico da dependência química – falta de motivação, a fissura, as recaídas, a dissimulação – ou por fatores entendidos como “externos” – a “desestrutura familiar”, a pobreza, a falta de condições melhores de vida.

Ou seja, quando lançamos mão o tempo todo da noção de aderência, reforçamos a ideia de que o acolhimento é uma atividade unidirecional – de um profissional especializado voltado ou direcionado ao usuário. Além disso, coloca-se no sujeito-usuário a responsabilidade pelo “fracasso” no tratamento, pois é ele quem não possui o atributo da aderência. Essa reflexão não tem como objetivo culpabilizar os profissionais, mas evidenciar o que está implícito nessa noção e o quanto ela pode ser perversa, individualizando ainda mais o problema no sujeito usuário da droga ou em sua família. Apesar dessa crítica, não podemos negar que o acolhimento se configura, na prática, como uma atividade dos profissionais, inclusive sendo contabilizada como produção de saúde no RAAS – acolhimento noturno, acolhimento em 3º turno, acolhimento diurno no CAPS e acolhimento inicial.

É a esse acolhimento inicial, previsto como procedimento do RAAS, que a maioria dos profissionais se refere quando fala do acolhimento como uma atividade. O acolhimento inicial é entendido como “talvez o mais importante da pessoa, porque a pessoa está chegando ao serviço. Então, eu acho que o profissional tem uma responsabilidade muito grande neste momento, porque dependendo de como for esse encontro com o outro a gente tem, enfim, a

gente pode causar coisas boas, coisas não tão boas assim” (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

Neste ponto do debate, há algo importante a ser destacado. Na fala citada, aparece uma noção de que a atividade do acolhimento vai além de um procedimento técnico-especializado ou de uma recepção. A ênfase na importância desse encontro é fundamental, pois evidencia a responsabilidade com o outro, com o usuário, e que o profissional pode causar “coisas boas” ou “coisas não tão boas assim”. Veremos que essas coisas boas e nem tão boas também podem ser sentidas pelos próprios profissionais, pois, como escreveu um dos participantes do grupo de discussão, no ritmo do afeto, o olhar do acolhimento escapa a unilateralidade. Ao olhar intensamente, somos olhados. O acolhimento, dessa maneira, não escapa dos afetos. A intervenção do profissional causa algo no usuário, afeta-o. As histórias, acompanhadas das queixas, dos usuários também afetam o profissional.

Afeto (do latim *affectus* ou *adfectus*) é um conceito em filosofia amplamente utilizado por Benedictus de Spinoza, o qual designa um estado da alma ou um sentimento. Spinoza (2013) concebe o afeto como mudança, modificação ou afecção do corpo e da mente. Tais afecções podem aumentar ou diminuir, estimular ou refrear a potência de agir desse corpo. Quando somos nós a causa dessas afecções, o afeto é compreendido como ação. Quando o outro é a causa, denomina-se paixão. Então, podemos pensar que, quando o profissional causa no usuário algo bom ou “nem tão bom assim”, ele está agindo, afetando o corpo, a vida do outro, do usuário. Os sentimentos despertados em mim, no profissional, ocasionados pelo encontro com o outro é da ordem das paixões. Ação e paixão nessa troca de olhares, escapando da unilateralidade.

Dois postulados de Spinoza (2013) ainda nos são fundamentais para pensarmos na questão do acolhimento. O primeiro é que o corpo humano pode ser afetado de diversas formas, tendo sua potência de agir aumentada ou diminuída. Outras tantas formas de afetação do corpo não fazem uma coisa nem outra, a potência de agir continua a mesma. Aqui podemos pensar nos mais variados sentimentos que aumentam ou diminuem a potência de agir.

No caso do encontro entre profissional e usuário, podemos entender que a potência de agir de ambos é a co-construção do Projeto Terapêutico Singular²⁵ e do engajamento no tratamento. Quanto mais afetos positivos forem sentidos, maior a potência de agir, melhor a relação terapêutica, maior a motivação, mais produção de saúde. O segundo postulado é a de que “o corpo humano pode sofrer muitas mudanças, sem deixar, entretanto, de preservar as impressões ou os traços dos objetos” (SPINOZA, 2013, p. 99), mantendo as mesmas imagens das coisas. Aqui interessa-nos, particularmente, as representações sociais sobre drogas. Como vimos na breve revisão sobre os estudos de representações sobre drogas, essas representações “fazem” determinadas coisas, elas podem contribuir em processos de exclusão ou estigmatização, por exemplo. Dessa maneira, um profissional pode ser afetado cotidianamente pelos encontros com os usuários, mas continuar acreditando que eles são potenciais criminosos.

Essa circulação ou fluxo de afetos, é tema de discussão em uma das Cartilhas da Política Nacional de Humanização (PNH). Em um trecho, a cartilha chama a atenção dos profissionais para que eles reconheçam esse fluxo de afetos como uma maneira de melhorar os processos de saúde: “É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela”. (BRASIL, 2007, p. 18). Nesse processo, portanto, a constituição e o trabalho da equipe de referência são essenciais, “porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que, dentro da própria equipe estas transferências também acontecem” (BRASIL, 2007, p. 18).

Nessa segunda acepção, o *acolhimento é concebido como um sentimento ou sensação*. Portanto, o acolhimento pode ser entendido como algo que produz esse fluxo de afetos e, ao mesmo tempo, um sentimento dentro desse fluxo. Como um sentimento dentro desse fluxo de afetos, vemos a importância do “sentir-se acolhido”. Para os profissionais, a prática de acolhimento somente se efetiva com esse sentimento do usuário em sentir-se acolhido dentro

²⁵ Conforme uma das cartilhas da Política Nacional de Humanização, “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas” (BRASIL, 2007, p. 40). Segundo o mesmo documento, o PTS é caracterizado por quatro momentos: “1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo” (BRASIL, 2007, p. 41).

do serviço. Ao narrar sua trajetória profissional, Franco B. relembra da sua experiência com o trabalho com moradores de rua e como acompanhante terapêutico:

Com os meninos, os moradores de rua, os guris, a ideia era de que pudesse ser um filho ou um sobrinho ou coisa assim, então dali eu já comecei a ter essa percepção assim do quanto a gente era culturalmente refratário à ideia de se dar a alguém de forma gratuita. Era surpreendente assim, estar ali e não encaixava nas pessoas comuns nem o fato de ser um profissional, porque um profissional não vai, em tese, dispor de afeto, vai dispor de uma técnica de um conhecimento mais objetivado, mas essa sensibilidade do manejo era reservada à potência das relações de sangue, familiares mesmo, não pode ser gentil, agradável e de estar feliz na companhia de alguém que está doente se essa pessoa não for seu familiar, não for seu parente, não estiver ligada por um laço de sangue e isso me chamou a atenção e eu comecei a entender as nossas rupturas, as nossas, a maneira como, não sei se a sociedade brasileira, mas também muito a gaúcha é uma sociedade desconfiada do outro, daquele que não é do seu bando, não é do seu grupo, não é da sua cor, não é do seu partido, não é do seu time, isso é muito forte entre nós e a solidariedade realmente é reservada as pessoas de sangue. (FRANCO B.).

Nessa passagem, dois aspectos são importantes nesse momento. O primeiro é quando ele fala do sentimento de desconfiança em relação ao outro, ao outro que não pertence aos meus grupos de pertencimento. Identidade e diferença, ou uma identidade que exclui a diferença, mesmo que esta constitua a primeira. O antigo problema ou questão da alteridade, que retomarei com maior fôlego na última parte desta tese. O segundo aspecto se refere ao reconhecimento de que o profissional pode dispor sim, além de uma técnica ou de um conhecimento mais objetivado, de afetos. O relato de Franco B., sobre sua experiência acompanhando população de rua e/ou pacientes da saúde mental, ilustra esse estranhamento das pessoas ao verem ele acompanhando essas pessoas. Nitidamente diferentes, por questões de higiene pessoal, vestimentas, aparência, profissional e usuário estranham o instituído – se for solidário só pode ser um familiar ou profissionais atuam somente a partir da técnica. Não era. Era um profissional que entendia o afeto como um operador do seu trabalho em saúde.

Nina S. também traz uma lembrança de sua trajetória que nos ajuda a pensar na questão dos afetos, dos sentimentos. Ao falar do seu trabalho na assistência à população de rua, Nina S. relembra que a equipe entendia que esse atendimento era de todos. Do porteiro, que ficava no saguão, até a equipe que ficava no terceiro andar do prédio. As reuniões eram realizadas com todos os profissionais, pois, nessa concepção de trabalho em equipe, entendiam que o porteiro, por exemplo, era o primeiro a acolher, o primeiro que sabia quem tinha apanhado na rua, quem estava “lá embaixo” sob efeito de drogas, quem estava jogando pedras contra o prédio. Esses profissionais de nível básico, conforme Nina S., eram interlocutores importantes e afirma que essa relação de cuidado passava pela postura e entendimento deles. A cozinheira, que servia comida aos meninos, e os guris ficavam debruçados no balcão contando tudo o que tinha

acontecido na vida deles. Esses espaços eram considerados espontâneos, espaços de “confissão e de afeto”. A profissional ainda complementa:

Qual era a nossa ideia, a gurizada toda estava muito vinculada com a gente, tinha em nós uma referência, na rua, dentro da instituição, nos procurava para brigar, jogar pedra, aceitava a nossa continência, aceitava a nossa contenção às vezes e seguia com a gente, por mais que brigassem e passassem por mim na rua e xingassem, voltava, tinha o vínculo. (NINA S.).

Nina S. nos traz a questão da transferência de afetos entre os profissionais. Ela foi uma das únicas profissionais que percebi que não fazia distinção entre profissionais de nível superior e básico. Estes eram considerados interlocutores importantes na produção, na construção do acolhimento aos jovens em situação de rua. Esse reconhecimento, de um espaço de trocas de saberes e afetos entre os profissionais, proporcionava o espaço de “confissão e afeto” dos jovens. Esse espaço, que Merhy (2013a; 2013b; 2013c) chama de espaço intercessor, é onde se produz o vínculo. Os xingamentos e as brigas com os profissionais eram vistos também como sinais de que havia ali um vínculo formado.

Cabe aqui ressaltar que vínculo vem do termo latino *vinculum*, que significa uma união, relação ou ligação de uma pessoa ou coisa com outra. Dessa forma, quando dizemos que duas pessoas estão vinculadas, dizemos que elas estão entrelaçadas, unidas, física ou simbolicamente. Na psicologia, um dos autores mais utilizados na discussão sobre o conceito de vínculo é o psicanalista Enrique Pichón-Rivière. O autor afirma que um vínculo é um tipo particular de relação de objeto, que, por sua vez, é constituída de uma estrutura e funciona de uma determinada maneira. Pichón-Rivière (2007, p. 17) reitera, entretanto, que o vínculo “é uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas”. O vínculo, então, é, em sua dinamicidade, uma relação particular com algum objeto. Ou entre duas pessoas. Essa relação particular com o objeto, por sua vez, “tem como consequência uma conduta mais ou menos fixa com esse objeto, formando um *pattern*, uma pauta de conduta que tende a se repetir automaticamente, tanto na relação interna quanto na relação externa com o objeto” (PICHÓN-RIVIÈRE, 2007, p.17).

Essa relação dos jovens em situação de rua com os profissionais pode ser caracterizada como uma relação vincular, algo que liga um e outro. Essa ligação faz com os jovens se sintam acolhidos e à vontade para fazer suas “confissões”. Dessa maneira, o sentir-se acolhido é a base para o cuidado e a produção de saúde. Seguindo nessa lógica, Nise S. amplia essa ideia de vínculo, não apenas centrada entre o profissional e o usuário, e a relaciona com a ideia de pertencimento a uma comunidade, a um espaço geográfico e existencial mais amplo.

a gente foi visitar uma internação em Arroio do Meio e foi muito interessante e tu vê que é possível fazer diferente. São doze leitos dentro de um hospital bem pequeno, tem 96 leitos o hospital, Hospital Geral, 12 leitos de saúde mental e ali interna transtornos e uso de drogas. [...] Aí o psiquiatra me disse que é muito interessante, porque quem interna geralmente por uso de drogas são os meninos, uns guris jovens e aqui tem umas senhoras com transtornos e estão deprimidas e tal, e eles fazem uma aliança terapêutica muito interessante porque elas passam a ser cuidadoras deles e eles ao mesmo tempo precisam ser cuidados e ali se constitui um vínculo que é muito legal que é terapêutico, mas, para além disso, a unidade é aberta, eles tem espaço de circulação livre e todas as atividades, a maioria das atividades da internação são realizadas na comunidade. Eles não usam o espaço do hospital, eles usam a associação comunitária, a praça da cidade, então eles jogam bola, eles vão assistir filmes ali na associação comunitária e tudo é fora. Eu disse meu é possível entende, não precisamos de grade e de portas chaveadas. (NISE S.).

A relação ou aliança terapêutica, como enfatizada por Nise S., pode acontecer entre diferentes pessoas, entre grupos “distintos” de usuários de um serviço. Quem é cuidado acaba se transformando em cuidador. Além disso, as atividades extra muros do hospital é tomado como fator importante nessa relação de vínculo do usuário, não somente com o hospital e sua equipe de profissionais, mas com pessoas e espaços da comunidade. A noção de vínculo e de relação, aqui explicitados, contrapõem-se à noção de aderência, discutida anteriormente. Vínculo e relação acontecem, sempre, no mínimo entre duas pessoas. A aderência não depende do vínculo e da relação, é um indivíduo que adere ou não ao tratamento. Aderir, portanto, não significa necessariamente sentir-se acolhido.

Essa noção de vínculo e relação como algo que atravessa ambos, que une ou liga profissional e usuário fica, mais uma vez, explícita em um momento do grupo de discussão com os profissionais da rede: “Assim quando eu tô acolhendo tem horas que eu me identifico com ele e horas que ele se identifica comigo; tem horas que a gente encontra um ponto e que diz que eu fiz assim, passei por isso, passei por aquilo na minha vida e no fim as duas vidas estão tentando se resolver: a de quem cuida e a de quem é cuidado.” Acredito que essa identificação é o que produz o comum, aquilo que liga, une, que afeta tanto profissionais quanto usuários dos serviços. Trata-se, de fato, de um fluxo de afetos, um fluxo de sentimentos, como o sentimento de sentir-se acolhido.

Para além da escuta qualificada, da atividade técnico-especializada de um profissional direcionada a um usuário, o afeto, nas discussões desse grupo, transforma qualitativamente o trabalho em saúde:

Porque quando eu coloco aqui afeto eu acho que a isso é a base de tudo. Não adianta eu saber que o acolhimento tem que ter uma escuta qualificada, que eu não devo julgar o outro, mas eu tenho que gostar do que eu faço, tenho que gostar de estar com o outro e esse outro muitas vezes, vamos pensar que a sociedade não quer estar com ele. Porque quando eu escuto, hoje em dia eu não tô diretamente na assistência, mas eu tenho uma saudade muito grande de estar na assistência, porque era isso que eu gostava de fazer, de olhar no olho do outro, de reconhecer ele como pessoa, e aqui não é incomum nas nossas assembleias ver essa coisa assim: quando eu cheguei ao serviço eu fui reconhecido como pessoa, porque lá fora as pessoas não me veem como pessoa [...]. (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

Ser reconhecido como pessoa é sentir-se acolhido. Escutei de vários usuários, tanto do CAPS AD GCC quanto do CR Centro, que foi nesses serviços que eles se sentiram reconhecidos como pessoas. E o profissional deve gostar do que faz, sentir alegria quando consegue reconhecer esse usuário de droga ou morador de rua como pessoa. O grupo nos leva ao âmbito das paixões, dos sentimentos dos profissionais quando estão acolhendo os usuários dos serviços. Assim como a potência de agir dos usuários pode ser aumentada ou diminuída, dependendo de como este será recebido, a dos profissionais também. Conforme nos mostra uma das profissionais presente na discussão:

na saúde mental tem outra energia e ai tu vê o quanto aquele encontro, nessa troca quanto à gente se doa muito mais pro outro, porque a gente percebe a carência de energia que ele tá, carência que ele tá de chama de vida, digamos assim; então por vezes, na época que eu era mais assistência eu acolhia dez pessoas numa manhã e eu sentia nossa eu preciso sentar, eu preciso dar uma respirada, porque essa energia me consumiu bastante e ai eu vejo o quanto a gente, os profissionais, esquecem um pouco de se trabalhar também, porque a troca com o outro, tu vai trocar com o outro e tu tem que estar bem nesta troca, nesta energia bacana, porque quem tá chegando tá precisando muito dessa troca. (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

Outra profissional complementa que “a gente é ser humano e tem limite também de desgaste físico, emocional, mas eu acho que vale muito a pena” (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD). Por isso a importância do profissional “também se trabalhar”, de pensar no cuidado para o cuidador. Essa diminuição de energia pode ser entendida como uma diminuição na potência de agir, usando o termo de Spinoza (2013). Essa constatação é fundamental, pois coloca o acolhimento num plano de trocas. Se o profissional quer cuidar, ele precisa ser cuidado e buscar formas de autocuidado – “tu vai trocar com o outro e tu tem que estar bem nesta troca”. Mas, além do desgaste físico e emocional, ou de energia como pontuou a profissional, sentimentos como compaixão, raiva e impotência também são experimentados pelos profissionais:

A gente que é da internação às vezes te desperta essa coisa assim, aquele sentimento de compaixão, aquilo tudo, às vezes dá um pouco de raiva na gente porque a gente é ser humano e a criatura tá ali e tu tá vendo que ele tá precisando se tratar, mas ele não quer e daí se ele não quer tu não tem o que tu possa fazer, às vezes tu é obrigado no próprio acolhimento ter que equilibrar e mesmo vendo que tem problemas clínicos não só pela questão da droga e que precisaria ficar e, às vezes, o que eu posso fazer de solução e sou obrigada a liberar. Então, isso desperta na gente uns sentimentos assim de ‘ui que raiva’ né e eu não posso fazer nada, de impotência assim, mas eu gosto muito do acolhimento, eu acho que é assim de extrema importância, eu acredito que o acolhimento é muito decisivo no tratamento do paciente. (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

Entendo que esses sentimentos de raiva e impotência diante da decisão do paciente em não ficar internado também diminuem a potência de agir do profissional. A compaixão, por sua vez, é um sentimento muito relacionado com a prática cristã, um sentimento piedoso de simpatia para com o sofrimento ou tragédia do outro. Compaixão e piedade²⁶ são sentimentos próximos e alimentam a falsa ilusão de que é possível se colocar no lugar do outro. Colocar-se no lugar do outro é impossível. Mas sentir com o outro não. Parece-me que o sentimento de compaixão e piedade surge quando alguém olha o outro “de cima”, de forma hierarquizada e o coloca no lugar de vítima, de coitado. Sim, muitas das histórias de vida escancaram a exclusão social, injustiças, sofrimentos. Mas que autonomia e potência de agir terá essa pessoa se colocada nesse lugar pelo profissional? Isso não significa, de forma alguma, que devemos negar o sofrimento. Mas esses sentimentos paralisam tanto os profissionais quanto os usuários.

Como dito no grupo, são histórias e situações que ninguém gosta de lidar, de escutar. Mas a potência de agir aumenta quando se consegue reavivar a “sede de encontrar com as pessoas sabe, a fim de saber que é essa pessoa atrás do processo e dessa alegria quando eu consigo encontrar, quando eu vou e eu mesma consigo sair do burocrático e chegar nesse sujeito e entender que ele nasceu, morreu, viveu, fez toda uma trajetória” (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD). Encontros de duas trajetórias, encontros de sentimentos, encontros de duas vidas que, embora distintas e singulares, tocam-se de uma forma ou outra.

O acolhimento, nesse sentido, é também *um encontro de saberes*, duas histórias, duas trajetórias que se encontram dentro de um serviço. Cada um dos atores envolvidos traz consigo sua bagagem, seus saberes, seus afetos. Através de minhas andanças pela rede e com os

²⁶ Embora eu esteja utilizando as ideias de piedade e compaixão como sinônimos, pois assim foram apresentadas pelos profissionais, Almeida (2013), em sua dissertação de mestrado sobre simpatia e amor à humanidade em David Hume, afirma que piedade é diferente de compaixão. Conforme a autora, em Hume encontramos a simpatia ligada à compaixão, palavra derivada do latim *compassio*, que carrega em seu significado a capacidade de sentir o que o outro sente. Em contrapartida, em Smith, a simpatia, pode estar vinculada à piedade, derivando da palavra grega *eusebeia*, que representa a união de: *eu*, que significa “bom ou bem”, e *sebomaie*, que quer dizer “ser devoto”. Assim, piedade seria: “ser devoto ao bem ou aquilo que é bom”. Ou ainda ao latim *pietas* que significaria “virtude, atendimento ao dever” (ALMEIDA, 2013). Considerando essa discussão, compaixão estaria mais relacionado a sentir com o outro, *com paixão*.

profissionais e usuários, percebo que há um grande esforço dos profissionais transformarem esses momentos em encontros dialógicos, através dos quais se reconhece o outro como interlocutor legítimo (JOVCHELOVITCH, 2011; 2008), buscando ir além de um acolhimento inicial como uma atividade técnico-especializada e promovendo tentativas de se fazer um acolhimento-dialogado em uma rede de conversações (TEIXEIRA, 2003; 2004).

Mais uma vez Franco B. nos traz uma importante contribuição para pensarmos nesses encontros:

A gente tem visto assim que você recebe alguém que está usando drogas e encaminha para internação compulsória e diz para o familiar levar para a internação compulsória. Ele vai confiar em ti, tu é técnico, a imprensa está falando que esse é um recurso, tu vê isso na televisão, as mães acorrentam o cara na cama ou chama a Brigada e leva para o hospital. As pessoas acreditam de fato nisso, mas só que não são tão tolas a ponto de chegar na décima internação e ainda estar acreditando nisso e é exatamente o que está acontecendo hoje, as pessoas tem olhado a nossa proposta até o extremo de desistir assim, já vi cara desistir de se tratar porque ao longo da luta dele contra o crack ele pegou pneumonia e HIV, simplesmente olhou pra frente e disse é muita coisa sabe, quando eu vencer o crack, quando eu superar o resto de prazer que eu ainda tenho eu vou ter que olhar para a minha vida e pensar nas medicações da tuberculose, mas medicações da... enfim, e fora tudo o mais que levou o cara a usar droga. Então essa ideia de que dá para compartimentar a pessoa e resolver ela por partes, apertar parafusos onde eles estão desapertados, sem perceber que existe uma dimensão de incerteza, de que existe um futuro em aberto para qualquer tipo de terapêutica. [...] e não se discute isso e em saúde mental. (FRANCO B.).

Nesse encontro, como pontuou Franco B., o usuário e o familiar confiam na palavra do profissional, pois ele representa um saber técnico. De outro lado, muitas vezes, os familiares e usuários vêm com o seu saber. O saber é sempre polifásico (JOVCHELOVITCH, 2002; [2007]2008; 2008; 2011; AIKINS, 2012; ARRUDA, 2011; HOWARTH, 2006; JODELET, [1989]2005; MOSCOVICI, [1961]2012; [2000]2010; RENEDO, 2010), ou seja, nós apresentamos formas heterogêneas e múltiplas de saber que podem coexistir, viver lado a lado e desempenhar diferentes funções. Quando se chega ao serviço com o saber de que a internação compulsória é um recurso eficaz para o tratamento e tal saber é legitimado pelo profissional, acredita-se no potencial terapêutico desse recurso. Mas esse, não necessariamente exclui a crença que o familiar possui ou o saber de que o CAPS AD também pode contribuir nesse processo.

Outros dois pontos são fundamentais nessa contribuição de Franco B. Um diz respeito ao saber produzido e amplamente veiculado pelas mídias, que acaba sendo incorporado aos saberes de usuários, familiares e profissionais; o outro, diz respeito à dimensão de incerteza das nossas ações. Iniciemos pelo primeiro ponto. Sabemos que a questão do uso do crack entrou na pauta das discussões de saúde e segurança pública, principalmente através dos meios de

comunicação. O uso inadequado de substâncias psicoativas tem sido apresentado como uma grave ameaça à saúde de inúmeros brasileiros e relacionado à elevação dos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade (BRASIL, 2005; ROMANI, 2003; RONZANI et al., 2009; MINAYO; DESLANDES, 1998; VEDOVATTO, 2010; ROMANINI; ROSO, 2012).

Um dos primeiros estudos que focou a mídia e sua relação com o crack mostrou que reportagens publicadas em jornais americanos sobre a “epidemia do crack” eram sensacionalistas, sem embasamento científico e contribuíam para desviar o foco das autoridades sobre outros problemas sociais mais urgentes (HARTMAN; GOLLUB, 1999). Outro estudo norte-americano (REINARMAN; LEVINE, 1997) indica que a primeira referência à nova forma de cocaína na mídia foi em um artigo publicado em 1984 no Los Angeles Times. Dois anos depois, a mídia televisiva norte-americana, representada pela CBS²⁷, promove e veicula um documentário chamado “*48 Hours on Crack Street*” (REINARMAN; LEVINE, 1997, p. 48). A televisão, cumprindo sua função de “retratar a realidade”, apresenta as ruas como uma “zona de guerra”, mostrando duas horas de práticas do horror, ou ainda, no seu sentido bélico, de treinamento prático para o horror. A partir de então, a utilização de palavras como praga, peste, epidemia e crise se tornou comum na mídia (REINARMAN; LEVINE, 1997).

Políticos, a mídia e propagandas antidrogas se referiam com frequência à “adição inevitável” da cocaína, porém, enfatizavam que o crack era ainda pior, uma vez que ele promove uma “adição instantânea” (23 anos depois, o Grupo RBS, através da campanha “Crack nem pensar”, fala que o crack “vicia logo na primeira vez”). É justamente em função disto que os termos epidemia e peste passaram a ser tão empregados nos discursos sobre o crack (22 anos depois, o Grupo RBS veicula a sua primeira série de reportagens sobre o crack, intitulada “A Epidemia do Crack”).

Percebe-se que o movimento da mídia brasileira e a forma como se abordou o tema (e continua sendo abordado) é muito semelhante ao dos Estados Unidos. No Brasil, diversos estudos têm mostrado que, nos meios de comunicação, as drogas são consideradas um mal vinculado ao campo jurídico-policial e médico-psiquiátrico e que, invariavelmente, leva os usuários à criminalidade. O discurso antidrogas é apresentado como hegemônico na sociedade atual, tendo como um de seus efeitos a ação repressora e a adoção de uma perspectiva exclusivamente biomédica-curativa (VEDOVATTO, 2010; MARINHO, 2005; RONZANI et al., 2009; NOTO et al., 2003; BRASIL, 2005; ROMANINI; ROSO, 2012).

²⁷ CBS é a Columbia Broadcasting System, uma das maiores redes de televisão e rádio dos Estados Unidos.

As formas simbólicas veiculadas pela mídia sobre as drogas, quase sempre descontextualizadas do espaço, tempo e cultura, produz efeitos de verdade: é um fenômeno recente, epidêmico, responsável pelo aumento da violência, etc. Entretanto, o uso de drogas é uma prática antiga e universal, sendo fonte de interesse, atração, medo, entre outros sentimentos e significados culturais que as mesmas provocam nos indivíduos. Assim, dependendo do momento histórico, da cultura predominante de cada época, o uso de drogas pode ser encarado de diversas maneiras, sendo visto, ora como um problema ou doença, ora como uma solução, ou mesmo cura (ESCOHOTADO, 1997; SIMÕES, 2008; MACRAE, 2010).

Essa breve análise sobre como a mídia tem produzido e veiculado saberes sobre o uso de drogas, especialmente sobre o uso de crack, ajuda-nos a pensar sobre como esses saberes atravessam a relação entre profissionais e usuários. Esses saberes são apresentados como certezas absolutas sobre o uso e usuário de crack e se contrapõem ao que Franco B. denominou de “dimensão de incerteza”, o segundo ponto que gostaria de refletir. Inspirando-me em Hannah Arendt, quero pensar no quanto esse não reconhecimento da incerteza pode diminuir a potência de agir, nos termos de Spinoza (2013).

A atividade humana da ação condiciona o homem à política, à vida em sociedade, aos debates sobre decisões importantes da vida pública²⁸. Portanto, a ação é a atividade que faz o homem escapar de sua condição de *animal laborans* (prisioneiro do ciclo interminável do processo vital) e de *homo faber* (que perde os significados das coisas em sua incessante produção de instrumentos e objetos de uso num mundo determinado pela categoria de meios e fins). Através da ação e do discurso as pessoas produzem histórias significativas e trazem consigo duas potencialidades: a irreversibilidade e a imprevisibilidade. Ou seja, quando agimos é impossível desfazer o que se fez (irreversibilidade) e descobrir onde essa ação vai nos levar, a incerteza do futuro (imprevisibilidade). Segundo Arendt (2010), a solução para o primeiro problema é a faculdade de perdoar, enquanto que para o segundo é a faculdade de prometer e cumprir as promessas. Seguindo o raciocínio da autora,

²⁸ Em “A condição humana”, Hannah Arendt (2010) se propõe a refletir sobre o que estamos fazendo. Para isso, ela se detém em três atividades humanas fundamentais: o trabalho, que corresponde ao processo biológico do corpo humano, das necessidades vitais e cuja condição humana é a própria vida; a obra ou fabricação, que corresponde ao artificialismo da existência humana, produção de um mundo “artificial” de coisas, e cuja condição humana é a mundanidade; e, por fim, a ação, que é a única atividade que se exerce diretamente entre homens sem a mediação das coisas ou da matéria e que corresponde à condição humana a pluralidade. Para a autora, a ação autêntica – a política é a possibilidade de dizer a palavra, expressar a opinião, manifestar o pensamento na comunidade-sociedade, necessariamente com os outros.

Se não fôssemos perdoados, liberados das consequências daquilo que fizemos, nossa capacidade de agir ficaria, por assim dizer, limitada a um único ato do qual jamais nos recuperaríamos; seríamos para sempre as vítimas de suas consequências, à semelhança do aprendiz de feiticeiro que não dispunha da fórmula mágica para desfazer o feitiço. Sem estarmos obrigados ao cumprimento de promessas, jamais seríamos capazes de conservar nossa identidade; seríamos condenados a errar, desamparados e sem rumo, nas trevas do coração de cada homem, enredados em suas contradições e seus equívocos – trevas que só podem ser dissipadas pela luz derramada no domínio público pela presença de outros, que confirmam a identidade entre aquele que promete e aquele que cumpre. Ambas as faculdades, portanto, dependem da pluralidade, da presença e da ação de outros, pois ninguém pode perdoar a si mesmo e ninguém pode se sentir obrigado por uma promessa feita apenas para si mesmo; o perdão e a promessa realizados na solitude e no isolamento permanecem sem realidade e não podem significar mais do que um papel que a pessoa encena para si mesma. (ARENDETT, 2010, p. 295-296)

Se a prática do acolhimento acontece no encontro entre profissional e usuário, temos a pluralidade, a ação arendtiana. Essa ação é irreversível, pois no encontro, no fluxo de afetos, profissional e usuário se transformam. Ela é imprevisível, porque por mais que o profissional esteja ancorado em um arcabouço técnico-teórico ou em determinados pressupostos, não sabemos o que nossa ação de fato irá provocar no outro:

toda vez que eu entro em contato com o usuário eu estou sendo testado no meu conhecimento e na minha capacidade técnica de ajudar pacientes psicóticos que ouvem vozes se eu sou de um CAPS adulto, ou então de ajudar jovens que usam drogas se eu sou de um CAPS AD, toda vez é um teste e toda vez isso me causa desconforto porque eu não venço todas. (FRANCO B.).

Essa dimensão da incerteza pode, então, tanto aumentar a potência de agir quanto diminuí-la. Reconhecer essa dimensão é fundamental para resgatar a faculdade de prometer, não a certeza absoluta de “cura”, mas a promessa do cuidado, da continuidade do cuidado. A promessa aumenta a potência de agir. Mas a incerteza pode também paralisar e transformar a potencialidade do acolhimento em uma atividade técnico-especializada, que pode ser bem executada. Dessa forma, ao falarmos do acolhimento como um encontro de saberes, necessariamente estamos falando do *acolhimento como uma postura ou tecnologia do cuidado*.

Spinoza (2013) nos diz que a lei da vida é a lei dos encontros. O acolhimento vai se produzindo, então, no plano dos encontros, nos fluxos de afetos construídos a cada encontro e através destes. Se a lei da vida é a lei dos encontros, “a vida é pensada como potência que se ativa entre os sujeitos, nas relações e vínculos que constroem (e os constroem); como potência de afetar e ser afetado” (NEVES; HECKERT, 2010, p.162). É o que os profissionais disseram no grupo de discussão – a alegria quando se encontra o sujeito que está por trás doença, que está além daquela trajetória de sofrimento. Por isso, ainda conforme Neves e Heckert (2010, p.

153), “a construção de práticas de acolhimento que possam fazer da existência uma arte de viver sustenta-se no cultivo de uma prática ética em que o cuidado consigo, com o outro e com o mundo, se faz quando cuidamos da dimensão coletiva e relacional de nossa existência”. O acolhimento como uma postura ética, como uma tecnologia do cuidado.

Neves e Heckert (2010) refletem sobre o acolhimento e nos apresentam questões fundamentais: o que queremos acolher nos processos de produção de saúde? Que tipos de vida temos acolhido na saúde? Ao que temos dado passagem nos encontros? Nina S., em sua entrevista, mostra-se tocada pelas mesmas questões ao relembrar um dos atendimentos que realizou na época em que trabalhava em uma emergência psiquiátrica:

Um atendimento que me marcou muito foi quando uma mãe disse para mim que o médico falou para ela que o filho não tinha cura e que não tinham o que fazer com ele, e ela quando chega na minha sala diz: ‘como assim não tem cura, então tu quer me dizer que vocês que trabalham na saúde não podem fazer nada por ele?’ E aí foi um dos momentos, para mim, muito intensos, e eu disse ‘ah não é isso, tem alguma coisa errada’. Tem alguma coisa nesta história que não estão contando, não é possível que a gente não consiga ter um, não consiga cuidar de um jeito mais saudável, assim, um familiar, por mais que eu pense numa doença crônica, numa doença, eu não posso sair, as pessoas não podem sair daqui sem alternativa e aí ela disse, então eu vou levar meu filho embora, se vocês não vão fazer nada eu vou levar ele embora [...]. Eu ficava o tempo que eu achava necessário no atendimento, tinha essa flexibilidade, construí na verdade essa flexibilidade, e recuperando um pouco essa identidade e o que mais me apavorava e mais me assustava é que ao passar pelo atendimento médico as pessoas eram carimbadas; entrava um João e saía um F20, ou ficava um F20, e esse susto e esse sofrimento das famílias e do próprio paciente, do próprio usuário que chegava ali era o que mais me mobilizava, e que era onde eu focava a minha intervenção. Muito mais do que os recursos e tal eu focava nisso porque agora era a hora de desconstruir a ideia de que não tem possibilidade de reabilitação, de cuidado em domicílio e tal, e fazia isso. Acabei criando um grupo de familiares sobre os olhares tortos dos meus colegas psiquiatras que não entendiam porque eu tinha criado um grupo dentro da emergência, aí era eu com o grupo de familiares e uma colega psicóloga com um grupo de pacientes que ficavam internados, fazendo outras coisas e usando outros recursos para poder cuidar, e uma outra ainda que a gente discutia os diagnósticos e eu já com uma outra experiência de vida começava a problematizar esses diagnósticos a partir de outros pontos de vista inclusive sob o ponto de vista da espiritualidade que é uma experiência que eu tenho, né, fora do espaço saúde, e a gente conseguia fazer essas discussões. (NINA S.).

O desassossego desta profissional é explicitado nessa história contada por ela. O compromisso com o cuidado era a promessa que ela gostaria de ofertar. Além disso, seu desconforto com a rotulação dos diagnósticos: “entrava o João, saía o F20”. Nise S. remete esse problema à lógica em que os profissionais de saúde ainda estão sendo formados nas universidades, uma lógica, segundo ela, muito distinta daquela que a realidade tem nos demandado:

A gente ainda tem muito preconceito, muita normatização, muito acadêmico, técnico, teórico, a gente precisa mais de práticas vivenciais mesmo e que nos aproximem da realidade e que vejam que aquele sujeito não é só o que está no manual, ele está para além do manual e além do que está ali no DSM e no CID. Tem outras coisas, tem outros componentes (NISE S.).

O debate sobre a patologização dos usuários de drogas foi tema recorrente no decorrer dessa pesquisa e já havia mencionado a questão através do e-mail enviado aos profissionais da rede, solicitando a avaliação de um usuário. Sabemos que muitos são os termos empregados para designar os transtornos relacionados ao uso de substâncias, termos como “alcoolismo”, “dependência química”, “drogadição” e “adição” são os mais comuns de serem utilizados no senso comum. Já a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000), descreve e classifica os transtornos relacionados a substâncias em dois tipos principais, a saber: a) aqueles induzidos por substâncias e b) aqueles relacionados às substâncias.

Apesar da ampla aceitação dessa categoria diagnóstica, o DSM, enquanto sistema classificatório da psiquiatria ocidental, tem recebido inúmeras críticas. Em 1952, quando sua primeira edição foi publicada, 106 categorias diagnósticas foram listadas e o livro tinha 129 páginas, enquanto que o DSM-IV de 1994 tinha um total de 357 categorias e tem, atualmente, 900 páginas. O crescimento tanto do número de categorias diagnósticas quanto do número de páginas do livro, serve como ilustração para o que alguns críticos têm chamado de aumento da “medicalização” do comportamento humano (HELMAN, 2009). Ou seja, há uma tendência a classificar cada vez mais tipos de comportamentos, antes considerados como “normais ou “ruins”.

Todavia, Jerusalinsky e Fendrik (2011) nos apontam um sério problema: o avanço na capacidade de curar levou a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de “doentes mentais”. O DSM, nesse contexto, constitui-se como uma “ideologia disfarçada de ciência que psicologizou e medicalizou a vida cotidiana” (p.6). Esse modelo proposto acaba por substituir o saber pela informação, a falta pela completude, a singularidade da diferença pela repetição do mesmo. Portanto, ao concebermos a dependência química como uma doença crônica e incurável, substituímos o enigma do passado e do futuro pela pretensa certeza garantida do presente (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011). O DSM, nesse sentido, se propõe a capturar o paciente em uma rede completa, vertical - o diagnóstico - e horizontal – a situação do “doente” e de sua “doença” em diversos campos de sua vida, orgânico, social, laboral, familiar e educacional (GOLDENBERG, 2011).

A história do DSM compõe a história do que Georges Lantéri-Laura chamou de paradigmas da Psiquiatria Moderna. O primeiro paradigma, concebido desde fins do século XVIII até a metade do XIX, é denominado de “alienação mental”, já que seu campo estava organizado por uma afecção única. No segundo paradigma, denominado de “as doenças mentais”, é o período em que se desenvolvem a descrição das doenças mentais feitas pelos alienistas, bem como a organização de grandes quadros classificatórios. E num terceiro paradigma, chamado de grandes “estruturas psicopatológicas”, recuperou-se certa unidade perdida pela dispersão gerada pela descrição e classificação das variadas doenças mentais em um número restrito de estruturas. Mesmo ainda não tendo sido identificada a substituição desse último paradigma, com o surgimento de novos psicofármacos nos últimos anos, a psiquiatria vem se apoiando, cada vez mais, no tripé psicofarmacologia, neurociências e genética (IZAGUIRRE, 2011).

Com dois pontos de apoio, transtorno e indivíduo (paciente como indivíduo cujo corpo se reduz ao biológico), cumpre-se o objetivo de segregar do campo do sujeito tudo aquilo que não se refira ao transtorno, ao organismo biológico e comportamentos e condutas que se pretende modificar (ESPERANZA, 2011). Nessa mesma direção, Torossian e Papini (2013, p. 194) questionam: onde habita o sujeito se a dependência é química? Quem depende da química? Os autores pensam haver aí um apelo à “irredutibilidade”, pois quando “restringimos a dependência à química, estamos deixando de lado as histórias...”.

Preocupados com essa restrição, da dependência à química, e buscando potencializar o encontro e resgatar as histórias, as trajetórias dos sujeitos, os profissionais refletiram sobre sua prática no grupo de discussão:

o papel era pensar e que esse papel ela tá lá e pode ter uma outra história e é isso. O que eu faço? O que eu gosto de fazer? O que eu sou? Quais são as minhas relações? Quais são as minhas possibilidades? [...] Bom o nosso projeto é tentar ampliar ao máximo possível esse horizonte desse sujeito assim e não fechar, ah ele não participou da oficina tal, então ele é isso, é aquilo, ele não consegue cumprir os combinados e o cara não tem nada a ver com aquilo, ele queria tá fazendo outra coisa. (GRUPO DE DISCUSSÃO).

Enquanto postura ou tecnologia do cuidado, Nina S. insiste na noção de um cuidado singular, integral, independentemente das escolhas de vida dos profissionais. Todo e qualquer sujeito deve ser acolhido, desde aqueles que optam por não parar o uso da droga ou aqueles que não conseguem parar o uso até aqueles que vivem em situações de extrema vulnerabilidade social, como é o caso dos moradores de rua. Nessa mesma esteira de pensamento, Nise S. lembra que, quando o profissional é servidor público, está dentro de uma política pública e, por

isso, deve estar direcionado conforme as diretrizes desta política, deve estar implicado. Ela complementa que precisamos amadurecer, nos nossos profissionais, nos nossos grupos de trabalho, na questão do reconhecimento do sujeito. Porque, para além do uso de drogas, trata-se de um sujeito: “É um sujeito que está ali e eu preciso saber quem é esse sujeito, reconhecer esse sujeito, saber o que ele está querendo, se ele quer cuidado naquele momento, que tipo de cuidado e como é que eu posso ajudar ele, porque é preciso sair desta lógica prescritiva, normativa e protocolar...” (NISE S.).

A tentativa de sair dessa lógica prescritiva, normativa e protocolar é narrada por uma profissional presente no grupo de discussão:

Jogar taco; bom, podemos pensar então nisso e ontem foi a equipe da enfermagem da tarde e, é claro, com profissionais daqui na retaguarda também, junto com técnico e de um médico também, que ficou aqui. Mas o pessoal foi lá e eu vi por dois ângulos, de ocupar um espaço que traz tanto significado, enfim diga-se o Hospital São Pedro, acho que aquilo, particularmente, tem um significado que não vai ser mudando o nome que a gente tira o significado de um local. Então, ocupar um lugar com uma atividade completamente diferente e proporcionar para as pessoas algo para além da substância, a gente não quer saber disso agora, a gente quer pensar em ti enquanto ser humano e se eu tivesse aqui ontem à tarde certamente eu teria ido jogar taco também, é uma coisa que eu fazia muito quando eu era criança e tenho um prazer e um significado muito bacana. Então eu acho que também cabe isso, bom a gente é CAPS III, mas a gente não precisa ficar focado no papel da droga e naquele grupo de prevenção que claro tem que existir porque senão a gente não tá cumprindo o papel do serviço especializado, mas eu ainda vejo um desafio muito maior que é isso, é pensar outras estratégias, outras possibilidades que são tão potentes pra vida de uma pessoa e que não tá ligado muitas vezes ao... bom ela tá aqui porque é usuário de alguma coisa, enfim porque tá atrapalhando a vida dela, tá, mas paralelo a isso a gente tem que saber olhar esse outro lado que é tão bacana, que é tão rico e eu acho que é um desafio muito grande ainda porque as equipes ficam voltadas ao bom a gente é isso, a gente é aquilo, as consequências, bah ele tá mal clinicamente, não, isso a gente também tem que olhar, mas a gente tem que perceber outras coisas tão sublimes que tem um papel tão potente quanto às vezes dar uma medicação para evitar determinadas situações. (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

O jogar taco no Hospital São Pedro ou as atividades realizadas com os internos de um hospital, acompanhado por Nise S., levam-nos a pensar no que Franco B. chamou de “impacto do cuidado”, como se o cuidado “fosse uma espécie de uma excitação das ondas do espaço comunitário”, ondas que reverberam para além daquele que cuida e daquele que é cuidado. Para explicar-se, ele cita o exemplo da violência: “se você mata alguém com violência na comunidade, isso provoca e tem consequências para além do fato, então similarmente se você produz uma ação de afeto e cuidado em um território em que as pessoas estão um pouco anômicas, estão carentes de valores, então também vai provocar um impacto e para mim era similar assim” (FRANCO B.). Esse impacto do cuidado, em outras palavras, é o que Teixeira (2003; 2004) denominou de acolhimento dialogado e rede de produção de afetos.

Por isso que, quando falamos em acolhimento, não estamos falando no que está em uma pessoa, “pessoa boa, pessoa ruim, pessoa carinhosa, a caridade, o bem, o envolvimento se dá, para mim sempre no que acontece entre as pessoas, você é capturado pela acolhida que dá ao outro, o acolhimento não está em você, ele acontece entre você e a outra pessoa” (FRANCO B.). O acolhimento, quando produz uma rede de afetos ou fluxo de afetos, pode desempenhar duas funções: *a de ampliação e facilitação do acesso e a de (re) configuração dos processos de trabalho* (BRASIL, 2011b).

A ampliação e facilitação do acesso das pessoas aos serviços da RAPS é pauta constante de discussão. Os profissionais entendem, de um modo geral, que o acolhimento é um meio para se ampliar e facilitar esse acesso:

Ontem a gente teve uma pauta de acesso e acolhimento, outra vez, já tivemos. Já tivemos e na verdade não consigo deslocar essa temática de toda a discussão que a gente faz. E aí, eu vi o desespero de um colega coordenador de um CAPS AD que dizia assim: ‘me diz qual é o parâmetro de acolhimento? Eu preciso de um documento que me diga isso para eu levar para a equipe’. Tá, e eu fiquei surpresa com o pedido dele, e comecei a entender o sofrimento porque a gente tinha recebido no final de abril queixa de que os nossos CAPS AD não estavam acolhendo portas abertas, e aí, pela área técnica foi emitido um documento com portaria, parágrafo, inciso, que dizia como é que tinha de ser o acolhimento e que era inadmissível os nossos CAPS AD, diante das diretrizes e especificidades, não acolher portas abertas os usuários. [...] Então ele, coordenador, a partir do dia 1º de maio se depara, esse documento sai 29 de abril para todos, com algo que ele gaguejou mas conseguiu assumir que sim que a equipe tinha critérios, dias e horários de acolhimento para a população, que ele não tinha concordância e que ele estava tentando e que o documento tinha sido importante para demarcar que era porta aberta e que ele estava tentando fazer essa discussão, porque haviam vários posicionamentos diferentes em relação a este acolhimento. [...] E o grupo [referindo-se ao Fórum AD] foi muito delicado, não foi impositivo e não foi acusatório, fez perguntas e nas perguntas ‘mas como vocês fazem isso? Mas como fazem aquilo?’, e começou a aparecer uma série de problemas, uma série de restrições neste acolhimento. [...] Aquele usuário que chega e que todo o usuário que chega ao serviço precisa saber que tem para onde voltar, ele pode sair de lá, ele pode passar muito tempo sem retornar, ele pode voltar a fazer uso abusivo e passar por todos os pontos de atenção, mas ele precisa saber que ele tem um lugar pra onde voltar, caso ele queira receber algum cuidado em saúde num espaço aberto, num espaço de reabilitação. (NINA S.).

Ou seja, “não tem outro parâmetro é 100%, todo mundo que botar o pé no serviço tem que ser atendido” (NINA S.). CAPS e demais serviços devem ser “portas abertas”, sem entraves que impeçam o início do tratamento. Mas antes de ser “porta aberta”, Nina S. destaca outro problema: e quem não chega no CAPS? E quem fica no trânsito entre um lugar e outro? Como estamos pensando o acolhimento, o acesso dessas pessoas que, por quaisquer motivos que forem, saem da internação ou da emergência e não chegam aos demais serviços da RAPS? Onde estamos perdendo essas pessoas? O que estamos deixando de oferecer? Muitos dos sujeitos

“perdidos” no meio do caminho, ou nos entremeios da rede, são encontrados pelo Consultório na Rua, como veremos no capítulo cinco.

Essa necessidade de ser “porta aberta”, imposta por uma diretriz política, não chega às equipes sem tensões, como podemos perceber no relato de uma profissional:

eu vejo o quanto isso causa resistência porque onde eu tava na atenção básica eu chegava a escutar da equipe ‘tu tá trazendo povo pra dentro do posto, o que é isso?’. E eu digo que o posto é pra isso, quem tem que estar aqui é o povo gente? Então, claro que às vezes também é maçante porque no CAPS a quantidade de acolhimento é menor, mas na atenção básica o que mais eu me lembro é que todos os dias a fila dobrava a esquina e eram 50 acolhimentos por manhã, mas ao mesmo tempo eu pensava que bom, porque aí tu te coloca na posição de usuário e que ruim que é, eu já fui a posto de saúde as quatro da manhã, ficar numa fila, tomar chuva. Tenho plano de saúde hoje porque tenho, enfim tenho emprego hoje em dia, mas eu já fui antigamente uma usuária do posto e eu achava horrível aquilo. Então eu acho que a gente também tem de se colocar no lugar do outro é pra ver isso, que todos nós somos usuários de um sistema que muitas vezes ele falha e que bom que a gente pode fazer com que isso seja diferente para os outros. (GRUPO DE DISCUSSÃO FÓRUM AD).

A questão do acesso, portanto, está intrinsecamente ligada ao acolhimento. Schmidt e Figueiredo (2009) analisam três eixos que são considerados fundamentais para a avaliação da assistência e para a qualificação permanente do cotidiano dos serviços – acesso, acolhimento e acompanhamento. O acesso ou acessibilidade diz respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, a equidade e integralidade da atenção à saúde. Tais princípios buscam garantir o acesso universal da população aos serviços que garantam sua saúde e bem-estar. Um dos aspectos fundamentais do acesso ao serviço é a oferta deste em relação à capacidade de responder às demandas do usuário. Ou seja, o acesso é mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, ou ainda, do que o *menu* ou cardápio de atividades de um determinado serviço. O acesso refere-se “às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários” (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 131).

O terceiro eixo apresentado pelas autoras é do acompanhamento. Este pode ser considerado um analisador da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. Para que os objetivos dos serviços da RAPS sejam possíveis, os serviços precisam garantir a continuidade do cuidado. Aqui, coloca-se como pano de fundo, a questão de “como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, através de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, e como se efetiva algum vínculo entre a clientela e a equipe” (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 132). Essa questão do acompanhamento, continuidade ou ainda permanência é levantada em uma das entrevistas realizadas e foi ponto de discussão em vários dos Fóruns AD:

a gente vive um cenário complexo em que o acolhimento é restritivo, ele tem assim, tanto que a gente vê assim, chega para nós já quando, na saúde, já tem algum problema mesmo, um uso problemático, já tem agravantes, porque daí tu vai para a internação, vai pro CAPS, o CAPS a gente não consegue... Até falei com a L. [outra profissional da área técnica] de fazer um estudo, de pegar um CAPS e fazer um piloto assim de avaliar a permanência do usuário no CAPS. Porque eu tenho essa dúvida, eu não sei se os usuários permanecem. Eu sei quantos ingressaram no período x, mas eu não sei quantos permaneceram no tratamento. E aí, assim, sempre com uma lógica muito de perfil, eu ofereço esse pacote de serviços, e se tu não se adequa, bom, mas eu tô te oferecendo e tu é quem tem que se adequar. Isso pra mim é horrível, eu acho que é péssimo isso. (NISE S.).

No campo das drogas, a continuidade do cuidado visa a construção de um plano de longa duração, no qual tratamentos de maior intensidade são seguidos de tratamentos de menor intensidade. Essa continuidade está condicionada à existência de uma rede integral e com garantia de acesso aos serviços. Por um lado, a integralidade enquanto um amplo conceito que engloba práticas dos profissionais, organização dos serviços e respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2007); por outro, a continuidade do cuidado como um conceito mais específico, refletindo os planos de tratamento do usuário, bem como de sua trajetória de cuidados (MOTA et al., 2015). Ainda, conforme a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a continuidade do cuidado nada mais é do que uma consequência da garantia do acesso, do estabelecimento de vínculos e da construção da corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços (BRASIL, 2003). Portanto, o acesso, cuidado continuado e o acolhimento estão intrinsecamente relacionados,

Pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. Em outras palavras acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. [...]. Do acolhimento ao acompanhamento se põe em marcha de fato a tomada de responsabilidade do serviço, que se realiza a cada vez por cada profissional num trabalho partilhado. O acolhimento se desdobra no encaminhamento ou na inclusão do paciente no serviço, e a tomada de responsabilidade é decisiva para o seguimento (*follow up* do encaminhamento) ou o acompanhamento (continuidade do cuidado). (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 136-137).

O Fórum AD, nesse sentido, é entendido pela equipe da área técnica como um espaço de discussão constituído com os serviços da rede de atenção psicossocial, sendo tomado como um espaço potente de debates, pactuações e deliberações sobre os encaminhamentos e continuidade do cuidado dos usuários. É possível perceber, de fato, a implicação dos profissionais que se fazem presentes nesse espaço. O início desse espaço foi marcado por uma série de conflitos entre os serviços – “eu não gosto dos serviços, eu não gosto nem de comunidade terapêutica, eu não gosto de CAPS, eu não gosto de redução de danos, eu não gosto

disto e nem daquilo e a gente não conseguindo fazer uma discussão da política ou da assistência aos usuários” (NINA S.). Aos poucos, “no olho no olho”, os serviços passam a se conhecer, a se reconhecer enquanto pontos de atenção de uma mesma rede. Mais do que isso, os profissionais começaram a compreender de que lugar o outro está falando.

Como apresentei no início desta escrita, cada ponto de vista é a vista de um ponto. Compreender esse lugar através do qual o outro fala foi uma das coisas que mais inspiraram a construção dessa pesquisa. E isso pude perceber nos encontros do Fórum AD. Mas não é algo dado. Esse reconhecimento do lugar do outro é um processo sempre em construção e repleto de tensões. Um espaço com potencial de ampliação: “então hoje ele é um espaço potente porque ele reúne, bom, ontem foi o fórum de AD e assim queremos a FASC, queremos o consultório na rua, queremos outros entes aqui, discutindo junto com a gente” (NINA S.). O Fórum AD, portanto, é um lugar em que se pode ter uma noção da complexidade da rede de Porto Alegre: “é um espaço que reúne desde as unidades mais básicas, as de menor complexidade até as de internações, as de emergências, as comunidades terapêuticas que não temem mais participar destes espaços e que se qualificaram neste processo” (NINA S.).

Embora esse espaço seja considerado dessa maneira, entende-se que ainda é um pequeno passo em direção à conquista de uma RAPS que consiga efetivar práticas de acolhimento. A questão da intersetorialidade é problematizada nos grupos e nas entrevistas:

E uma outra estratégia que eu também acho que precisa avançar é na intersetorialidade. Porque aquele sujeito que está ali comigo é o mesmo que vai lá na assistência social para pedir vale transporte para se deslocar, é o mesmo que está no EJA à noite, é o mesmo que está procurando emprego, que está com dificuldade de ficar morando lá porque não consegue mais ficar pagando aluguel, enfim tudo isso tem que estar articulado em alguma medida, enquanto a gente não avançar nisso, não tiver uma visão integral do sujeito, a saúde não vai dar conta sozinha, nem a educação, acho que tem que unir e tem que haver a prevenção. A prevenção no sentido de mostrar possibilidades assim, não de prescrever, olha esse é o caminho certo, esse é o caminho errado, isso é bom, isso é ruim. De esclarecer mesmo, de mostrar o que é possível destes caminhos todos que a gente tem por aí. (NISE S.).

Seguindo esse argumento, é impossível efetivar práticas de acolhimento no isolamento de cada serviço. Estamos falando aqui de um acolhimento em rede, através da rede e com a rede. Nesse debate precisamos aprofundar um pouco o entendimento que temos sobre a RAPS. A Portaria GM/MS 3088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 1º estabelece que cabe à RAPS a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde

para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Dentre as diretrizes do funcionamento da RAPS (BRASIL, 2011a), conforme o artigo 2º, destacamos os seguintes: respeito aos *direitos humanos*, garantindo a *autonomia* e a *liberdade* das pessoas; combate a *estigmas e preconceitos*; garantia do *acesso* e da *qualidade* dos serviços, ofertando *cuidado integral* e *assistência multiprofissional*, sob a lógica interdisciplinar; diversificação das *estratégias de cuidado*; desenvolvimento de atividades no *território*, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da *cidadania*; desenvolvimento de estratégias de *Redução de Danos*; promoção de estratégias de *educação permanente*; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do *projeto terapêutico singular* [grifos nossos]. As expressões destacadas nos ajudam a compreender a contradição da proposta desta rede com aquela que pretende colocar a internação como foco do tratamento.

Com base nas diretrizes apontadas acima, a RAPS tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do *acolhimento*, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a) [grifo nosso]. Vemos que no último objetivo o acolhimento é concebido como uma maneira de qualificar o cuidado, um cuidado praticado nos pontos de atenção das redes de saúde nos territórios onde a vida acontece, em consonância com a perspectiva da Redução de Danos.

O último aspecto que queremos destacar da Portaria 3088/2011 refere-se aos componentes que constituem a RAPS, descritos do artigo 5º (BRASIL, 2011a):

- I. atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência.
- II. atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

- III. atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
- IV. atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- V. atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- VI. estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos.
- VII. reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais)²⁹.

Através da explicitação das diretrizes, objetivos e pontos de atenção da RAPS, percebe-se que essa proposição alinha-se à Lei 10.216, atualizando a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental, embora esta ampliação esteja basicamente relacionada à temática álcool e drogas. Um estudo realizado por Clemente, Lavrador e Romanholi (2013) evidencia os desafios encontrados na implantação e ampliação da rede de atenção psicossocial. Os autores problematizam a experiência da expansão da rede aos usuários de drogas na cidade de Vitória/ES.

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória aprovou desde 2010, através de chamadas de financiamento pelo Ministério da Saúde³⁰, projetos como Consultório Móvel de Rua, Escolas

²⁹ Como estratégia complementar de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, foi criada a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Através dessa lei foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Esse auxílio é uma estratégia integrante do Programa de Volta pra Casa.

³⁰ O Governo Federal lançou em 2009 o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009; e, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Através do PEAD e do PIEC, o Ministério da Saúde passou a financiar Projetos de Consultório na Rua, Casas de Acolhimento Transitório, Escolas de Redutores de Danos, além da instalação de novos CAPS AD. O ponto polêmico é que esses programas criados pelo Governo Federal também passaram a financiar leitos em Comunidades Terapêuticas, contradizendo os movimentos sociais e a história da luta antimanicomial no Brasil (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

de Redução de Danos, Casas de Acolhimento Transitório e contratação de leitos em comunidades terapêuticas. Os autores ponderam que:

Apesar dos projetos ainda guardarem o ideário da reforma psiquiátrica e posicionarem o CAPS AD, a partir do paradigma da Redução de Danos, como o ordenador desse cuidado, o tratamento desse usuário na rede ainda é frágil e tem apresentado novos desafios para a Política de Saúde Mental (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013, p. 89).

Destacamos aqui dois desafios apresentados nesse estudo. O primeiro é que os fluxos de atenção à urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, retaguarda em prontos-socorros e leitos em hospitais gerais) são os grandes nós para efetivação da reforma psiquiátrica. A lógica do encaminhamento, em detrimento das “práticas de acolhimento”, coloca em xeque a proposta de atenção integral que deve ser oferecida e facilitada com os CAPS III.

O segundo desafio refere-se ao que já tratamos um pouco na introdução desta tese: as mudanças nesse cenário (mudanças epidemiológicas, políticas, na rede, etc.) resultam em um confronto em torno de interesses maiores (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013). Ou seja, vivemos uma disputa de modelos de atenção em saúde mental no país, na qual os “fracassos” da rede de atenção psicossocial na atenção à crise, por exemplo, são tomados como justificativas para o retorno a um modelo hospitalocêntrico, como se a rede de urgência e emergência não fosse também um componente (fundamental) na RAPS. Os autores avaliam, então, que a rede, em sua nova configuração, agora com CAPS AD III, Consultório na Rua e Casas de Acolhimento Transitório,

pode proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação dos sujeitos pelas ruas, sua história e sua forma de construir sua vida e de habitar a cidade, sem levar a uma formatação ou territorialização padrão destes sujeitos. Porém, esta mesma rede, também pode vir a ser uma rede de captação de sujeitos voltada para a formatação de sua subjetividade em modelos padrão, serializados e despotencializados, assujeitados à sua suposta condição de zumbis a serem recuperados. (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013, p. 95).

Mas quando falamos em Rede de Atenção Psicossocial, como entendemos a noção de rede? A noção de rede nos é muito cara, e tem sido alvo de debates e disputas conceituais. Iniciamos este debate destacando que, para que a RAPS funcione efetivamente, não basta que o governo ou os gestores disponibilizem recursos para a construção da “malha assistencial”, os pontos da rede, pois “a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando” (BRASIL, 2009, p.13).

Na cartilha denominada “Redes de Produção de Saúde” (BRASIL, 2009), produzida pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS (PNH), a rede de saúde é pensada como uma estratégia para qualificar a gestão e a atenção do SUS. Nesse sentido, organizar as políticas públicas em rede é necessário, mas não suficiente, para produzir saúde, e depende da organização do sistema de saúde e da integração das ações intersetoriais em um determinado território. Portanto, a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, pois exige a implementação de tecnologias para qualificar os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, entretanto “é preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção” (BRASIL, 2009, p. 8).

Sem a pretensão de esgotar a discussão sobre a noção de rede, vamos, a partir da análise empreendida por Righi (2010), seguir a indicação de dois importantes autores nesse debate: Manuel Castells (2000) e Milton Santos (1996; 1997). Um conceito bastante difundido e fundamental sobre rede é apresentado por Castells (2000, p. 498), que define a rede como “um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos”. Milton Santos (1996), ampliando esse conceito, desconfia da possibilidade de reduzir tudo a produção de redes, referindo-se a uma certa contradição entre o espaço vivido (território) e a produção de redes. Segundo o autor, “além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns” (SANTOS, 1996, p. 17).

A valorização do espaço vivido, proposto por Santos (1996; 1997), nos impede de pensar a rede de saúde como um conjunto de equipamentos projetados sobre um território, correndo o risco de escondê-lo. Como bem adverte Righi (2010, p. 64), “pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos”. Por isso que a integração dos serviços é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde, trata-se da malha assistencial, ou, nas palavras de Milton Santos (1997), do entorno funcional. Mas tão importante quanto o entorno funcional é o entorno territorial (SANTOS, 1997), pois o território não é apenas espaço de demanda da rede assistencial, “o território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido” (RIGHI, 2010, p. 65).

Geralmente quando pensamos em redes de saúde, pensamos em redes homogêneas, cujos nós (pontos de atenção) são iguais, conectados a distâncias iguais e com fluxos de igual intensidade. Mas a partir das considerações de Castells (2000), Santos (1996; 1997) e Righi (2010), pensamos a rede como algo heterogêneo, desenvolvida sem a pretensão de que os nós e as distâncias sejam iguais e os fluxos com as mesmas intensidades. O trabalho na produção de redes nunca está pronto, acabado, pois nossas intervenções alteram a rede, criam e organizam os fluxos. Transformar um dos nós da rede significa modificar os outros nós também. Há conexões a produzir, há nós a reforçar. Nessa maneira de conceituar a rede, a provisoriedade, o inacabamento e a indefinição são elementos essenciais para a produção das redes de saúde (RIGHI, 2010).

Uma das consequências dessa definição é a superação das expressões “alta e média complexidade”, pois como não há hierarquia de importância entre os elementos que compõem a rede, a complexidade não tem endereço fixo. O desafio do trabalho em rede, então, deixa de ser apenas a ampliação da malha assistencial, mas a criação de arranjos e dispositivos que provoquem contatos e acordos entre os diferentes, afirmando identidades e produzindo o comum. Ou seja, o desafio é o de possibilitar e construir os “melhores encontros” – o encontro de diferentes que produz o comum, mantendo a singularidade de cada encontro e de cada sujeito (RIGHI, 2010). Por isso, Righi (2010) enfatiza a importância de questionar

se nossas **redes**, em seu *trabalho afetivo*, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da “multidão”, isto é, a própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso, porque, mais do que nunca, o que está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político, como desafios maiores para nossa humanização (RIGHI, 2010, p. 70-71).

Essa noção de rede, portanto, mostra-se diretamente vinculada à noção de acolhimento, pois nos remete aos encontros, à rede viva composta por profissionais e sujeitos que se encontram cotidianamente. Embora tenhamos uma rede com diversos dispositivos de atenção, a internação ainda é vista por muitos como a única solução. E, embora saibamos que rede é muito mais do que serviços distribuídos num determinado território, existem ainda regiões de Porto Alegre que carecem de CAPS AD, Unidades de Acolhimento, dentre outros dispositivos. Faz-se necessário ainda ampliar a rede, como demonstrado por Nise S., que se refere ao trabalho junto ao Programa “Crack é possível vencer”:

a gente começou a discutir é o CAPS-ADJ que seria para juventude sim, mas com uma outra proposta, e que a gente trouxe como uma ideia para poder, dentro do âmbito da saúde, já do tratamento, porque ai tem outras coisas que a gente discutiu também, como, por exemplo, tem a questão do pessoal da DST ali que trabalha a galera curtidão, são ações de prevenção que teria que investir muito mais, o pessoal da guarda municipal faz um trabalho junto às escolas, algumas ações articuladas e que agora a gente vai propor porque agora vai ter, porque assim ó, no Comitê do Crack o que a gente definiu que para além do crack a gente tem que ter uma política de álcool e drogas para essa idade, então não é só o crack. (NISE S.).

A ideia do CAPS AD exclusivo para jovens vem da constatação da área técnica de que os nossos CAPS não têm conseguido trabalhar efetivamente com jovens usuários de crack, embora se afirme que não se trata apenas de crack. O “buraco” da rede está, principalmente, nessa faixa etária, já que temos uma escassez de outras políticas. Esse jovem não acessa a educação, cultura, trabalho, moradia... a saúde sozinha não consegue acolher esse jovem. Essa ideia de ampliação é uma das propostas apresentadas no Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o Plano “Crack é possível vencer” (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, 2014), vinculado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2011c).

O Programa “Crack é possível vencer” foi lançado pelo Governo Federal em 2011 e, em articulação com os estados, municípios e sociedade civil, buscou aumentar a oferta de tratamento de saúde a usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas. Com esses três objetivos gerais, o programa foi estruturado em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade. O primeiro eixo previa a estruturação e qualificação da rede de cuidados para auxiliar usuários de drogas e seus familiares no tratamento à saúde, bem como a sua reinserção social. Dentre os dispositivos previstos nessa estruturação, ampliação e/ou qualificação, destacam-se: enfermarias especializadas em hospitais gerais do SUS; equipes de consultórios na rua; os CAPS AD na modalidade III, funcionando 24 horas por dia; unidades de acolhimento e apoio às comunidades terapêuticas³¹.

No eixo da prevenção estavam previstas ações de comunicação com a população em geral para prevenir o uso de crack e outras drogas nas escolas e comunidades. Como atividades estavam previstos os Programas de Prevenção na Escola e na Comunidade, comunicação e

³¹ Conforme o balanço do programa, até julho de 2013, 118 municípios aderiram ao programa. Até essa mesma data, foram estruturados e/ou qualificados: 129 Consultórios na Rua; 34 Unidades de Acolhimento Adulto; 26 Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil; 800 leitos em enfermarias especializadas; 59 CAPS AD 24 horas; 7.541 vagas em Comunidades Terapêuticas; 1.431 serviços de abordagem social na rua. Como serviços e equipamentos complementares, destacam-se: 219 Centros Pop; 2.374 Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); 1.035 CAPS I; 475 CAPS II; 82 CAPS III; 196 CAPSi; 308 CAPS AD. Esse balanço quantitativo pode ser acessado no site. (BRASIL, 2013b).

campanhas publicitárias e a criação e consolidação dos Centros Regionais de Referência (CRR)³². Por fim, o eixo da autoridade tinha como objetivo integrar as ações da Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais, articulando um policiamento ostensivo de proximidade nos pontos de uso de drogas das cidades, conhecidos como “cracolândias”, buscando, inclusive, revitalizar esses espaços³³.

O município de Porto Alegre aderiu ao Programa em abril de 2012. A partir da adesão, foram pactuadas ações de ampliação e qualificação da rede de serviços para álcool e outras drogas, priorizando regiões da cidade nas quais havia a inexistência desses serviços ou necessidade de qualificação. Além da área da Saúde, a Assistência Social e a Segurança também pactuaram ações junto ao Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, SENAD e Casa Civil (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, 2014). As ações pactuadas entre a saúde, assistência social e segurança tinham como foco os territórios da Restinga, Santa Teresa, Rubem Berta, Lomba do Pinheiro e a região Centro, conhecida por ter uma grande concentração de pessoas em situação de rua. Como principais resultados, o documento esclarece:

Após o início do plano crack em Porto Alegre tivemos a implantação do CAPS AD III PLP (funcionamento 24 horas); a qualificação do CAPS AD II IAPI para o CAPS AD III; a qualificação do ESF sem Domicílio para Consultório na Rua Centro Tipo III; a implantação da segunda equipe de Consultório na Rua no Centro; a abertura de 20 leitos masculinos adultos no Hospital Álvaro Alvim; a abertura de 09 leitos para adolescentes masculinos no Hospital Porto Alegre; ações de capacitação aos servidores da rede para atenção em saúde aos usuários de drogas, totalizando 83 profissionais; educação permanente em saúde para a rede de Porto Alegre; ações de matriciamento; ampliação do número de vagas em Comunidade Terapêutica de 40 para 72 vagas. (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, 2014, p. 17).

Apesar de todas essas ações, contudo, muitas das ações previstas inicialmente tiveram que ser repactuadas, como, por exemplo: a criação do CAPS AD III Centro; o CAPS AD III Centro Infanto-Juvenil; a consolidação da 2ª equipe do Consultório na Rua Centro Tipo III; Consultório na Rua Restinga; Unidade de Acolhimento Adulto no Centro; dentre outras. Para o não cumprimento dessas ações pactuadas, algumas justificativas foram apresentadas: 1) a Secretaria Municipal de Saúde é uma secretaria executiva, portanto, não tem o poder de deliberar sobre outras secretarias, tampouco cobrar as ações pactuadas entre as mesmas. Sugeriu-se, então, que o ponto focal do programa fosse transferido para a Secretaria de Direitos Humanos e o monitoramento das ações deverá ser realizado pela Secretaria Municipal de

³² Conforme o balanço, foram criados e/ou consolidados, até julho de 2013, 47 Centros Regionais de Referência e 434 mil pessoas, profissionais da saúde e sociedade civil, participaram das capacitações. (BRASIL, 2013b).

³³ Mais uma vez, conforme o balanço, foram criadas 123 bases móveis de policiamento, 7.731 policiais foram capacitados e foram registradas 218 operações especiais de combate ao tráfico pela Polícia Federal, até julho de 2013. (BRASIL, 2013b).

Planejamento Estratégico e Orçamento; 2) houve pouca ou nenhuma adesão por parte das secretarias, com exceção da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), Segurança e Educação, que sempre estiveram articuladas para a execução das propostas; 3) como decorrência da segunda, pontuou-se que a intersectorialidade precisa ser amplamente desenvolvida e consolidada, para que se consiga superar os desafios e de fato trabalhar para a reinserção social dos usuários de drogas (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, 2014).

Em relação a essas dificuldades enfrentadas na execução do Programa “Crack é possível vencer”, Nise S. faz um balanço das ações e reflete também sobre os avanços dos debates aqui no município:

Pois é, a tentativa porque quando a gente começa a discutir isso, assim muito mais nós em saúde e junto com a assistência que fazem parte desde o início deste comitê e a educação, essas três secretarias, quando a gente começa a problematizar isso justamente nesse raciocínio assim, para além do crack, para além do plano e para além de toda esta pressão do Governo Federal, a gente teria que pensar a cidade como um todo e aí a gente começa a agregar uns atores assim. A secretaria de trabalho, a da juventude muito timidamente, depois começa a vir a guarda municipal...Então, assim, acho que a tentativa, ah a gente conseguiu levar o plano para os direitos humanos, que é uma secretaria que estava fora, então a gente conseguiu que a coordenação ficasse na secretaria e que a secretaria de planejamento fizesse o monitoramento dessas ações e de todos esses encaminhamentos e fazer também esse alinhamento entre as secretarias. Então eu acho que, nesse sentido, a gente avançou. Avançou porque no momento que as pessoas se dão conta que aquele usuário que está chegando no CAPS não é usuário de crack e que está previsto lá no plano crack que tem alguma coisa aí que a gente tem que pensar melhor. E aí a gente tem que pensar melhor e dizer o plano de atenção integral aos usuários de drogas nesta cidade. Então a gente colocou isso e oficializou isso, a gente escreveu isso, porque daí fica para além do crack.... (NISE S.)

Mais uma vez voltamos à ideia de que o cuidado se dá quando encontramos o sujeito, além da droga ou de qualquer patologia que ele possa ter. Podemos então afirmar, que a equipe da área técnica tem atuado de forma a combater, a enfrentar o que tenho chamado de “encolhimento” – quando reduzimos o fenômeno ao químico, encolhemos o sujeito, ele é um dependente químico. Isso não significa negar a doença ou o sofrimento. Significa olhar para esse sujeito que, apesar de sua dependência em relação às drogas, tem uma história singular, uma trajetória, tem seus gostos, suas preferências. Esse “olhar além”, que tanto insistem Franco B., Nina S. e Nise S., é uma tentativa de ir contra esse encolhimento, buscando instaurar fluxos de afetos que aumentem a potência de agir dos profissionais e usuários da RAPS.

Para finalizar esse capítulo, quero compartilhar algumas reflexões sobre o lugar da área técnica na RAPS. Um lugar ocupado *entre* o grupo de profissionais e aqueles que ocupam os altos cargos da gestão municipal. Um lugar, como pude observar, de mediação. Será que o lugar da área técnica é também um espaço de construção de uma *gestão do acolhimento*? Conforme Franco B., esse lugar da área técnica é

sempre e essencialmente um lugar de mediação. Tem-se que ter apuro, rigor, leitura e aprofundamento teórico suficiente para entender o que fundamenta a normatização de uma política, por exemplo. Portaria, legislação, o que é a reforma, a Reforma Psiquiátrica, qual o sentido e o significado histórico dela e você está o tempo todo fazendo isso e tá tentando traduzir o texto que ainda não chegou na tua língua para poder dialogar com a ponta, com quem tá praticando a reforma, lá com o usuário, onde o fato está acontecendo. (FRANCO B.).

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em 2011, realizou diversas modificações setoriais, tendo como objetivos a reorganização e qualificação dos seus serviços, bem como o repensar sua estruturação de base, visando um melhor planejamento, execução e monitoramento das ações. A partir dessa reorganização, as políticas de saúde da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) foram inseridas junto à coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS), sendo denominadas de Áreas Técnicas de Atenção à Saúde. Nesse processo foi criada a Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES) – onde se encontra a Área Técnica de Saúde Mental (FREITAS; SOUZA, 2013).

A CGAPSES recebe essa denominação para reafirmar a visibilidade, a autonomia e a responsabilidade dos seus serviços, que devem estar articulados, promovendo atenção à saúde de forma integral e resolutiva. Essa configuração teria como finalidade a potencialização do princípio da APS de ser o organizador dos cuidados na rede, desde o seu planejamento até a sua execução, dando destaque, inclusive, à corresponsabilidade dos demais serviços especializados e substitutivos na tessitura dessa rede. Dessa forma, por meio da CGAPSES, as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde

Atuam individualmente, por atenção específica, no planejamento e monitoramento das metas contidas no Plano Municipal de Saúde e, conseqüentemente, nas ações propostas pela Programação Anual de Saúde. Por outro lado, as Áreas Técnicas devem articular-se entre si, respeitando e garantindo a transversalidade nos ciclos de vida e na constituição das Linhas de Cuidado, promovendo a integralidade na atenção à saúde. Perfazem também a articulação direta com a atenção de urgência/emergência e atenção hospitalar, auxiliando tecnicamente e facilitando a organização do sistema. As Áreas Técnicas planejam, monitoram e acompanham a execução das ações da Programação Anual de Saúde, realizando relatórios trimestrais que convergem para construção do Relatório de Gestão. (FREITAS; SOUZA, 2013, p. 55).

Planejar, gerir e avaliar as práticas exige contínua consideração dos processos, tendo em vista as especificidades dos territórios e as concepções de saúde que sustentam as práticas dos profissionais. A complexidade dos processos de gestão no campo da saúde, assumida nesse lugar da área técnica de saúde mental, envolve um processo ininterrupto de avaliação e planejamento, buscando o favorecimento da formulação de estratégias em contexto que contemplem a desfragmentação das práticas, a definição de fluxos e a educação permanente.

Nesse sentido, a gestão requer outras práticas que não somente as de caráter normativo (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013). A área técnica, através dos Fóruns AD e Fóruns da RAPS, busca consolidar práticas mais dialógicas, efetivando relações mais democráticas e participativas:

Aí a gente ganha uma força na medida em que a gente faz uma formação em serviço, por que o fórum acaba sendo isso também, e que este gestor, que é o gerente distrital, que está lá no território, no cotidiano dos serviços e que tem que administrar o RH e que tem que administrar o vazamento, administrar a própria política, ele entende e consegue perceber a pressão e a articulação do serviço, a gente consegue mudar algumas coisas e consegue provocar iniciativas mais inéditas, ainda tímidas, mas consegue. Então foram as saídas que a gente acabou encontrando. Enquanto a gente estava só com o trabalhador, a gente não conseguia, e essa foi uma experiência até um determinado momento, a gerência estava presente, mas ela não tinha uma implicação de decisão, de decidir, de ouvir o trabalhador na sua necessidade, ouvir o posicionamento da área técnica e ter que deliberar junto com aquele grupo. Então eu acho que o fórum da RAPS, sem dúvida, foi o ponto que a gente conseguiu alcançar uma maturidade nesse nosso processo de gestão. (NINA S.).

Conforme Cecílio (2001), nas práticas efetivadas através das políticas públicas podemos vislumbrar três espaços gestores, com diferentes graus de governabilidade: o geral, o particular e o singular. O geral está atrelado à macropolítica desempenhada, principalmente, pelo Ministério da Saúde, através do planejamento e implementação de políticas, portarias, programas. O particular se refere às práticas dos trabalhadores das secretarias estaduais e municipais de saúde. E o singular nos remete aos trabalhadores que estão na ponta, atuando nos serviços de saúde da rede. Por isso não podemos considerar que os sujeitos implicados na gestão são apenas aqueles nomeados formalmente como gestores, mas qualquer cidadão implicado com o SUS, especialmente os trabalhadores (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013).

Os espaços gestores têm como principal função visibilizar as necessidades de saúde de populações específicas. De um lado, nos espaços geral e particular, é possível identificar indicadores epidemiológicos, necessidades e tensionamentos políticos. De outro, no espaço singular, é que se constroem as possibilidades efetivas da integralidade, da equidade e da universalidade. Na construção desse espaço singular é que os trabalhadores do SUS identificam as necessidades singulares dos sujeitos, que devem ser incluídas nas políticas de saúde (CECÍLIO, 2001). Dessa forma, os espaços criados pela área técnica de saúde mental, como o Fórum AD e o Fórum da RAPS, são fundamentais nessa construção, pois estes profissionais acabam fazendo um trabalho de mediação entre a micro e a macropolítica de saúde mental.

Nesta tentativa de consolidar um cuidado em rede nas dimensões micro e macropolítica, esses fóruns constituem-se em espaços potentes para religar os saberes dessas três dimensões –

o geral, o particular e o singular. Esse trabalho, contudo, é percebido muitas vezes como algo desgastante, um desafio:

Essa mediação sim que a gente faz, ela em algum momento nos coloca em situações muito difíceis e situações que se eu não estivesse e que eu já disse brincando e entristecida também, eu já tive vontade de rasgar o diploma, e rasgar o título do mestrado, enfim, porque eu fiz algo que eu não gostaria de ter feito. Eu dei um encaminhamento, uma solução para uma situação que nos desafiava e que não é a que eu gostaria como profissional que consegue fazer uma leitura das políticas. Então eu acho que ele é um espaço muito denso, muito difícil e que a gente fica se perguntando e que essa pergunta é recorrente dentro do nosso grupo de trabalho, até quando? Sabe, até quando a gente vai permanecer neste lugar e o quanto a gente pode tensionar e o quanto a gente tem de força para tensionar o gestor, o quanto a gente tem de força articular o trabalhador, em diferentes instâncias de coordenação ou de decisão, para provocar mudanças. (NINA S.)

Um dos grandes desafios da área técnica é a coexistência de diferentes modelos de atenção aos usuários de drogas – o paradigma da abstinência e a perspectiva da Redução de Danos, representados, respectivamente, pelas Comunidades Terapêuticas e pelas Equipes de Consultório na Rua³⁴, por exemplo – que implica esforços na desconstrução de ideias ou representações que associam o usuário de drogas à noção de perigo/periculosidade. Esses tensionamentos entre diferentes perspectivas de atenção e entre os diversos espaços (geral, particular e singular) ao mesmo tempo em que são considerados obstáculos, também podem ser vistos como possibilidade de uma gestão baseada em alianças e consensos mínimos, que busquem a afirmação da vida e da autonomia dos usuários. Por isso, “as estratégias de efetivação do cuidado em saúde mental são objeto de permanente construção pelo diálogo, pela pactuação e corresponsabilidade entre todos os envolvidos nesse processo” (LEITE; SCARPARO; OLIVEIRA, 2013, p.132).

Todo esse processo é também marcado por tensões entre os profissionais da área técnica e aqueles que oficialmente ocupam os cargos de gestão em saúde:

A gente nunca sabia o que estava acontecendo e tampouco com quem dialogar na secretaria. Hoje isso já melhorou bastante, a gente já tem assim uma noção das hierarquias, desse organograma desse espaço, e a gente começa a tentar recuperar um pouco o que era a política e que ficou como plano parado lá em 2008. A gente não atualiza o plano, a gente recontrata com o conselho municipal, mas não atualiza o plano municipal de saúde mental desde 2008. [...] A gente vai conseguindo e vai lá e fala com a, com um conselho, quando tu ou o gestor vêm pra cima de nós e começa a entender o que é a rede de atenção psicossocial e vai para os espaços e fala, não passa mais pra gente como no início acontecia, eu ia para os espaços de centro de governo e o gestor ou não aparecia ou passava a palavra pra mim ou para os meus colegas, porque ele não se sentia habilitado e hoje a gente vai e acompanha e ele sabe falar, entende? Só isso já é um ganho, embora a gente não tenha os resultados ainda que a

³⁴ Esse debate será retomado e aprofundado no capítulo cinco, que tratará das práticas de acolhimento da equipe do Consultório na Rua.

gente gostaria de ter, mas ter um gestor que entenda que a saúde mental tem um lugar e tem um espaço são ganhos que a gente vem constituindo coletivamente, eu não acho que seja um atributo ou um resultado específico da área técnica de saúde mental, mas uma construção que foi coletiva”. (NINA S.)

Essas tensões também são apresentadas nesse interessante relato de outra profissional:

E aí são os embates o tempo todo. Daí bate a comunidade terapêutica na porta da secretaria e diz que ‘a gente quer conveniar com a secretaria da saúde, o vereador tal me mandou aqui para conveniar’ e aí a gente senta e acolhe e diz a gente não precisa do seu serviço porque a gente já tem uma quantidade de vagas conveniadas que é o suficiente para Porto Alegre. Aí vem lá a ligação do gabinete do Vereador fazendo uma pressão no secretário, aí o secretário... O que foi interessante foi que a gente conseguiu construir com o secretário, em alguma medida, não foi plenamente, mas em alguma medida que ele respeitasse as decisões da área técnica. [...]. Que a gente dizia não queremos mais vagas nas comunidades terapêuticas, o que a gente tem é a Marta e Maria, Pacto e ponto e é isso que a gente precisa e não queremos mais. Quando o C. saiu para concorrer a vereador e o M. assumiu, foi na época de eleição, veio muita pressão nesse sentido assim, comunidades terapêuticas oferecendo serviços para conveniar e oferecendo atendimentos compulsórios. Então assim naquela lógica higienista, vamos tirar do campo de visibilidade e limpar esta cidade e aí o M. me chamou e eu disse pra ele assim, não queremos mais nenhuma vaga de comunidade terapêutica e ele me disse ‘me prova tecnicamente porque que tu não quer’ e eu disse não tem problema vou te dizer o porquê. Daí eu sentei e fiz todo um documento com as diretrizes do Ministério da saúde, com a política da redução de danos, falando da ineficiência do tratamento, do número de desistências que é infinitamente alto assim e que pouquíssimas pessoas terminam o tratamento, porque a lógica não é uma lógica que atenda todas as pessoas. Enfim, mostrei para ele é isso e é isso e a partir de agora eu vou defender junto contigo e com o C. que também foi na mesma questão e que às vezes a gente tinha discussões comigo terríveis assim, mas se eu explicasse ele entendia e comprava a ideia e defendia. Então nesse sentido eu acho que a gente teve um ganho assim em ter uma construção. (NISE S.)

Temos, então, no território de Porto Alegre, disputas políticas, tensionamentos que, muitas vezes, comprometem ou ao menos dificultam o diálogo nas relações de poder. Merhy (1999) nos ajuda a pensar em possibilidades de enfrentamento dessas tensões políticas e dos processos de trabalho que demarcam esse campo. Segundo o autor, é fundamental reconhecer que “a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos em cena” (MERHY, 1999, p. 313) e, portanto, não contempla práticas definidas *a priori*, com receitas prontas, como é o caso da urgência do aumento de leitos em comunidades terapêuticas.

Além da gestão política, a gestão da clínica e dos processos de trabalho aposta no protagonismo dos sujeitos em sua capacidade de divergir e de encontrar pontos em comum em prol de uma política construída coletivamente. No campo da saúde mental, “a gestão é acrescida desse aspecto de produção de identidade/sentido e zona comum, entre trabalhadores, gestores e usuários” (LEITE; SCARPARO; OLIVEIRA, 2013, p. 137). Criação de zonas comuns, zonas de acolhimento entre usuários, profissionais e gestores, tal como ocorre na proposta de

acolhimento dialogado (TEIXEIRA, 2003; 2004). Vemos produzir-se, então, uma proposta de gestão do acolhimento.

Nessa perspectiva, a gestão trabalha no plano comum de produção, cujo pressuposto fundamental é que as práticas de saúde são fabricadas, as práticas de produção de saberes e de si, produção de subjetividade e os exercícios de poder estão intimamente imbricados. A gestão, nesse sentido, é um conector, é um elemento-passagem ou um elemento que possibilita a passagem entre fluxos de trabalho e saberes, fluxos de subjetivação e construção de sujeitos, fluxos de relações de poder, fluxos de afetos. Dessa forma, tomar a gestão do acolhimento como elemento-passagem, “implica interrogar *como* os processos de gestão têm regulado a vida nos processos de trabalho e nos encontros de produção de saúde” (NEVES; HECKERT, 2010, p. 160).

No caderno SUS de A a Z, podemos conceber a gestão como

o conjunto de práticas para a condução do processo em instituições, torna-se qualificada quando permite e promove a socialização das informações e a participação do conjunto dos dirigentes, gerentes e trabalhadores nos processos decisórios e executivos. O trabalho em equipe, próprio das sociedades democráticas, deve se caracterizar pelo compartilhamento de saber e poder, efetivado por meio da realização e disponibilização de análises, avaliações e de decisões conjuntas envolvendo os diferentes atores que participam do processo de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 129-130).

Portanto, com Cecílio (2001), Neves e Heckert (2010), Leite, Scarparo e Oliveira (2013) e Bedin, Scarparo e Martinez (2013), vemos a importância de conceber a gestão do acolhimento como uma incessante articulação entre a micro e a macropolítica³⁵. Trata-se, sobretudo, de uma articulação complexa, “visto que os movimentos micropolíticos recursivamente influenciam e são influenciados pelas ações macropolíticas” e que as ações dos profissionais e das equipes de saúde, ao integrar uma rede de cuidados, “dialogicamente complementam a rede ao mesmo tempo em que a questionam e a modificam constantemente” (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013, p.126). A complexidade dessa articulação entre macro e micropolítica são vividas também como tensões no cotidiano dos profissionais:

³⁵ Conforme Neves e Heckert (2010, p. 157), “no campo da saúde ainda são hegemônicas as análises que separam e/ou opõem macro e micro política, ética e moral, e que privilegiam a macropolítica como determinante no processo de produção das políticas de saúde. tradicionalmente, a macro-política é entendida como campo privilegiado de análise no qual se operam as transformações estruturais de ordem política, econômica e social. Nesta direção, a micro-política é compreendida como campo que diz respeito às questões do cotidiano, ou referidas ao domínio individual/subjetivo e/ou interindividual/intersubjetivo”. Entretanto, os autores ressaltam que “macro e micro-política, molar e molecular, respectivamente, são dois modos de recortar a realidade e, apesar de terem seus modos próprios de funcionamento, não se opõem e não dizem respeito a uma ordem de grandeza, em que macro significaria processos de grande porte e micro de pequeno porte” (NEVES; HECKERT, 2010, p.157-58).

então assim fica muito personalizado porque é a Nise S. que está ali na política e não tem que ser assim, a gente tem trabalhado assim, mas as pessoas ainda insistem e essa coisa projetiva mesmo que é a gestão que tem que ter a resposta. As pessoas não se dão conta de que são gestoras do seu cotidiano de trabalho, são gestoras de seu processo de trabalho, não é a gestão centralizada que tem que dizer os caminhos. Muito pelo contrário, é a partir do que está lá na ponta do dia-a-dia que é isso que a gente tem dito nos fóruns que é um espaço interessante, a partir do que vocês estão nos trazendo do dia a dia é que a gente vai fazer a gestão mais macro, não é do macro para o micro, é o inverso. (NISE S.).

Diante de todos os desafios dessa “gestão do acolhimento”, Nise S. coloca em xeque algo que, nessa trajetória coletiva, mostrou-se muito presente:

eu acho que tá na hora de todo mundo se mobilizar, aliás já está passada a hora e já devia estar acontecendo há muito tempo assim, mas eu acho que tem essa dissociação, essa distância do que o plano crack quer e, na verdade, o que o nosso vice-prefeito quer é uma higienização da cidade. Ele quer limpeza, ele quer que as pessoas saiam da rua, ele quer que todo mundo vá e nós tivemos muita atenção com isso e que as pessoas internem e que as pessoas vão para as comunidades terapêuticas de preferência bem longe para ninguém enxergar. A imprensa bate muito nisso, a imprensa seguidamente está na secretaria querendo falar sobre os usuários de crack, quantos usuários a gente tem em Porto Alegre e onde eles estão se tratando, então eles querem números assim, querem evidências assim, então eu acho que se a gente se manter nessa coesão que a gente está agora, ela é frágil ainda, eu diria que ela é frágil ainda dentro do comitê, mas a gente tem conseguido problematizar algumas coisas bem interessantes assim e com aqueles atores sociais e institucionais que não estavam nem um pouquinho envolvidos. (Nise S.).

Essa mobilização e busca incessante pelo envolvimento dos diversos atores envolvidos na saúde, especificamente no campo das políticas sobre drogas, revela uma noção de acolhimento em permanente construção e tensão. Discutimos, no decorrer deste capítulo, as diversas formas como o acolhimento é pensado, concebido e sentido pelos profissionais da RAPS e da Área Técnica de Saúde Mental. Se olharmos com mais atenção, perceberemos que, em um primeiro momento, os profissionais não trazem nas palavras e expressões associadas ao acolhimento nada de negativo. Na figura gerada no Wordsalad (2016), por exemplo, o acolhimento é um conceito-sintoma – todos falam dele como algo bom, positivo, evidenciando o papel que o bom profissional deve desempenhar. O bom acolhimento é realizado por um bom e, por que não, um bondoso profissional.

Mas quando seguimos na discussão sobre o acolhimento, vamos, aos poucos, percebendo afetos como raiva e impotência estando associados às práticas de acolhimento. Por que tememos pensar e falar sobre esses afetos? Que o acolhimento é vínculo, compreensão, escuta, co-responsabilidade, diálogo, singularidade, todos sabemos. Encontramos essas palavras e definições na letra da legislação e das políticas de saúde mental. Mas, ao acompanhar e viver o cotidiano dos profissionais, usuários e demais atores, outros sentimentos, afetos, outras formas de conceber e praticar o acolhimento emergem. O diagrama que apresentamos neste

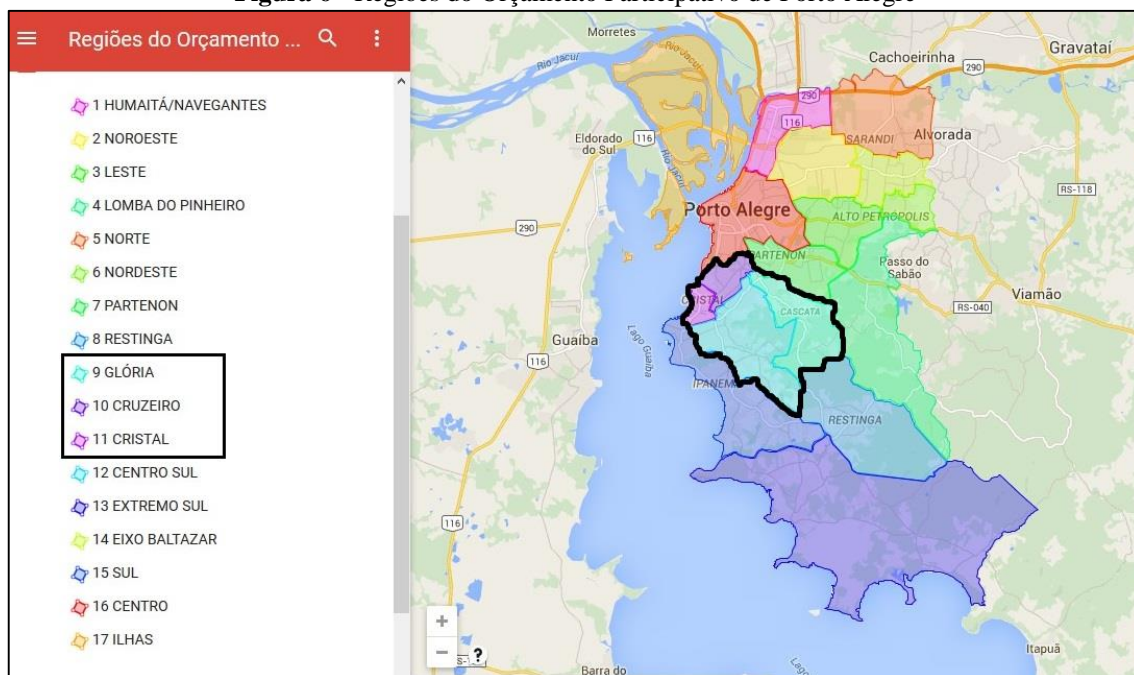
capítulo é aquilo que se espera do acolhimento. E veremos que isso ocorre também nos outros dois grupos realizados. E o não esperado? E aquilo que de fato é vivenciado e experimentado? Aquilo que nos toca? É justamente isso que nos desassossega.

Vamos seguindo a problematização. A gestão do acolhimento em oposição ao encolhimento dos sujeitos. Os embates político-ideológicos, dentro dos quais vai se construindo esse espaço de intermediação da área técnica, individualiza o problema e coloca o indivíduo, “dependente químico”, no centro das ações. Individualizando o problema das drogas, abrimos o flanco para ações de higienização, recolhimento e colhimento, como veremos nos próximos dois capítulos.

4 O CAPS AD E AS PRÁTICAS DE COLHIMENTO

Os encontros estavam recém iniciando, os desassossegos também. As discussões e as tensões vivenciadas através das inserções nos fóruns, realização do grupo de discussão e entrevistas com a área técnica tornaram-se parte do meu cotidiano dentro do CAPS AD da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal. A Glória-Cruzeiro-Cristal é uma das oito gerências distritais do município de Porto Alegre. Em 1996, o território do município de Porto Alegre foi dividido, com o objetivo de planejar e organizar o sistema de saúde, em distritos sanitários compatíveis com as 16 regiões do Orçamento Participativo (OP) – que, atualmente, são 17 regiões, conforme mostra a figura 6.

Figura 6 - Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre



Fonte: PROCEMPA (2016a), adaptado pelo autor.

A gestão regionalizada do sistema de saúde foi dividida, inicialmente, em seis gerências distritais (em 2001) e, atualmente, o município conta com oito gerências distritais³⁶. O Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal resultou da junção de três áreas do Orçamento Participativo, localizadas na região centro-sul da cidade e é considerado um dos maiores distritos de Porto Alegre, com uma população estimada de 160 mil habitantes em 2010 (BUENO; TSCHIEDEL, 2011). A

³⁶ As gerências distritais de saúde de Porto Alegre são as seguintes: Centro, Sul-Centro, Partenon-Lomba do Pinheiro, Glória-Cruzeiro-Cristal, Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Leste-Nordeste, Norte-Eixo Baltazar e Restinga-Extremo Sul (BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

população residente nessa região é reconhecida por sua experiência de lutas no campo da saúde, trazendo inúmeras conquistas. Dentre essas conquistas, em 1988, ocorreu a

municipalização do serviço de emergência existente no Posto de Assistência Médica da Vila dos Comerciantes (PAM3), que originalmente estava vinculado ao governo federal (INAMPS) e foi posteriormente estadualizado. Atualmente denominado Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, o Postão da Cruzeiro, como é popularmente conhecido, embora estivesse sendo administrado pelo município havia bastante tempo, só foi formalmente integrado à rede municipal em agosto de 2011. (BUENO; TSCHIEDEL, 2011, p. 37).

Desde a década de 1990 a Universidade Federal do Rio Grande do Sul vem atuando na região. Na época, com estágios curriculares da disciplina de Saúde Comunitária, depois, como território de integração entre ensino e serviço durante as atividades do Pró-Saúde II³⁷. Dessa forma, a UFRGS acabou propondo à prefeitura municipal a criação do Distrito Docente-Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal, que, segundo uma das participantes do projeto, a construção desse conceito visava a “aproximação do ensino com o cenário de prática, procurando reforçar o papel que a Universidade desempenha junto ao sistema de saúde com o objetivo de substituir o modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento” (BUENO; TSCHIEDEL, 2011, p.38).

Além desse processo de integração ensino e serviços, o Pró-Saúde II destinou duas parcelas de recursos para aplicação nas unidades de saúde do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal. Esses recursos foram dirigidos, prioritariamente, para a ampliação e qualificação do auditório e das salas de reunião do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Na inauguração desse espaço, inclusive, o CAPS AD GCC se fez presente. Através da Oficina de Mosaico, profissionais e usuários do serviço construíram um mosaico ao lado da entrada do auditório, conforme podemos vislumbrar na figura 7.

³⁷ Conforme Bueno e Tschiedel (2011), uma série de iniciativas antecedeu a adesão da UFRGS ao Pró-Saúde II. Em 2004, a UFRGS participou como instituição formadora das reuniões do Polo de Educação Permanente em Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Em 2006, o Projeto Integralidade da Atenção à Saúde, apresentado e aprovado no Polo e no Conselho Estadual de Saúde, foi encaminhado para o Ministério da Saúde e recebeu recursos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a sua realização, a partir de 2007. Esse projeto contava com docentes e estudantes dos cursos de graduação da saúde. Após a conclusão do projeto, o grupo composto por docentes e estudantes manteve-se coeso com a intenção de aprofundar a discussão e propor novas ações para diminuir o distanciamento entre ensino e serviço de saúde. Nesse momento, o Ministério da Saúde lançou o edital da segunda edição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Após a aprovação da proposta da UFRGS, “algumas definições preliminares foram tomadas. Uma das primeiras foi a escolha do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, na região centro-sul de Porto Alegre, como cenário para o desenvolvimento das atividades docente-assistenciais relacionadas ao Pró-Saúde II. Ficaram definidas as unidades proponentes do projeto, que eram cinco cursos da área da saúde: Educação Física, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem” (BUENO; TSCHIEDEL, 2011, p. 31).

Figura 7 - Mosaico no Auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes



Fonte: fotografia feita pelo autor.

A população da Gerência corresponde, aproximadamente, a 10% da população total do município de Porto Alegre, compreendendo os bairros Glória, Cascata e Belém Velho (Região Glória do OP); Medianeira e Santa Teresa (Região Cruzeiro do OP); e Cristal (Região Cristal do OP). A região Glória, composta de aproximadamente 42 mil habitantes, tem uma área de 18,19 km², apresenta uma taxa de analfabetismo de 5,8% e um rendimento médio dos responsáveis por domicílio de 2,8 salários mínimos. A região Cruzeiro, composta de aproximadamente 65 mil habitantes, apresenta uma área de 6,82km², tem uma taxa de analfabetismo de 6,2% e rendimento médio dos responsáveis por domicílio de 3,83 salários mínimos. A região Cristal, por sua vez, tem uma população de aproximadamente 28 mil

habitantes e área de 3,92 km². Apresenta uma taxa de analfabetismo de 3,7% e rendimento médio dos responsáveis por domicílio de 5,26 salários mínimos (GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA-CRUZEIRO-CRISTAL, 2014; PROCEMPA, 2016).

Quero destacar aqui a complexidade do território da Gerência Distrital GCC, com alguns aspectos histórico-culturais e indicadores sociais, dos bairros Glória e Cristal e da Vila Cruzeiro, que levam o nome da Gerência. O bairro Glória é basicamente residencial, dispendo de um pequeno número de comércio e serviços. Tem como característica marcante a sua organização comunitária que luta, historicamente, para suprir necessidades de serviços básicos, como água, esgoto, luz e transporte. Essa organização culminou com a formação do Conselho da Glória, cujo principal objetivo era a de garantir melhorias de infraestrutura. Na mesma época (década de 1980), aumentaram as ocupações nas encostas do Morro da Glória, conhecido também como Morro da Polícia. Nos últimos anos, o movimento comunitário e as associações de moradores têm desempenhado importantes trabalhos junto à assistência à mulher, crianças e adolescentes (FRANCO, 1992; JOBIM, 2000).

A Vila Cruzeiro é uma das mais populosas da cidade de Porto Alegre. Localiza-se no território conhecido como Grande Cruzeiro do Sul, sendo uma das 40 vilas que compõem essa região, distribuídas entre os bairros Santa Tereza, Medianeira, Glória, Teresópolis e Nonoai. A população estimada da Grande Cruzeiro é de 200 mil habitantes, sendo que a Vila Cruzeiro é composta por, aproximadamente, 11 mil habitantes. Conforme Barbosa (2015, p. 167),

Trata-se de uma região que, apesar de possuir luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto e coleta de lixo, ainda é caracterizada por uma grande concentração de sub habitações e com múltiplas carências, que revela, em sua complexidade, a desigual distribuição e consumo de equipamentos urbanos, bem como aspectos das condições de existência dos que ali residem. A localização geográfica também não contribui com o sistema de escoamento. A Vila Cruzeiro do Sul, assim como as demais vilas que compõem a região da Grande Cruzeiro, ficam entre morros e, com as chuvas, o lixo é arrastado, contaminando o solo e provocando a obstrução da canalização de esgotos.

A Vila Cruzeiro é conhecida em Porto Alegre por ser um “território em guerra”, pois é alvo de constantes disputas de gangues rivais de traficantes por pontos de venda de drogas³⁸. Dentro do CAPS AD era muito comum escutar dos usuários que moravam nessa região a impossibilidade de se deslocar entre uma vila e outra, uma proibição dos traficantes inclusive à presença de estranhos. O acesso a esses territórios é muito controlado em função do monopólio das gangues em relação aos pontos de venda e consumo de drogas. Essa região revela um território com graves problemas, entretanto, apresenta também grandes avanços e a união dos

³⁸ Como exemplo, temos a reportagem intitulada “Três unidades de saúde são fechadas na Vila Cruzeiro após criminosos decretarem toque de recolher”, publicada no dia 23 de abril de 2014. (BRUXEL, 2014).

moradores, principalmente através da Associação de Moradores da Vila Cruzeiro do Sul (AMOVICS), que busca cotidianamente melhorias na qualidade de vida e constituição de movimentos sociais e relações de pertencimento na comunidade (BARBOSA, 2015). A autora pondera, contudo, que

Não se trata de negar que na Vila Cruzeiro, assim como nas demais vilas da Região da Grande Cruzeiro, não se tenha problemas de criminalidade, mas trata-se, sim, de refletir que esse não deveria ser o foco das atenções dos governos e da sociedade em geral. Há uma tendência em tornar visível apenas a esfera da criminalização da pobreza e da marginalidade territorial, como parte explicativa do desregramento social, moral e jurídico a que se encontram submetidos os moradores de periferias, afastando-se progressivamente, em alguns aspectos, de uma discussão sobre a precarização dos serviços e equipamentos públicos, na defesa e garantia de direitos à população que vive nas periferias urbanas das grandes metrópoles do Brasil. [...]. Ainda que a pobreza não seja consequência direta da violência, ela não está dissociada ao tema das desigualdades sociais e econômicas, da negação do direito ao acesso de bens, além do direito à cidadania a determinados indivíduos e grupos sociais, que geralmente vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social. (BARBOSA, 2015, p. 176).

Para aumentar essa complexidade, temos o bairro Cristal que, durante o século XX, inseriu-se no caráter de urbanização e modernização concebido pelo município de Porto Alegre. O bairro abrigou o Hipódromo, que na época se traduzia em urbanização, modernidade e *status* (FRANCO, 1992). O bairro conta com outros símbolos de elevado *status* social e cultural, como o Jôquei Clube do Rio Grande do Sul, o Clube Veleiros do Sul, o Iate Clube Guaíba, o Museu Iberê Camargo e, mais recentemente, o Barra Shopping Sul. Promovendo uma sinergia entre o segmento de *shopping centers* e de incorporação imobiliária, o Barra Shopping foi concebido como um projeto do tipo multiuso, com empreendimentos que reúnem edifícios comerciais, torres residenciais e centros de entretenimento. Por isso, hoje, o Barra Shopping é considerado “o *shopping* mais completo do sul do Brasil, o que acaba por dinamizar significativamente o Bairro Cristal, acarretando em alterações urbanas em seu entorno e numa nova visão comercial e imobiliária na região” (SILVA, 2009, p. 35). As alterações urbanas, provocadas pela construção desse empreendimento, incluíram o deslocamento de 227 famílias da vila da Foz arroio Cavalhada, sendo deslocados para o Loteamento Campos do Cristal na Vila Nova (SILVA, 2009). Remoção em nome do desenvolvimento da região!

Conforme o estudo realizado por Kozenieski e Medeiros (2008), a construção do Condomínio Campos do Cristal passou por duas etapas distintas, a partir da assinatura do termo de compromisso em 1997. A primeira foi iniciada neste ano e concluída em 1998, consistiu na primeira leva de moradores reassentados das Vilas Campos do Cristal, Estaleiro Só e Foz do Arroio Cavalhada e construção de 400 unidades habitacionais. A segunda etapa consistia na

construção das demais unidades habitacionais e instalação de infraestruturas essenciais. Tal processo não ocorreu sem tensões. Em atividades desgastantes, sucederam-se as negociações e reuniões entre moradores, dos moradores com a prefeitura e da prefeitura e moradores com o grupo empreendedor. No decorrer desse processo de reterritorialização,

A área dentro do bairro que melhor atendia aos interesses dessa empresa era sem dúvida as proximidades do hipódromo do Cristal, onde efetivamente já se deram início às obras do shopping. Entretanto, ocorreram dois problemas: o primeiro deles é que a área de interesse era uma área pública com diversos campos de futebol de várzea; e o segundo problema, mais sério, dizia respeito às diversas famílias moradoras e que ocupavam o local já há algum tempo. Em meio às negociações com a prefeitura, surgiu a possibilidade de firmar uma PPP, ou seja, uma Parceria Público Privada, cujo objetivo é de efetuar, em troca da área pública do bairro Cristal em favor do grupo Multiplan, a duplicação das Avenidas Chuí e Diário de Notícias, assim como a aquisição de uma área e a efetiva construção das casas para o reassentamento dos moradores das vilas existentes na área objeto de interesse da empresa que assumia assim esta responsabilidade. (KOZENIESKI; MEDEIROS, 2008, p. 768).

Dos problemas de infraestrutura e de territórios controlados pelo tráfico ao megaempreendimento imobiliário e comercial. Essa diversidade e complexidade compõe o território da Gerência Glória-Cruzeiro-Cristal. No anexo A, apresento algumas análises intraurbanas geradas na plataforma mantida pela PROCEMPA, o Observatório do Município de Porto Alegre. Se atentarmos apenas para quatro dos indicadores demonstrados, essa complexidade fica ainda mais visível. No indicador “nascidos de mães com baixa escolaridade”, vislumbra-se o percentual de nascidos vivos cujas mães tem escolaridade inferior ao ensino fundamental. Dos nascidos vivos, em torno de 25% são de mães com baixa escolaridade no Bairro Cristal, enquanto que, respectivamente, 32% e 35% na Cruzeiro e no bairro Glória.

O indicador “domicílios pobres” refere-se ao percentual de domicílios com rendimento domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo. Nesse indicador temos o bairro Cristal com 8,37% de domicílios pobres, enquanto que no bairro Glória temos 15,88% e na Cruzeiro 17,45% do total de domicílios classificados como pobres. Em relação às moradias precárias³⁹, o bairro Cristal encontra-se numa posição considerada melhor, o bairro Glória numa posição intermediária e a Cruzeiro ocupando uma das piores posições, tendo 37,54% dos domicílios em área de moradias precárias. Outra diferença se dá em relação ao número de óbitos registrados como homicídios. Temos, respectivamente, nos bairros Cristal, Glória e vila Cruzeiro, em torno de 10%, 28% e 47% de mortes por homicídio (PROCEMPA, 2016a).

³⁹ Refere-se a um conjunto de, no mínimo, 51 unidades habitacionais em geral com urbanização fora dos padrões vigentes, denominado como aglomerado subnormal (PROCEMPA, 2016a).

Todas as diferenças entre os bairros marcam e evidenciam a complexidade do território coberto por esta gerência distrital. Em uma das minhas idas a campo, fiz uma fotografia que demonstra bem essa “polifasia cognitiva”⁴⁰ do território:

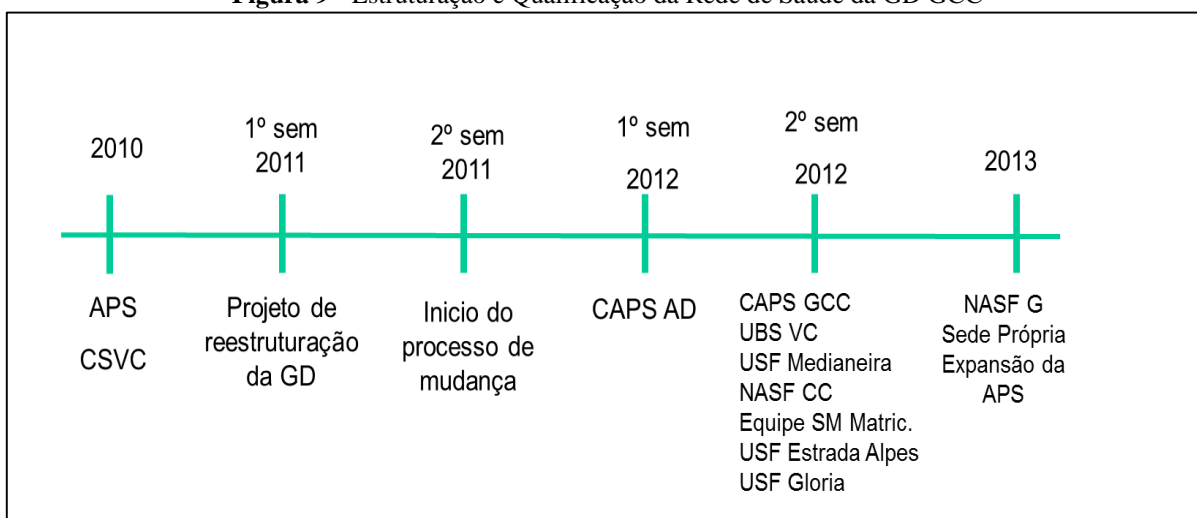
Figura 8 - Polifasia do Território



Fonte: fotografia feita pelo autor.

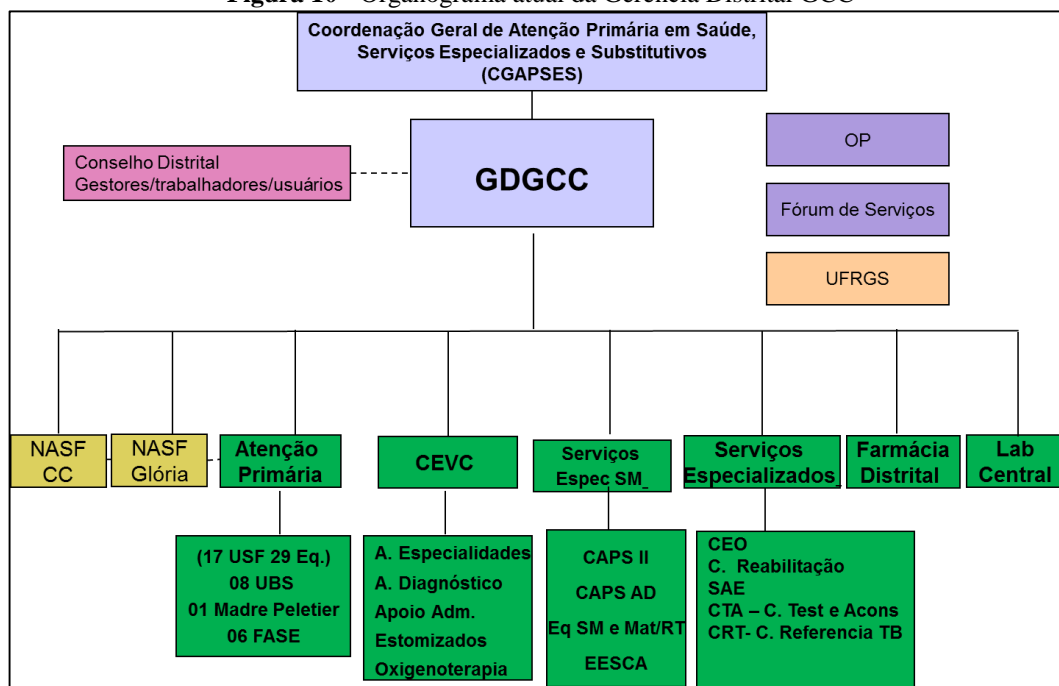
Esse lugar fica bem próximo do CAPS AD GCC, no limite de uma região mais empobrecida, composta de vilas e o início do bairro Cristal, onde fica situado o CAPS. Nessa imagem vislumbra-se um pouco da complexidade dessa região. Vemos uma viela, com lixo acumulado na esquina, onde fica localizada uma pequena vila. Ao fundo, enxergamos duas torres que fazem parte do complexo do Barra Shopping Sul. A GDD vai, então, se estruturando e modificando-se a partir do contato com essas diferentes realidades. Nos últimos quatro anos, pode-se observar as mudanças e avanços na constituição da rede de saúde da GD GCC.

⁴⁰ Embora partimos da noção de polifasia cognitiva como a existência de formas heterogêneas e múltiplas de saber que podem coexistir, viver lado a lado e desempenhar diferentes funções, respondendo a demandas contextuais diversas, tal noção, não necessariamente se restringe às pessoas. Os territórios, enquanto espaços geográficos e existenciais, são produtos e produtores de subjetividades e, portanto, também são construídos e representam saberes. Por isso podemos pensar em territórios polifásicos. Neste caso, a fotografia evidencia a contradição que o capitalismo impõe nos espaços urbanos. Ao fundo, prédios altos construídos solidamente. No primeiro plano, casas sem condições humanas de habitação. Essa contradição é inerente ao conceito de polifasia cognitiva.

Figura 9 - Estruturação e Qualificação da Rede de Saúde da GD GCC

Fonte: Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (2014).

A partir das últimas reestruturações, a Gerência Distrital GCC conta com: dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 17 Unidades de Saúde da Família (USF), contando com 29 equipes de Atenção Primária à Saúde (APS); um Centro de Especialidades no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CEVC); Serviços Especializados em Saúde Mental (um CAPS II, um CAPS AD, uma Equipe de Saúde Mental e Matriciamento, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e uma Equipe Especializada da Criança e do Adolescente – EESCA); outros Serviços Especializados, tais como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Reabilitação, Serviço de Assistência Especializada em DST, HIV/Aids (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Referência em Tuberculose (CRT); uma farmácia distrital; e um laboratório central (GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA-CRUZEIRO-CRISTAL, 2014).

Figura 10 - Organograma atual da Gerência Distrital GCC

Fonte: Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (2014).

É nesse contexto em que me insiro ao iniciar a pesquisa junto ao CAPS AD GCC. Neste serviço da RAPS desenvolvi a pesquisa no decorrer de, aproximadamente, 4 meses, de 14 de abril a 22 de agosto de 2014, tendo ainda feito outras visitas até o final do ano, não tendo registrado no diário de campo. Durante este período, foram registrados 39 diários, totalizando 131 horas de observação em diversas atividades do CAPS, dentro e fora dele, tais como: reuniões de equipe, curso de culinária, oficinas terapêuticas (biju, vela e mosaico), grupo terapêutico, reuniões com a Gerência Distrital no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, curso de capacitação de profissionais da Atenção Básica, ciclo de cinema do CTA no Auditório da Gerência Distrital, almoços coletivos e assembleias com profissionais e usuários. O quadro 5 apresenta os registros das observações realizadas no CAPS.

Quadro 5 - Registro das Observações Participantes – CAPS AD GCC

(Continua)

Diário	Data	Tempo	Local	Atividades acompanhadas
1	14/04/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe; Apresentação do projeto
2	23/04/14	5 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe; Grupo de Culinária
3	24/04/14	2 horas	CAPS AD	Oficina de Biju
4	25/04/14	3 horas	CAPS AD	Assembleia com os usuários
5	28/04/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
6	29/04/14	2 horas	CAPS AD	Grupo Terapêutico

(Conclusão)

Diário	Data	Tempo	Local	Atividades acompanhadas
7	30/04/14	3 horas	CAPS AD	Grupo de Culinária
8	05/05/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
9	12/05/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
10	14/05/14	4 horas	CAPS AD	Grupo de Culinária (coquetel, entrega de diplomas)
11	16/05/14	2 horas	CAPS AD	Assembleia com os usuários; entrevista com usuários
12	26/05/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
13	27/05/14	4 horas	CAPS AD	Grupo Terapêutico; entrevista com usuários
14	29/05/14	2 horas	CAPS AD	Oficina de Bijou
15	02/06/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe; Grupo de Discussão
16	03/06/14	3 horas	CAPS AD	Grupo Terapêutico; entrevista com usuários
17	09/06/14	2 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Reunião do Colegiado dos Coordenadores da Gerência Distrital GCC
18	12/06/14	3 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro	Curso de Capacitação em Saúde Mental para profissionais da Atenção Básica
19	13/06/14	5 horas	Auditório “Postão” da Cruzeiro e CAPS AD	Documentário “Positivas” – Ciclo de Cinema CTA GCC; Almoço Coletivo e Assembleia com usuários
20	16/06/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
21	20/06/14	6 horas	CAPS AD	Oficina de Mosaico; Confeção de Bandeirinhas para Festa Junina; entrevistas com usuários
22	23/06/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
23	26/06/14	2 horas	CAPS AD	Oficina de Velas
24	27/06/14	7 horas	CAPS AD e Auditório “Postão” da Cruzeiro	Ciclo de Cinema HIV/AIDS – CTA GCC; Festa Junina
25	30/06/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
26	01/07/14	3 horas	CAPS AD	Grupo Terapêutico
27	03/07/14	5 horas	CAPS AD	Oficina de Bijou; Oficina de Velas
28	04/07/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
29	10/07/14	2 horas	CAPS AD	Entrevista com usuários
30	11/07/14	4 horas	CAPS AD	Almoço coletivo; Assembleia com os usuários
31	14/07/14	2 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
32	15/07/14	6 horas	CAPS AD	Entrevista com profissionais; Grupo Terapêutico
33	16/07/14	5 horas	CAPS AD	Entrevistas com profissionais
34	18/07/14	6 horas	CAPS AD	Oficina de Mosaico; Entrevistas com usuários
35	25/07/14	6 horas	CAPS AD	Oficina de Mosaico; Almoço coletivo; Assembleia com os usuários
36	28/07/14	3 horas	CAPS AD	Reunião de Equipe
37	30/07/14	2 horas	CAPS AD	Entrevista com profissionais
38	31/07/14	4 horas	CAPS AD	Entrevistas com profissionais
39	22/08/14	3 horas	CAPS AD	Almoço coletivo
		131 horas		*De 14/04/14 a 22/08/14 – 4 meses

Fonte: Elaborado pelo autor (2014).

Além das observações registradas no diário de campo, foram realizadas 14 entrevistas, sendo que seis foram com profissionais e oito com usuários, totalizando mais de nove horas de gravação (vide quadro 6). Dentre as profissionais todas são do sexo feminino, têm idades que variam dos 34 aos 56 anos e estão trabalhando no CAPS AD GCC por um tempo mínimo de 2 anos e máximo de 6 anos. Em relação aos usuários, foram seis pessoas do sexo masculino e duas do feminino. Eles variam na idade entre 33 e 67 anos e têm, no mínimo, 1 mês de tratamento no CAPS e, no máximo, 2 anos e seis meses. Também realizei um Grupo de Discussão com os profissionais no dia 02 de junho, com duração aproximada de uma hora e contou com a participação de 6 profissionais e 2 residentes em saúde mental. Todos os profissionais entrevistados participaram do grupo de discussão, mas nem todos que participaram do grupo realizaram as entrevistas. Como foi explicado à equipe, a participação no grupo não implicava necessariamente a participação nas entrevistas, que foram acontecendo conforme a disponibilidade dos profissionais.

Quadro 6 - Entrevistas realizadas com profissionais e usuários do CAPS AD GCC

Entrev.	Grupo	Heterônimo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de/no serviço	Data da entrevista	Tempo de entrevista
1	Profissionais	Barbara G.	49	Enfermeira	3 anos e 9 meses	15/07/14	14:28
2	Profissionais	Zuleika J.	56	Assistente Social	6 anos	16/07/14	35:35
3	Profissionais	Clarice L.	34	Técnica Enfermagem	3 anos e 8 meses	16/07/14	36:34
4	Profissionais	Carlota Q.	45	Técnica Enfermagem	2 anos	30/07/14	28:37
5	Profissionais	Tarsila A.	34	Terapeuta Ocupacional	4 anos e 9 meses	31/07/14	44:36
6	Profissionais	Frida K.	37	Psicóloga	5 anos	31/07/14	01:11:58
7	Usuários	Paulo F.	67	-----	2 anos e 6 meses	16/05/14	41:39
8	Usuários	Gabriel M.	50	-----	10 meses	27/05/14	23:48
9	Usuários	José S.	34	-----	2 anos e 6 meses	03/06/14	12:29
10	Usuários	Estamira S.	47	-----	2 anos	20/06/14	20:15
11	Usuários	Antônio L.	57	-----	1 mês	20/06/14	25:53
12	Usuários	Graciliano R.	44	-----	2 anos	10/07/14	01:06:50
13	Usuários	Ellen O.	33	-----	9 meses	18/07/14	29:02
14	Usuários	Herbert S.	51	-----	3 meses	18/07/14	01:59:45
Total							09:31:29

Fonte: Elaborado pelo autor (2014).

Conforme o Relatório Anual de Gestão, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2013 o CAPS AD chegou ao número total de 1.600 usuários cadastrados, sendo que

destes 304 foram cadastrados no decorrer do ano. A equipe, praticamente completa, ainda carecia de profissionais de nível médio para atuarem na área administrativa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013). No momento em que a pesquisa foi realizada, a equipe contava com seis profissionais de nível superior (clínico geral, médico psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social) e três de nível médio (técnicas de enfermagem). Durante a semana, essa equipe de profissionais ofertava um conjunto de atendimentos individuais, grupais e oficinas terapêuticas, conforme o quadro 7 abaixo.

Quadro 7 - Atividades realizadas no CAPS AD GCC

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	9h: Reunião de Equipe			9h: Avaliação Clínica 10:30h-11:30h: Oficina de Biju	Almoço Coletivo (quinzenal)
Tarde	14h-15:30h: Corpo, Saúde e Cuidado 15:30h-17h: Oficina de Mosaico	14h-15h: Grupo Terapêutico	14:30h-16:30h: Curso de Culinária	14h-15:30h: Oficina de Velas	13:30h-15h: Assembleia (quinzenal)

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações fornecidas pelo serviço.

Outro ponto importante apontado no relatório é que a proposta de trabalho de acolhimento, concebido como porta de entrada do CAPS AD, consolidou-se na modalidade “porta aberta”, acolhendo novos usuários diariamente, o que representa um avanço para a equipe e para o usuário atendido, terminando com o tempo de espera e a demanda reprimida. Na constituição do CAPS como campo de pesquisa e estudo, a equipe envolveu-se no desenvolvimento do PET Saúde Mental⁴¹ e mantém o campo de estágio para residência em saúde mental vinculado à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - ESP/RS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

⁴¹ O PET Saúde Mental é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, e tem como objetivo fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental: Crack, álcool e outras drogas. As ações do PET Saúde Mental visam a qualificação da formação dos estudantes dos cursos da área da saúde e dos profissionais da Saúde Mental. Conforme o blog do grupo Pró-Saúde da UFRGS, “tendo como cenário de práticas o CAPS-AD do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, o projeto tem como eixos centrais a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, fundamentados na reforma psiquiátrica e no Sistema Único de Saúde (SUS). Participam do programa três preceptores dos cursos de Medicina e Enfermagem e doze alunos dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Psicologia e Serviço Social”. (PET Saúde Mental, 2013).

A equipe do CAPS AD se apresenta através de um *banner*, fixado na entrada do serviço. Neste, lemos a seguinte descrição:

CAPS AD Glória Cruzeiro Cristal. O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) é um serviço de saúde que atende pessoas que usam drogas e que apresentam problemas neste uso. Funciona em meio aberto e junto à comunidade onde o usuário mora. É constituída por equipe multiprofissional (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, médicos clínicos e psiquiatras, técnicos de enfermagem, oficinairos e muitas outras áreas, dependendo da demanda do serviço). O que se faz num CAPS AD: Assembleia; Oficinas Terapêuticas; CAD (Centro de Atenção Diária); Acompanhamentos Individuais; Atendimento Familiar; Visitas Domiciliares. (EQUIPE DO CAPS AD).

Esse *banner* pode ser considerado um “cartão de visitas”, uma pequena mostra do que é o CAPS e o que se faz naquele espaço. Acredito que o *banner* é algo importante a ser apresentado e pensado, pois é uma forma da equipe se auto apresentar a quem quer que entre no serviço. Num primeiro momento já me chama a atenção a forma como apresentam o CAPS: “um serviço de saúde que atende pessoas que usam drogas e que apresentam problemas neste uso”. O cuidado com a redação desta frase traz implícita a concepção que se tem de drogas. Não são usuários, nem dependentes químicos, são pessoas que usam drogas e que apresentam problemas com o uso. Ou seja, partem do pressuposto de que nem todo uso é problemático, e, ao menos nessa construção linguística, não reduzem a pessoa ao uso da droga. Outro aspecto que me chamou a atenção é o “que se faz num CAPS AD”. Talvez não seja num CAPS, mas neste CAPS. Veremos adiante que o CAD não funciona mais e que é ponto de tensão constante entre os profissionais da equipe e que, durante o período de observação, não foram realizadas visitas domiciliares. Veremos também que as poucas atividades do serviço são, a meu ver, consequência do número baixo de profissionais que compõem a equipe, embora entenda-se que a equipe esteja praticamente completa. O “cartão de visita” do serviço apresenta às pessoas que chegam ali um misto do que o CAPS é, daquilo que ele deveria ser e daquilo que se deseja para o serviço.

Vamos nos deter um pouco sobre o debate em relação às drogas. Como sinalizei, o *banner* fixado no CAPS nos apresenta uma forma de entender o uso e abuso de substâncias. Muitos são os significados ou sentidos atribuídos à palavra droga. Mas geralmente a droga é entendida como algo que faz mal à saúde e é relacionada, principalmente, às substâncias consideradas ilícitas, como é o caso da maconha, cocaína e do crack. Todavia, entendemos que a droga é, ao mesmo tempo, um remédio e um veneno (ESCOHOTADO, 1997), ou como nos diz Le Poulichet (1990, p. 80) “O tóxico não é a droga”. O que pode fazer da droga um tóxico é o lugar que ela (a droga) assume na vida do sujeito. Escotado (1997) busca uma articulação

entre diferentes fatores para estabelecer quando a droga se torna remédio ou quando ela se torna veneno, a saber: a) a dose usada; b) o objetivo do uso; c) a pureza da substância; e d) as condições de acesso a esse produto e modelos culturais de uso.

Entretanto, a definição de uma substância como “droga” depende, em última instância, não de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la (ESCOHOTADO, 1997; RODRIGUES, 2003a; 2004; BAPTISTA, 2003). Declarada pelo governo de Richard Nixon (Estados Unidos), em 1972, a guerra às drogas tornou-se a tônica na abordagem internacional da questão das substâncias psicoativas ilícitas (RODRIGUES, 2003a). Nessa época, o tema do controle mundial das “drogas” havia alcançado um nível de alta regulamentação, cujo documento maior era a Convenção Única da ONU sobre Psicotrópicos, de 1961. Esse tratado sintetizou uma série de convenções que, desde o Congresso de Xangai, em 1909 e a Convenção de Haia, em 1992, vinha elaborando restrições à livre produção, venda e consumo de drogas estimulantes, como a cocaína, e narcóticas, como os opiáceos (RODRIGUES, 2003a).

Sabe-se que essas convenções no início do século XX surgem como resultado da guerra do ópio, conflito entre a Inglaterra e a China, fruto da disputa imperialista na Ásia (CARVALHO, 2011). O principal objetivo das normas internacionais acordadas nessas convenções era o banimento de todo uso que não fosse considerado para fins médicos. O objetivo expresso da lógica proibicionista, então, é a erradicação do uso de qualquer droga que altere a consciência ou a percepção da realidade. Ou seja, nessa perspectiva, até mesmo psicoativos legais como o álcool e o tabaco caminham para uma situação de controle que beira à proibição total (RODRIGUES, 2003a).

Impressa a marca da política externa dos Estados Unidos, principalmente através da defesa da elaboração de legislações antidrogas restritivas, a estratégia dessa política consistia basicamente na identificação de países-fonte – agressores – e países-alvo – vítimas das máfias globais. A guerra às drogas, dessa forma, foi delineada como uma postura dirigida à exteriorização do problema da produção de psicoativos e à repressão interna a consumidores e organizações do narcotráfico. Dispositivos como disciplinarização, vigilância e confinamento foram e continuam sendo utilizados para reprimir e controlar grupos sociais ameaçadores à ordem interna (RODRIGUES, 2003a).

O proibicionismo, gerado e concebido nos fins do século XIX, é resultado de vários fatores sócio-culturais. O aspecto econômico, sem dúvida alguma, teve forte contribuição na construção dessa política. Por um lado, interessava à indústria farmacêutica o monopólio da manipulação, refinamento e comércio do ópio e da cocaína. Por outro, a classe médica, através

de sua ascensão, tomou para si a responsabilidade de rechaçar tudo o que pudesse ser caracterizado como xamanismo ou curandeirismo. Ainda, pode-se citar a participação de setores conservadores da sociedade cristã, que tinham força política junto aos legisladores, e que, valendo-se da ideologia da pureza moral, referendaram as políticas proibicionistas (CARVALHO, 2011).

A constatação do governo norte-americano da adoção de psicoativos entre jovens brancos soou como alarme para os defensores da erradicação do uso de tais substâncias. Como o objetivo era banir o uso, o esforço não poderia recair apenas nos guetos. A “contaminação” causada pelas drogas espalhava-se pelo corpo social (RODRIGUES, 2003a). Contudo, não podemos negar o aspecto étnico-racial associado à concepção do proibicionismo:

Com a proibição do ópio, a partir de 1900, começaram as primeiras campanhas de amedrontamento da população norte-americana com relação aos “perigos” da droga, correlacionados a específicos grupos étnicos, vistos como “ameaçadores”. Em território americano, a reprovação moral ao uso de substâncias psicoativas – representado pelas abstinências ligas puritanas – era tradicionalmente acompanhada pela associação entre determinadas drogas e grupos sociais. Uma mesma lógica era aplicada: minorias e imigrantes tinham comportamentos moralmente reprováveis e ameaçavam valores clássicos da América branca e puritana. (RODRIGUES, 2003b, p. 31).

Entende-se, portanto, que a medicalização e a criminalização do uso “leigo” de determinadas substâncias foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o “problema das drogas”. O tão veiculado e debatido “problema das drogas” nos remete, de fato, ao

problema mais amplo dos códigos de aceitação e de rejeição de determinadas substâncias, das condições pragmáticas nas quais se dá a definição, aplicação e transformação de categorias classificatórias por meio das quais a existência, a concepção e os usos de determinadas substâncias ganham sentido e eficácia na vida social. Uma determinada substância química se torna uma “droga” em um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e o ambiente, em que operam saberes e poderes. (SIMÕES, 2008, p. 17).

No final do século XIX, no esteio de uma nova ordem médica - organização de corporações médicas, por exemplo – (PICKSTONE, 2008), o uso de drogas passou a ser problematizado e o seu controle foi gradualmente deslocado da esfera religiosa para a da biomedicina. Essa mudança de esfera de controle das drogas nas sociedades refletiu na mudança de enfoque em aspectos de ordem religiosa e moral para a concentração em aspectos farmacológicos dessas substâncias (MACRAE, 2010). O termo “psicoativo”, nesse contexto, torna-se um dos sinônimos da palavra “droga”: são substâncias que modificam o estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa – tal modificação pode variar de um estímulo

leve, como o provocado por uma xícara de café, até alterações mais intensas na percepção do tempo, espaço e do próprio corpo, como as provocadas por alucinógenos, maconha, cocaína e crack, por exemplo (SIMÕES, 2008).

O sentido da palavra droga tem significado, dessa forma, qualquer substância psicoativa ilícita (maconha, cocaína, crack, heroína, LSD, etc.), “cujo uso é tido necessariamente como abusivo e que são alvo dos regimes de controle e proibição” (SIMÕES, 2008, p.14). Simões (2008) ainda nos lembra que, nas sociedades contemporâneas,

o uso de “drogas” assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana (SIMÕES, 2008, p. 14).

A droga, portanto, é investida do poder de subjugar as almas, perverter as vontades, dissipar a moralidade e arrebatam os sujeitos psicológica ou fisicamente vulneráveis. Para controlar o usuário e combater a droga, a regulação política e o controle social do uso de drogas têm atuado, principalmente, através da medicalização, da segurança sanitária e do controle do espaço público – pautados nos discursos e práticas do proibicionismo e da patologização. O consumo de drogas passa a ser, então, moralmente reprovado, medicinalmente apreendido e juridicamente sancionado (BERGERON, 2012, p.18).

Percebemos, portanto, que tanto na concepção do usuário como criminoso, quanto em sua concepção como doente, a lógica subjacente é a do proibicionismo, que tem como princípio fundamental a punição e atua no indivíduo. A patologização do uso de drogas parece ser uma saída viável à criminalização, entretanto

ela confina a discussão ao âmbito da patologia da drogadição: “drogas” seriam substâncias usadas por “viciados” ou “dependentes” e, por conta disso, acarretam graves problemas à saúde pessoal e à ordem pública. Em consequência, a própria existência de “drogas” é tida unilateralmente como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Compõem-se assim o cenário familiar da “guerra às drogas” com sua seqüela de estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, numa espécie de espiral viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão. (SIMÕES, 2008, p. 14).

Como vimos anteriormente, além do discurso proibicionista, que criminaliza o usuário, temos o discurso médico, também hegemônico em nossa sociedade, que institui a “dependência química” como uma “doença crônica”, portanto incurável. Legitimadas por esse discurso, várias práticas constituíram a história da atenção ao usuário de drogas, dentre elas a que mais vigorou foi a reclusão em hospitais psiquiátricos. Mas foi somente em 2003 que o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

(BRASIL, 2004a) e reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde no enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. A atual política adota uma abordagem não mais comprometida com o controle e a repressão, mas sim com a redução dos danos e dos prejuízos.

Através da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2004a, p. 9). O projeto propôs a criação de uma rede de atenção integral do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolvem ações de prevenção, promoção e proteção à saúde; a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD) e não especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a; MACHADO; MIRANDA, 2007; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A política sobre drogas se insere no contexto do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que é pautado por dois paradigmas fundamentais: a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). É importante enfatizar que esses dois paradigmas não se confundem e não têm os mesmos objetivos. A desinstitucionalização requer uma contínua desconstrução de ideologias e práticas cristalizadas, defendendo uma mudança para além dos muros dos serviços de saúde mental. Aproxima-se, dessa maneira, à luta antimanicomial, que trabalha na perspectiva de uma política por transformações estruturais da sociedade. A reabilitação psicossocial, por sua vez, fundamenta-se na ideia de que os usuários desses serviços sofreram inúmeras perdas em decorrência do seu adoecimento. Ela parte do registro da falta e busca assegurar a equidade entre iguais e diferentes (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Os CAPS AD possuem, então, a tarefa de articular os serviços e o fluxo de cuidado a pessoas que usam drogas e que sofrem com esse uso, além de realizar o matriciamento para os demais serviços não especializados (BRASIL, 2004a). Além de seu papel de organizador da RAPS, os CAPS AD prestam atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e leitos para repouso e/ou desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004b). Os CAPS AD também são atravessados pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que foi deliberado pelo Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), que preconiza, dentre outras coisas: atingir o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; tratamento integral e acesso igualitário; prevenção quanto ao uso abusivo de

drogas; diferenciação entre as figuras do usuário, da pessoa que faz uso indevido, do dependente e do traficante; redução da oferta de drogas; redução da demanda e redução de danos. Esses pressupostos da PNAD estão assentados em cinco pilares: prevenção; tratamento, recuperação e inserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2008).

Ainda, segundo a Portaria 3.088, os CAPS AD devem assumir a posição estratégica de articular e coordenar o cuidado em rede e na rede, tendo o Projeto Terapêutico Singular como ferramenta. Dessa maneira, cabe às equipes dos CAPS AD acompanhar e dar continuidade aos cuidados ofertados pelas Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas, bem como dar o seguimento ao tratamento dos usuários que acessarem a atenção hospitalar (BRASIL, 2011a). Outras normativas têm produzido alterações importantes no cotidiano dos CAPS. Uma das alterações é que os CAPS podem credenciar leitos de acolhimento noturno como recurso temporário à crise psicossocial.

Associada a esta alteração, o registro das ações dos CAPS passou das APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade), que estabelecia um financiamento variável de acordo com a quantidade de procedimentos registrados em cada serviço, para o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), que é fixo conforme o tipo de CAPS e incorpora a classificação do acolhimento noturno (MATEUS; MARI, 2013). Veremos na trajetória coletiva do CAPS AD GCC como essa alteração provocou inúmeras discussões no serviço, devido à dificuldade encontrada pelos profissionais com o registro no novo sistema. Por fim, a partir de 2012 com a portaria n. 130 do Ministério da Saúde, os CAPS AD podem ser qualificados e adaptados à modalidade CAPS AD III, possuindo uma estrutura de funcionamento 24 horas, com a possibilidade de oferecer acolhimento noturno em leitos de atenção até o prazo máximo de 14 dias consecutivos.

Diante do exposto, faz-se necessário, conforme apontam Costa, Laport e Paiva (2015), antes mesmo de adentrar especificamente no tratamento, refletir sobre o acolhimento. Conforme os autores,

elemento central, bem como no primeiro grupo. O que estamos entendendo por escuta? Será mais um conceito-sintoma? Muito se fala em escuta qualificada. Veremos que esse aparente consenso sobre a escuta é problematizado dentro do serviço. Mas o que mais se fez questão de enfatizar foi o modo como a equipe foi se transformando e constituindo novas formas de acolher os usuários. Essa trajetória da equipe vai ser o foco nesse capítulo, pois o avanço em ser “portas abertas” não aconteceu sem tensões. Até o final desse capítulo, portanto, tratarei, em um tom mais narrativo, desse percurso, fazendo uso de passagens das entrevistas narrativas individuais com menor frequência do que o capítulo anterior, buscando complementar as noções de acolhimento já discutidas nesse texto.

Chego a esse serviço num momento de reorganização da equipe. Convidado por uma profissional da área técnica, fui participar de uma reunião no CAPS para ser apresentado à equipe e falar sobre meu projeto de pesquisa. A primeira ida ao campo foi marcada pela preocupação em encontrar o local. Embora já morasse há dois anos em Porto Alegre, poucas foram as vezes em que saí da região central da cidade. O primeiro desassossego foi o de sair da minha zona de conforto, passar por lugares que eu ainda não conhecia. Pegar o ônibus e ir até o bairro Cristal. Embora esteja localizado próximo do centro, a sensação que tive foi a de atravessar a cidade. Saindo da região mais central, o que me chamou atenção foi a disparidade dos locais, disparidade econômica, de limpeza das ruas. Ainda não sabia o nome do local, mas ao passar pela Vila Cruzeiro, lembro-me de uma certa perplexidade. Logo depois, descobri que era ali que estava acontecendo a “guerra do trânsito”, como descrevi anteriormente.

Passando por essa região mais empobrecida, desço em uma parada próxima ao CAPS. Chama-me a atenção o oposto: casas grandes, bonitas, visivelmente um bairro de classe socioeconômica média, média-alta. Inclusive a casa em que o CAPS está funcionando. Uma bela e grande casa. Ao chegar me apresentei à coordenadora do serviço. Ao dizer que estava ali por indicação da área técnica, senti um olhar muito desconfiado em relação a mim. Ao iniciar a reunião comecei a entender o porquê da desconfiança. Ao ser apresentado à equipe, senti que uma barreira invisível se ergueu entre mim e os profissionais. Parecia que estava ali para avaliar o trabalho dos profissionais e informar a gerência e a área técnica. Mas logo esse mal-entendido se desfez, e acabei formando vínculos muito bons com os profissionais desta equipe. Com alguns, uma amizade se criou no período da pesquisa, tamanha a proximidade com o trabalho e cotidiano da equipe.

Para não entrar em muitos detalhes desse primeiro encontro, destaco dois pontos de tensão na reunião, que já vinham acontecendo há mais tempo. O primeiro, afirmou-se categoricamente que o CAPS AD GCC precisava de fato transformar-se em um CAPS. Essa

afirmação foi seguida por outra: “esse CAPS está funcionando como um ambulatório” [SIC]. No decorrer da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vivemos um processo de ambulatorização da assistência psiquiátrica. O ambulatório seria um serviço complementar ao hospital, atendendo, prioritariamente, os egressos de internações psiquiátricas e atendimento psicológico à população pobre (GOULART, 2004). O dispositivo do ambulatório, diminuiria, dessa forma, a clientela dos hospitais, racionalizando os custos com as internações (TENÓRIO, 2001).

Entretanto, conforme Rosa (2006), essa proposta fracassou porque os ambulatórios acabaram ficando desvinculados da rede assistencial, sem uma diretriz política que os orientasse, operando numa lógica de encaminhamentos que se sustentava apenas na redução de custos com as internações psiquiátricas. Com as portarias n. 189/1991 e n.224/1992, buscou-se organizar e regulamentar as estratégias terapêuticas dos ambulatórios de saúde mental, sendo caracterizado como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Os ambulatórios de saúde mental, todavia, acabaram tomando duas diferentes feições (TENÓRIO, 2001). Uma, de ambulatório tradicional, resultante do processo de “ambulatorização”, oferecendo atenção médica curativas e atendimentos individuais psicológicos e psiquiátricos. Outra, o ambulatório da Reforma, oferece atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades ressocializadoras, tomando como diretriz o paradigma da Reforma Psiquiátrica.

Conforme o Relatório de Gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde, consideram-se muitos os avanços nos últimos anos na superação da dicotomia CAPS *versus* Ambulatórios. Apesar dos avanços, ainda se faz necessário que o campo da Saúde Mental aprofunde as discussões sobre a relação entre CAPS – ambulatórios – território e entre ambulatórios – atenção básica e território. O relatório ainda aponta que

Em geral, os ambulatórios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores – cerca de 9% da população (todas as faixas etárias) – e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Estes ambulatórios são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa – a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes. Entendemos que, em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes. Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de Caps, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Porém, em municípios que ainda não possuem Caps e municípios menores, é necessário que os ambulatórios existentes se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores. Para isso, é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos Caps. (BRASIL, 2007b, p. 18).

Entramos brevemente nesse debate para evidenciar um dos pontos de tensão da reunião de equipe. A questão não era aproximar o CAPS do ambulatório de saúde mental, mas buscar formas de construir um CAPS que não se confundisse com tal. O CAPS enquanto um ambulatório de saúde mental está caracterizado basicamente na lógica de encaminhamento e atendimentos especializados, fechado sobre si mesmo, distante dos demais serviços da rede. Um CAPS “encapsulado”. Como refere Dimenstein (2009), não podemos falar em desinstitucionalização se ofertamos cuidados apenas em um espaço, o que faz emergir um processo de “CAPSização” do cuidado em saúde mental no Brasil:

[...] as propostas de ampliação da rede têm ficado concentradas no aumento do número de CAPS, tornando-se esse o principal indicador de avanço da reforma. Esses serviços têm sido implantados sem a devida problematização acerca dos seus limites, da impregnação da burocracia, da trama das pequenas relações do dia a dia que dificultam a transformação/avanço das práticas em saúde mental. Inúmeros estudos vêm apontando para a manutenção da lógica ambulatorial e das filas de espera nos CAPS, para a falta de profissionais qualificados, apesar das supervisões, as quais, por sua vez, demonstram uma nítida dicotomia entre clínica e política, e especialmente, para o fato de ser um serviço sem nenhuma articulação no território, voltado para si próprio. Ou seja, a proposta de ser o ordenador da rede não se efetiva, indicando a produção de novas ordens de cronicidade. (DIMENSTEIN, 2009, p. 5).

Mesmo com os inúmeros avanços, a prática encontrada em diferentes CAPS “revela que a lógica ambulatorial ainda está amplamente presente no sistema e de forma aparentemente intacta” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 33). Os profissionais reconhecem essa dificuldade. E não por acaso, a equipe se reconhece como mais “madura”, conseguindo se pensar e buscar formas de lidar com essas dificuldades. Embora seja “portas abertas” para os usuários, não consegue, ainda, colocar-se da mesma forma para a rede. Acompanhando os Fóruns da RAPS da GCC, pode-se observar os serviços se apresentando uns aos outros e a dificuldade compartilhada de entender como os demais dispositivos da rede trabalham e de pactuar fluxos. Mas fluxos pactuados, entretanto, não garantem a superação da lógica ambulatorial e de encaminhamento dos serviços.

Os profissionais falam em atividade de matriciamento com unidades básicas de saúde, emergência psiquiátrica, FASE⁴² e um abrigo. Após reelaboração do conceito de organização matricial do trabalho, Campos (1999) postula um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o equipes de referência e apoio especializado matricial, sustentando-

⁴² A Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (Fase/RS) foi criada a partir da Lei Estadual nº 11.800, de 28 de maio de 2002 e do Decreto Estadual nº 41.664 – Estatuto Social, de 6 de junho de 2002, consolidando o processo de reordenamento institucional iniciado com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/90), o qual também provocou o fim da antiga Fundação do Bem-Estar do Menor (Febem). (FASE-RS, 2016).

se nas diretrizes de vínculo terapêutico, transdisciplinaridade do saber e das práticas e gestão das organizações como dispositivo para a produção de saúde. Campos e Domitti (2007) defendem que as equipes de referência e apoio matricial sejam tanto um arranjo organizacional quanto uma metodologia de trabalho. Nessa direção, três planos, do ponto de vista prático, podem ser tomados como referência no desenvolvimento desse arranjo: troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; e intervenções complementares especializadas dos apoiadores.

Ao procurar garantir a responsabilização compartilhada dos casos discutidos nas reuniões de matriciamento, potencializando uma escuta diferenciada e ampliada para os sujeitos e promovendo ações individuais e coletivas, o Apoio Matricial vem se configurando como uma aposta na superação da dicotomia entre Saúde Mental e Atenção Básica⁴³. Entendendo, então, que a Atenção Primária é a porta de entrada e que é nesse espaço que se vai acolher as demandas dos usuários de drogas, a proposta de cuidado longitudinal e a inserção das redes sociais, de apoio, família e o território como importantes elementos na produção de saúde, vários são os autores que afirmam a importância da inserção da saúde mental na APS, sendo potencialmente uma ferramenta no avanço da própria Reforma Psiquiátrica (PAULA et al., 2014; FIGUEIREDO; ONOCKO, 2008; 2009; DIMENSTEIN et al., 2009; PENIDO, 2013; PAULON; NEVES, 2013; DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013; MINOZZO; COSTA, 2013; CUNHA; YASUI, 2011).

Uma das estratégias utilizadas para a articulação entre saúde mental e atenção básica é a Educação Permanente em Saúde (EPS). A palavra “permanente” traz consigo a ideia de ininterrupção do processo formativo, considerando que os cursos de graduação não esgotam os saberes necessários para a prática profissional. Mas o conceito de EPS ultrapassa a noção de uma mera transmissão de conhecimentos atualizados; é um processo constante de busca por

⁴³ O Ministério da Saúde define como princípios da Atenção Básica: “um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006b, p. 10).

alternativas às demandas de saúde surgidas nos contextos de trabalho. De acordo com Farah (2003, p. 5), a EPS deve ser entendida como “um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos”.

Por isso, a formação orientada pela lógica da EPS deve se tornar parte do processo de trabalho, e não uma parada dele, como acontece nos tradicionais encontros de capacitação. Para além das escolhas de temas pontuais e verticais, é lugar comum entre os autores o pressuposto de que a EPS deve estar pautada na aprendizagem significativa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Durante a pesquisa, tive a oportunidade de acompanhar um desses momentos dentro da proposta de EPS. Embora considerado como um momento de parada, o encontro mostrou-se potente, com relatos de experiências e dificuldades dos profissionais da atenção básica. Convidado por Barbara G., fui participar do último encontro do Curso de Capacitação em Saúde Mental para profissionais da Atenção Básica da Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal. Os conteúdos do curso foram escolhidos pelos próprios profissionais da Atenção Básica, e os encontros foram coordenados pelos profissionais que atuam nos serviços especializados em Saúde Mental da região. No último encontro, o CAPS AD era o serviço responsável pelo encontro, ficando a cargo de dois profissionais do serviço, Barbara G. e um profissional médico. Barbara G. me convidou para participar e contribuir quando eu quisesse com a fala dela, pois me disse que estava se sentindo insegura, principalmente com os temas da Redução de Danos e do debate sobre a regulamentação da maconha.

Barbara G. iniciou o encontro. Ela falou sobre o que eram os CAPS de um modo geral. Depois, falou sobre os CAPS AD, seus objetivos, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Nesse contexto, ela apresentou o CAPS AD GCC: os profissionais que compõem a equipe; as atividades desenvolvidas; e um destaque especial à proposta de interconsultas com diferentes serviços da rede, incluindo principalmente o CAPS II e a FASE. Nesse ponto, algumas pessoas se manifestaram, querendo entender como funcionam as interconsultas e encaminhamentos para o CAPS. A enfermeira falou que as interconsultas são mais uma proposta do que algo realmente efetivado. Acontece já no serviço alguns encontros com profissionais de outras equipes para discussões de casos específicos, mas ela reiterou a disponibilidade de toda a equipe para isso. Também comentaram que, hoje, o lugar que tem sido mais utilizado para discussão conjunta de casos é o Fórum da RAPS, que ocorre uma vez por mês na Gerência Distrital.

Outro aspecto que ganhou destaque na discussão foi o fato de o serviço ser “portas abertas” e ter plantões de acolhimento diários, nos dois turnos. Barbara G. explicou que em cada turno um profissional é referência para o acolhimento. O acolhimento aberto,

proporcionado pela equipe do CAPS, foi um ponto muito elogiado pelos profissionais presentes no curso. Entretanto, falou-se também nas dificuldades de dar conta das demandas e que, em alguns momentos, os profissionais estão com as agendas lotadas de atendimentos. Nesse debate, também se falou na importância dessa formação para os profissionais da AB, pois, em muitos casos, o usuário não precisa ser encaminhado para o serviço especializado. Isso se torna possível com a maior preparação desses profissionais para uma escuta atenta para as questões de saúde mental. Mas, como disse uma profissional, o fato dos trabalhadores estarem mais atentos e preparados para as questões de saúde mental pode também elevar a necessidade do trabalho conjunto entre os serviços da rede.

Por fim, Barbara G. enfatizou a importância do acolhimento nos serviços, um acolhimento sem preconceitos em relação ao usuário de drogas, uma escuta qualificada que não se restringe ao protocolo e à triagem. Nessa direção, ela apresentou o que entende por Redução de Danos e estratégias de Redução de Danos. Nesse momento fez uma pequena intervenção, apenas complementando o que ela havia falado. Uma profissional da FASE comentou que está elaborando um projeto de intervenção em relação ao uso e abuso de drogas, junto aos adolescentes internos na sua unidade. Essa profissional comentou que grande parte dos internos tem envolvimento com drogas, mas que o maior problema encontrado não é a dependência, mas o tráfico e os contextos de violência dos quais fazem parte. Uma das perguntas dela, que gerou uma reflexão e não uma resposta, foi como pensar em estratégias de RD dentro desse contexto. Questão importante e que precisa ser aprofundada.

Após o intervalo, o profissional médico do CAPS iniciou sua fala. Ele ficou mais centrado nos critérios diagnósticos de uso nocivo, abuso e dependência. Sua fala, bastante técnica, trouxe elementos da bioquímica cerebral envolvida na dependência, falou da dependência química como uma doença crônica e incurável. Como ele disse: “sou sincero com os pacientes, digo que não tem cura, tem tratamento” [SIC]. Em um momento da discussão me senti muito incomodado. Aconteceu um debate sobre a família e a importância da figura paterna. O relato do psiquiatra e de uma profissional endossaram a tese de que, em boa parte

dos casos, falta a figura paterna nos casos mais graves, vinculando a figura paterna à ideia de ordem e limites⁴⁴.

Um médico, profissional da AB, concordou com a tese, mas problematizou um pouco mais. Comentou sobre um caso na vila em que trabalha, uma mulher com três ou quatro filhos, que deixa seus filhos soltos, prontos para serem “pegos pelo tráfico” [SIC]. Mas a questão que ele levanta vai além da falta de um pai: como agir diante da condição de pobreza, miséria em que essas famílias se encontram? Que tratamento funciona se eles voltam para aquele lugar cheio de “bocas”? Como esperar que eles procurem um emprego formal que paga R\$700 se o tráfico rende muito mais que isso? Que outras formas de satisfação podemos lhes oferecer diante do prazer proporcionado pelas drogas? Todas essas questões levaram os profissionais a refletir sobre dois pontos importantes. Um deles, o imediatismo, principalmente pelo prazer proporcionado pelas drogas e a necessidade de ter coisas. Mas, ao referirem sobre o imediatismo, falaram do imediatismo “deles”, ao que retruquei [para mim mesmo], imediatismo nosso.

O outro ponto foi o sentimento de impotência dos profissionais diante dessa realidade. Como disse Barbara G., sentimo-nos impotentes diante da pobreza e das questões sociais mais amplas. Não temos como mudar isso, como mudar o mundo, mas vamos nos esforçando para mudar pequenas coisas e, para algumas pessoas, isso já faz muita diferença na vida deles. Após essa discussão, o profissional médico, para concluir sua ideia, insistiu na importância da figura do pai. Nesse encontro ficou mais claro para mim duas propostas distintas que disputam e

⁴⁴ Esse debate acabou trazendo à tona a noção da “família desestruturada”, em oposição à família “normal” ideal, modelo que correspondeu às necessidades da sociedade burguesa em meados do século XIX, que se dissolveu. A sociedade contemporânea, regida por leis de mercado que disseminam imperativos de bem-estar, prazer e satisfação imediata dos desejos, só reconhece o amor e a realização sexual como fundamentos para as uniões conjugais. Essa transformação torna a família um agrupamento circunstancial e precário (KEHL, 2003). Governada pela lei dos afetos e dos impulsos sexuais, a família deixa de ser uma sólida instituição e gera um mal-estar, oriundo da dívida que nos cobramos ao comparar a família que conseguimos improvisar com a família que nossos pais e avós constituíram. A fim de “saldar” essa dívida, que na verdade é inexistente, Kehl (2003) caracteriza as separações e novas uniões, famílias ditas “monoparentais” ou “homoparentais” (termos que ainda agregam valores patriarcais), ou seja, essas constituições familiares diferentes da família nuclear ideal, como “família tentacular”. Além de denominá-la dessa forma, a autora defende a existência dessas famílias. A família tentacular contemporânea, menos endogâmica e mais arejada que o modelo nuclear burguês de família, “traz em seu desenho irregular as marcas de sonhos frustrados, projetos abandonados e retomados” (KEHL, 2003, s/p.), na qual cada filho do casal separado é a memória viva do momento que aquele amor fazia sentido. Portanto, se o ideal de família nuclear não for superado, ele pode funcionar como “impedimento à legitimação da experiência vivida dessas famílias misturadas, engraçadas, esquisitas, improvisadas e mantidas com afeto, esperança e desilusão, na medida do possível” (s/p.). Considero fundamental essa posição de Maria Rita Kehl, uma vez que nos ajuda desnaturalizar essa ideia tradicional de família. Colou-se a essa noção a ideia de que “famílias desestruturadas” levam ao consumo de drogas, culpabilizando as famílias, ou que o consumo de drogas leva à desestruturação da família, culpabilizando os indivíduos usuários de drogas. Geralmente, no primeiro caso, tratam-se de famílias provenientes de contextos mais empobrecidos. No segundo caso, famílias de mais elevado nível socioeconômico se desestruturam quando os filhos começam a usar drogas (ROMANINI; ROSO, 2012; 2013b).

coexistem na mesma equipe: o modelo de atenção com ênfase hospitalar [representado claramente pelo profissional médico] e o modelo de atenção com ênfase psicossocial [representado na apresentação de Barbara G.] (BARROSO; KNAUTH; MACHADO, 2014)⁴⁵.

Foi muito interessante participar desse encontro. Os profissionais da Atenção Básica mostraram-se muito interessados na discussão. A ideia desse curso e a maneira como ele foi organizado, com a participação direta dos próprios profissionais, pode ser uma das formas para construir pontes, ou pontos de contato entre a saúde básica e a saúde mental, desafio presente hoje para a construção das redes de saúde. Além desse encontro com os profissionais da atenção básica, percebemos o esforço de alguns profissionais em realizar o matriciamento, como fica explícito no decorrer do grupo de discussão e na entrevista de Clarice L.:

eu comecei a fazer as interconsultas, que era o espaço que primeiro era para todas as unidades básicas da saúde e qualquer serviço, mas ela estava muito esvaziada e só ia o pessoal da FASE. Como eu tinha interesse nos adolescentes e de entender como é que funcionava, eu comecei a fazer interconsultas com as gurias e cada vez mais me aproximar com o pessoal da FASE assim, e aí entender um pouco mais do adolescente atendidos e da dependência química na adolescência e na medida sócio-educativa. [...]. Aí chegou uma residente no CAPS que gostava bastante dessa coisa de ir à vila, nas unidades conhecer e a gente acabou se juntando e resolveu fazer o matriciamento. Então a gente matriciou o ponto da divisa, o PACS a gente matriciou também, e como a gente não tinha carro a gente matriciou os pertos e aí agora tô matriciando o abrigo João de Barro e aí percebi assim que tanto no divisa quanto no PACS, no abrigo assim os técnicos de enfermagem não se apoderam dessa parte da dependência química, ficam na rotina. (CLARICE L.).

Essa aproximação com outros pontos da rede, inclusive a Atenção Primária, aparece como uma tentativa de abertura do CAPS e de superação do modelo ambulatorial. Outra experiência foi relatada por Frida K., que atuava como tutora do PET Saúde, orientando os alunos da graduação em atividades de matriciamento:

⁴⁵ Com o objetivo de compreender como os modelos de atenção são atualizados no cotidiano dos serviços de saúde de um município do Rio Grande do Sul, Barroso, Knauth e Machado (2014) discorrem sobre as práticas de dois serviços de saúde – um correspondente ao modelo de atenção com ênfase hospitalar, que é voltado ao atendimento do usuário no âmbito do hospital; outro correspondente ao modelo de atenção com ênfase psicossocial, que enfatiza o acolhimento do usuário na lógica ambulatorial. Ao falar sobre as diferentes perspectivas, as autoras afirmam que “ainda que os dois modelos de atenção para usuários de drogas estudados se valham da desintoxicação, da prescrição de medicamentos e da reinserção social como aspectos que compõem suas propostas terapêuticas, cada qual aciona esses elementos de diferentes formas. Nesse sentido, cada modelo assume ênfases díspares, conferindo especificidades para a atenção oferecida aos usuários, sendo estratégica, a adjetivação da ênfase de cada modelo a fim de se explicitar o contraste entre eles” (BARROSO; KNAUTH; MACHADO, 2014, p.128). No caso desta pesquisa, é possível perceber os dois modelos dentro do mesmo serviço.

eu estava vinculada ao PET saúde, as coisas estavam andando assim e que era uma parte do trabalho que a gente gostava muito assim, atendia em duas e em dois programas de saúde da família, tinha alunas e elas ficavam vinculadas, elas não ficavam no CAPS, elas ficavam nas unidades e desenvolviam projetos lá. Então era o momento em que eu podia falar de outras coisas e não só de dependência química. De saúde mental em geral e de planejar coisas com elas assim. E aí a gente fazia o matriciamento dessas equipes, das duas equipes. Foi um momento bem legal assim, era bem organizado o PET e era só da psicologia e então tinha vínculo com os alunos da Psico, faltava assim um envolvimento maior entre os alunos, mas a gente estava sempre buscando isso assim com os alunos que entravam tinham muito essa preocupação de buscar interface com outros cursos. (FRIDA K.).

Na mesma entrevista, Frida K. traz outra questão relativa à aproximação do CAPS com a rede, que parecia-me ser uma inquietação de vários dos profissionais dessa equipe:

Então assim, ela tava com raiva porque sabe que o local dela não é aqui, que é a região centro, que não tem CAPS AD e que a gente encaminha pro Modelo, e fazer isso é muito, muito duro pra gente, todo tempo, ah as vezes a gente faz, o paciente insistiu, mas a orientação não do paciente, mas a gente não tem pra onde encaminhar e realmente a gente sabe que o paciente vai pra lá pro Modelo e não vai ser atendido, vai ficar numa sala e numa lista de espera e não vai ter o atendimento lá. Mais aí fazer o quê sabe? Acolher todo mundo? Acolher alguns casos? Encaminhar pra lá para pressionar a Gestão para que monte um CAPS lá? Isso tudo não é decisão fácil, porque não é, porque na tua frente tem uma pessoa e que a resposta que tu for dar, talvez mude o futuro dela... (FRIDA K.).

A falta de dispositivos em outras regiões da cidade também aparece como um problema a ser resolvido no cotidiano do serviço. E na própria Gerência Distrital GCC surgem alguns impasses. Na região, temos o CAPS II e o CAPS AD, que ainda apresentam uma insípida relação. Se o usuário faz uso de algum tipo de droga, mesmo que isso seja secundário na vida dele, o CAPS II não aceita e encaminha para o CAPS AD. Se a pessoa tiver um diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo, ele, preferencialmente, é encaminhado para o CAPS II. Muitas vezes o CAPS AD acaba acolhendo esse usuário, porque sabe que ele acabará sendo reencaminhado. O problema, então, não é apenas a dicotomia entre Atenção Básica e Saúde Mental, mas dentro do próprio campo da saúde mental.

Em relação à atenção básica, mas podendo trazer a discussão para o âmbito da saúde mental, percebe-se ainda certa resistência à ideia de ser porta de entrada para todos os usuários do SUS. Há o questionamento das próprias equipes sobre a capacidade resolutiva do serviço, pois, conforme a política de atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família deve romper com a centralidade na doença, deve ser resolutiva e evitar encaminhamentos e medicalizações desnecessárias, favorecendo o atendimento integral da pessoa. O que se observa, entretanto, são os intermináveis encaminhamentos, o que evidencia “uma desarticulação das ações de saúde, em que um determinado serviço ‘faz a sua parte’ e encaminha para outro serviço realizar a

‘parte dele’. Nessas situações, percebe-se que não há a responsabilização e o vínculo, recursos necessários para a resolutividade das ações em saúde” (PAULA et al., 2014, p. 231).

A lógica do encaminhamento, dessa forma, impede que os serviços avancem no debate sobre a integralidade e a intersetorialidade, como pontua uma das profissionais do CAPS:

Eu vejo também aqui que é uma coisa bem diferente que é de falar dessa intersetorialidade, de falar desta interdisciplinaridade e eu não vejo uma parte do direito junto, eu vejo na saúde várias profissões, mas eu não vejo o direito na saúde, e é uma pena assim porque a gente, quando eu fiz este trabalho com os adolescentes nas medidas socioeducativas eu vi que os Juízes e os Assistentes Sociais que estavam no foro eles não entendiam nada do CAPS, nem como é que funcionava, tanto é que vinham muitos adolescentes com regime fechado, com risco de agressão, com risco de fuga e vinham pra cá porque a Juíza determinava que tinha que vir. Um dia ele me disse eu quero CAPS porque eu uso droga e cometi este delito por causa da droga e o Juiz sabia, passava a caneta e as pessoas tinham de dar conta, e os profissionais discutiam na interconsulta e os profissionais também conversando isso com os Juízes puderam fazer um trabalho melhor de só encaminhar para cá o que eles também achavam que era questão de dependência química e não aquela questão de burlar o sistema. E os Juízes começaram a entender e a aceitar o parecer dele e eles começaram a aceitar o nosso parecer de não tem indicação para CAPS, não tem indicação para tratamento neste convênio, mas essa conversa parece que alguns que fazem e outros não e parece que é urgente assim o direito entrar na saúde e entrar nesta parte do CAPS, de ter uma intersetorialidade do direito com a saúde. (CLARICE L.).

Para além da interface do direito com a saúde, a questão que emerge dessa reflexão é a função do CAPS e como ele é percebido pelos profissionais e demais serviços. Clarice L., ao falar da questão de “burlar o sistema”, referia-se ao apelido dado ao CAPS pelos meninos da FASE: “Escaps”. Alguns deles traçavam planos de fuga na oportunidade em que iam para o tratamento no CAPS. Mas também podemos pensar no “escaps” como um escape de uma dura realidade ou como uma possibilidade de criar outros espaços, acolhedores, produtores de saúde. Como podemos ver, várias são as dificuldades nessa interlocução com a rede, especialmente, na relação da saúde mental com a atenção básica. Dentre os problemas, Dimenstein, Lima e Macedo (2013, p. 51) destacam que

O primeiro deles é uma clara dificuldade em produzir convergência de princípios e de práticas entre as equipes. Segundo, há um número reduzido de ferramentas de trabalho se entendemos que a intervenção precisa abarcar diferentes âmbitos (pessoal, familiar e sociocultural) e ações intersetoriais amplas envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Além disso, o trabalho de matriciamento tem se limitado à discussão de casos, uma vez que o atendimento e as intervenções conjuntas junto ao usuário, famílias e comunidades são incipientes, bem como são pouco utilizados mecanismos presenciais ou virtuais para troca de experiência entre as equipes. Observa-se também que o matriciamento não tem funcionado como estratégia de educação permanente das equipes de saúde, ampliando as habilidades e competências requeridas para atuação nesse campo. [...] Por fim, não escapa do modelo de supervisão técnica para se tornar trabalho compartilhado, em colaboração.

Para superar o modelo ambulatorial, então, o CAPS, além de pensar em outras estratégias de articulação com a atenção primária, deve contribuir com a articulação da rede, buscando a garantia da continuidade de cuidados, esforçando-se num empreendimento coletivo de integração de todos os âmbitos da saúde e, destes, com as redes de caráter educativo, social, ocupacional, redes de cuidados informais. Assim, é possível sair da lógica do encaminhamento entre os serviços, bem como da lógica médico-centrada e de atendimentos especializados fragmentados. A figura do médico, por exemplo, ainda ocupava uma função organizadora dos processos de trabalho neste CAPS, tendo como referência a prescrição de remédios.

Apesar de todos os esforços, essa tensão persistia na equipe e soava como uma cobrança vindo da “gestão”. Esse foi o segundo ponto de tensão que senti na primeira reunião em que participei no CAPS. Segunda dicotomia também: gestão *versus* profissionais/trabalhadores. Um dos princípios da PNH é a indissociabilidade entre atenção e gestão. Através desse princípio, a PNH preconiza que, pelo fato das decisões da gestão afetarem diretamente na atenção à saúde, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e a rede de saúde, bem como participar ativamente dos processos de decisão, através da gestão participativa ou cogestão. A cogestão envolve, portanto, a inclusão de profissionais e usuários nos processos de análise e decisão nas tarefas de gestão (BRASIL, 2013).

Essa visão é compartilhada por autores que discutem a gestão em saúde e que brevemente apresentamos no capítulo anterior (NEVES; HECKERT, 2010; MERHY, 1999; BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013; LEITE; SCARPARO; OLIVEIRA, 2013). O intuito aqui não é o de questionar esse princípio, até porque compartilho dessa concepção. Entretanto, quero destacar que a frase “todos nós somos a gestão” [SIC] pode ser vista sob mais de um ponto de vista. Enquanto acompanhava a área técnica nos fóruns e reuniões e escutava as narrativas dos profissionais, essa frase pode ser compreendida deste lugar. Nem todos os profissionais se implicam com a política de saúde mental, como enfatizou Nise S. em sua entrevista. E isso é visível nos serviços.

No CAPS, por exemplo, vislumbrei, ao menos, três grupos em movimento dentro da mesma equipe. Um que acreditava na política e que não media esforços na tarefa de acolher, cada vez melhor, os usuários. Outro, mais isento, não tão implicado na luta política, mas que desempenha uma função técnica, com bons atendimentos, mesmo que na lógica ambulatorial. E um terceiro, descompromissado com a proposta da construção de um CAPS. Então, nas reuniões que acompanhei em que estavam presentes os profissionais da área técnica e/ou da gerência distrital, esse princípio, “todos nós somos a gestão”, era escutado, do lado dos profissionais do CAPS, como algo desprovido desse tom político da PNH. Essa frase, além de

ser escutada como uma cobrança, soava como uma desresponsabilização da “gestão central” – se não temos materiais para as oficinas, não vamos reclamar, vamos encontrar alternativas, afinal todos somos a gestão! Aquilo que na PNH é concebido como cogestão era entendido pelos profissionais como mais um peso para eles. Acompanhando os dois lados, pude entender essas duas diferentes compreensões do mesmo princípio. Aqueles profissionais mais implicados, acabavam por se desmotivar. Desmotivação com a demora para a solução de alguns problemas, desmotivação com a burocratização de todo e qualquer pedido feito à gerência. Isso não é justificativa para o descompromisso, como pontou Nise S., mas acho que é um ponto fundamental para se pensar e discutir no âmbito da gestão.

Neste ponto, gostaria de recorrer a Norbert Elias que, através de sua parábola das estátuas pensantes, ajuda-nos a refletir sobre mais essa dicotomia no campo da saúde:

À margem de um largo rio, ou talvez na encosta íngreme de uma montanha elevada, encontra-se uma fileira de estátuas. Elas não conseguem movimentar seus membros. Mas têm olhos e podem enxergar. Talvez ouvidos, também, capazes de ouvir. E sabem pensar. São dotadas de “entendimento”. Podemos presumir que não vejam umas às outras, embora saibam perfeitamente que existem outras. Cada uma está isolada. Cada estátua em isolamento percebe que há algo acontecendo do outro lado do rio ou do vale. Cada uma tem ideias do que está acontecendo e medita sobre até que ponto essas ideias correspondem ao que está sucedendo. Algumas acham que essas ideias simplesmente espelham as ocorrências do lado oposto. Outras pensam que uma grande contribuição vem de seu próprio entendimento; no final, é impossível saber o que está acontecendo por lá. Cada estátua forma sua própria opinião. Tudo o que ela sabe provém de sua própria experiência. Ela sempre foi tal como é agora. Não se modifica. Enxerga. Observa. Há algo acontecendo do outro lado. Ela pensa nisso. Mas continua em aberto a questão de se o que ela pensa corresponde ao que lá está sucedendo. Ela não tem meios de se convencer. É imóvel. E está só. O abismo é profundo demais. O golfo é intransponível. (ELIAS, 1994).

Essa parábola abre margem para outras tantas longas discussões. Mas ela me parece fundamental para pensarmos nas relações entre os profissionais, entre saúde mental e atenção básica, entre os serviços da RAPS, entre atenção e gestão. Essas dicotomias abrem abismos profundos entre os dois lados. E eles existem. As estátuas pensantes olham, observam, ouvem. Elas sabem que acontece algo “do outro lado”, mas não conseguem se mover. Embora com os dispositivos dos Fóruns, rodas de conversas com profissionais, assembleias com os usuários, parece que mesmo assim é difícil compreender o lugar do outro.

O lugar que ocupamos, conforme o próprio Elias (1994), coloca-nos num emaranhado de funções em relação às pessoas. A área técnica, por exemplo, que aqui representa a gestão diante dos trabalhadores, encontra-se num emaranhado de relações-funções: usuário-profissional-área técnica; familiares-serviços-área técnica; profissionais-área técnica-secretário de saúde; área técnica-secretário de saúde-prefeitura-governo federal; dentre tantas outras

combinações possíveis. Para a equipe do CAPS podemos pensar em várias outras combinações também. Esses lugares-funções-relações tornam a experiência de cada profissional, de cada serviço, singular, única. Experiências que, por mais que possam ser narradas, só podem ser de fato vividas estando naquele lugar e desempenhando determinadas funções (ELIAS, 1994).

Isso é importante porque nos ajuda a refletir sobre o lugar de quem fala e o lugar de quem escuta. “Todos nós somos a gestão”. Essa frase, ao invés de potencializar o caráter político do fazer saúde mental, despotencializa aquele que escuta e os afasta. Estátuas pensantes isoladas. Um CAPS isolado. Outro serviço isolado. E sabemos que uma rede não se faz com serviços isolados, por melhor equipados que estejam e com os profissionais mais bem preparados. O ataque, do outro lado, de que “a gestão” só faz cobrar, também despotencializa, porque se desconhece, muitas vezes, o emaranhado de relações e tensões presentes no campo da gestão. Como escutar e acolher esses diferentes lugares? Se eu tivesse feito apenas o grupo de discussão e as entrevistas individuais, será que eu teria conseguido vivenciar o lugar do profissional? Provavelmente não.

Dois desafios se colocam logo de início: efetivar práticas que não dissociem gestão e atenção e construir um CAPS que supere o modelo ambulatorial. Para tal, uma das tarefas mais importantes é “esquentar” a rede de saúde mental, bem como convocar e propor articulações com os recursos afetivos (relações pessoais, familiares), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, transporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.) e culturais (vide figura 12). Entretanto,

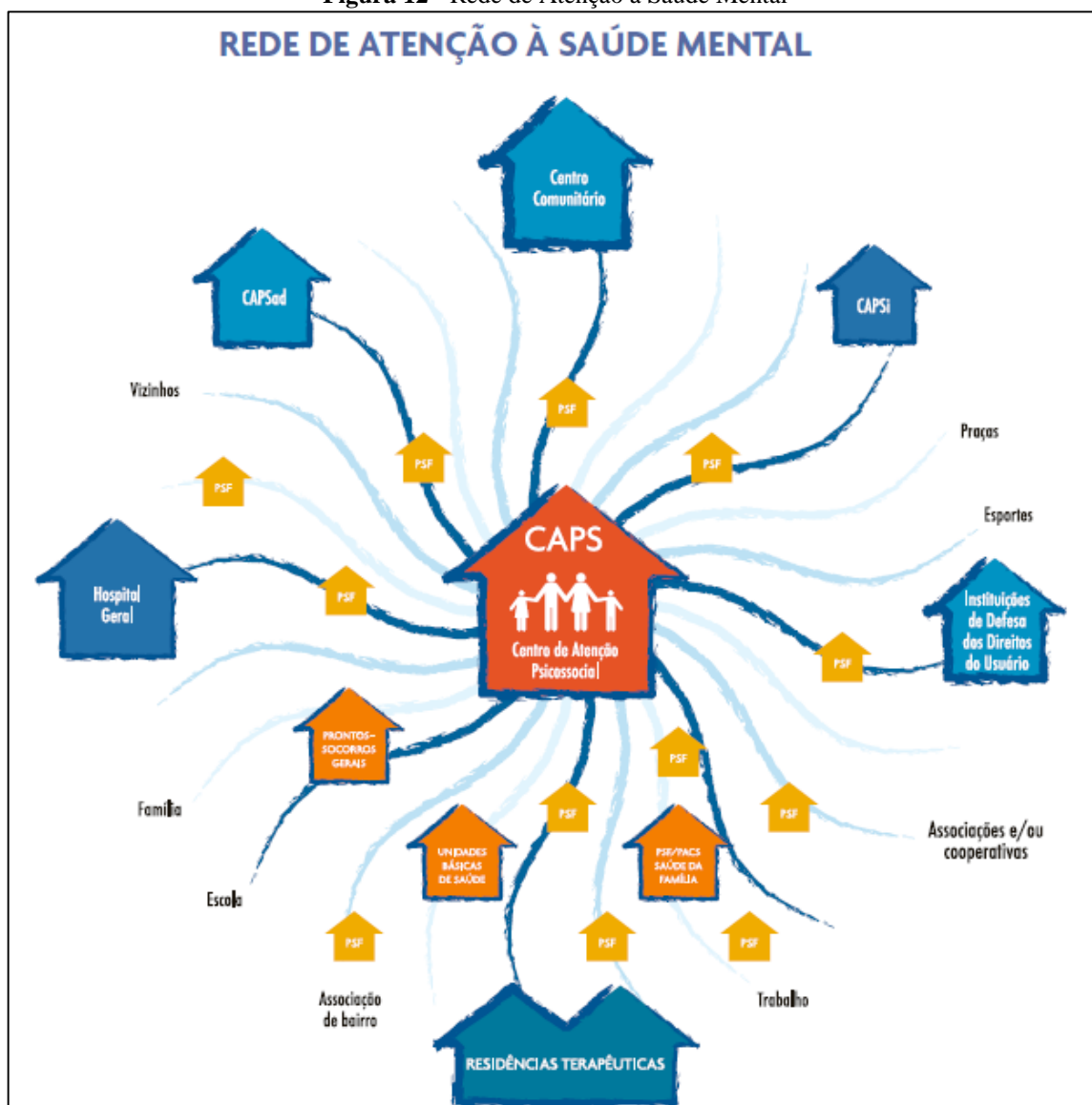
As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004b, p. 12)

Ainda no início das minhas observações, ao chegar ao CAPS, encontro na sala de reuniões da equipe alguns profissionais conversando. Com o intuito de interagir e me integrar mais à equipe, fui apresentado àqueles que ainda não havia tido a oportunidade de conhecer e juntei-me à roda de conversa. No decorrer da conversa, uma das profissionais do serviço me contou um pouco sobre as recentes mudanças nas atividades oferecidas pelo serviço.

A equipe promove, quinzenalmente (nas sextas-feiras), uma assembleia com os profissionais e usuários do CAPS. Em uma das assembleias, decidiu-se que, a cada seis meses,

os usuários deverão trocar de oficina ou grupo, para não ficar sempre nas mesmas e abrir espaço para outras pessoas. Frida K., presente na conversa, deu o exemplo da Oficina de Velas. Ela disse que, como a oficina envolve um trabalho com materiais “perigosos” – eles podem se queimar, por exemplo –, ela costuma acontecer com, no máximo, seis pessoas. Como o grupo era o mesmo há quase um ano e meio, outras pessoas não tinham a oportunidade de participar desta oficina. Só que com essa reorganização, as oficinas se esvaziaram. E dependendo do plano terapêutico, os usuários participam em mais de uma oficina ou grupo.

Figura 12 - Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil (2004b, p. 11).

Nesse meio tempo, Frida K. foi fazer um atendimento e fiquei conversando com a Carlota Q. Ela contou um pouco das dificuldades que a equipe vem enfrentando e a proposta de se repensar enquanto CAPS. Apesar das dificuldades, ela fala do quanto gosta de trabalhar

no serviço, ainda mais quando lembra do trabalho dela em uma emergência psiquiátrica. Ela fala do local de trabalho, na internação, em ritmo de plantões intercalados, em um local velho, descuidado, com poucas janelas e ventilação. Falou também da equipe e da forma como tratam os usuários de drogas. Ela me disse que lá eu veria um “desacolhimento”, pois a questão da dependência química como doença é muito forte e os usuários são muito estigmatizados, tratados como “safados”, “vagabundos”. Essa fala retornou mais tarde, com a Zuleika J., que já trabalhou também no local. Ela me contou que estavam tentando fazer uma troca entre ela e a assistente social dessa emergência, já que esta já tem uma “certa idade” e está adoecendo em função do local de trabalho. Zuleika J. disse que jamais voltaria para lá, ainda mais que faltam apenas uns cinco anos para sua aposentadoria.

Após o atendimento, Frida K. voltou para a sala em que estávamos conversando. Como eu já havia observado na primeira reunião de equipe em que participei, ela e outra profissional querem ser transferidas de local. Ela afirma, assim como eu já havia escutado de uma profissional da Área Técnica e como discutido acima, que “o CAPS está funcionando como um ambulatório” [SIC]. Os pacientes têm vindo apenas nos horários das oficinas, grupos e atendimentos individuais, não havendo circulação de usuários dos serviços fora desses horários, a não ser em casos de emergência. A profissional relatou que, na última quinta-feira, a equipe havia programado uma atividade externa para comemorar a páscoa. Eles iriam fazer um piquenique com os usuários, mas “não chegou nem a ser cancelado, não aconteceu por falta de quórum” [SIC]. Ela falou com certo saudosismo do CAD – Centro de Atenção Diária. Quando o CAD ainda funcionava, o serviço estava mais cheio, aconteciam mais atividades, e os usuários se vinculavam mais ao serviço.

O CAD foi ponto de pauta de várias das reuniões em que estive presente. Visivelmente é um dos pontos que causam maior estranhamento e tensionamentos no serviço. Ponto de desgaste, de discussão. Cabe destacar que os CAPS devem oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b). Para cumprir com esses objetivos, os CAPS visam, então:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares
- psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004b, p. 13)

Vemos, portanto, que o CAD está previsto como uma das funções e/ou objetivos do CAPS. Conforme a Portaria n.336/2002, dependendo do Projeto Terapêutico do usuário no serviço, o atendimento pode ser classificado como intensivo (atendimento diário, para os usuários que necessitam de atenção contínua), semi-intensivo (o sofrimento e a desestruturação do usuário já diminuíram, mas ainda necessita de atenção direta da equipe) e não intensivo (oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver no território, podendo ser atendido até três dias no mês). Dessa forma, o problema desta equipe é com os atendimentos intensivos e semi-intensivos. Frida K. fala, em sua entrevista, sobre as dificuldades em tentar implantar o CAD no serviço:

Aí quando a gente veio para cá [referindo-se à mudança para a casa], foi um momento de adaptação assim, porque os pacientes passavam o dia aqui. Quando a gente começou eles nos ajudaram a mexer os móveis, a arrumar as coisas, a organizar material, pensar onde vai ser cada coisa, pensar onde vai ser as salas. Tudo a gente discutia na assembleia. A assembleia era semanal, mas todos os dias a gente estava discutindo isso assim. Foi um momento de um mês assim e foi de mudança assim. A gente ficou uma semana ou duas sem atender, mas eles estavam aqui o tempo todo, assim alguns, pelo menos uma meia dúzia vinha direto, passavam aqui, ficavam conversando, foi um momento muito legal assim, muito alegre assim do serviço. Bah agora vai, a gente já estava com uma equipe maior, do que tinha lá antes. E aí a gente começou a ver que não era tão fácil assim, que o paciente ia ficar circulando aqui, tinha a coisa do cigarro, onde é que podia fumar, dentro ou fora do serviço, mas dentro é um serviço de saúde, tá mas é uma casa também, mas na rua eles ficam expostos, mas aqui dentro a gente e aí todas as discussões e tudo era motivo de discussão longa. Ah nós vamos compartilhar xícara, mas tem a questão da hepatite. Ah mas tem não sei o que, e tudo era assim. E foi uma época que eu adoeci muito assim. [...]. Quando a gente entrou aqui, isso é pra eles, é pra eles, é pra eles, e algumas pessoas... ficou esse serviço é nosso, e aí ficava: é pra eles, é nosso, e parece que cada vez a gente mais dizia é pra eles, mais o pessoal dizia é nosso, e hoje acho que está tendo um pouco mais de mescla. Não, é nosso também. É nosso, a gente tem direito a ter um porta casaco, ter um café, ter uma sala, ter um espaço nosso, esse espaço é onde a gente passa o dia, então hoje a gente tá nesse momento assim e aí, bom, já faz um ano e meio que não tem CAD, a gente teve por seis meses só. Retomando, quando a gente voltou das férias eu olhei e tá é isso então [referindo-se ao fato de quando ela e Tarsila A. voltaram das férias, o CAD havia sido extinto pela equipe]. Não vou fazer mais nenhum movimento para que tenha. Toda reunião de equipe – pauta CAD, isso vinha, isso vinha, porque primeiro a gerência achava ruim a gente ter iniciado o CAPS AD sem ter nutricionista, sem ter alimentação, porque era assim, os pacientes passavam o dia aqui, alguns, eles traziam sua comida, a gente comprava comida coletiva onde todo mundo contribuía e todos comiam, era assim. Era feito com o que tinha, com o que dava, e se não tinha era bolacha que aos poucos a gente começou a receber, mas o mais importante era ele ficar assistido. E aí quando a gente voltou, realmente não

tinha isso e aí a gente cansou de fazer isso, esse movimento de nadar contra a maré. Então tá, e aí eu me dei conta também que eu fiquei muito tempo apática assim, tipo calma, então tá a gente se mudou para cá e a gente não pode fazer o que era para a gente estar fazendo, então tá. E aí eu passei muito tempo, muito tempo vindo trabalhar, fazer as minhas coisas e ir embora. Algumas coisas me incomodavam e a gente tocou alguns projetos com tempo, mas não era com a mesma empolgação que no ano anterior, com a mesma ilusão de que as coisas iam melhorar. (FRIDA K.)

O relato desta profissional é muito significativo e diz da trajetória coletiva da equipe. Ela ainda complementa que aconteciam

Muitas agressões aos usuários, e agressões veladas muitas vezes, que a gente tinha muita dificuldade de identificar e de falar sobre isso. Aí em todo lugar que a gente ia, a gente marcava que o CAPS tinha que ter um espaço de atenção diária, e aí a gente fez o cronograma, o que é que delimita a atenção diária, só que a gente via que quando a gente saía, ou eu ou ela [referindo-se à Tarsila A.] para fazer uma atividade, ou fazer uma oficina, ou um atendimento, os pacientes que estavam ali já tinham ido embora quando voltávamos. E a gente começou a se dar conta que como não ficava ninguém ali com eles, eles eram mandados embora, ou então a fulano já são quatro horas tu já podes ir embora, agora tu já pode ir. Enquanto eu e ela dizíamos não tu fica até as cinco, vamos fazer alguma coisa, quando eu e ela fazíamos isso, muitos outros profissionais acabavam liberando o paciente ou nem ficava com eles aí. Não tinham mais atenção e acabavam indo embora. [...]. E quando a gente voltou não existia mais CAD, que era uma coisa que já vinha, já vinha, ah os pacientes já passam o dia aqui, pra que? Para jogar uno, para jogar dominó, isso é terapêutico? E eu sempre trazia, sim isso é terapêutico, não é só o jogo do uno, olha o que é que a gente trabalha aqui, a gente trabalha a socialização, memória, cognição, distração, tolerância com a frustração... mas isso era diário assim, diário essa cobrança de grande parte da equipe assim... Hoje eu entendo de uma outra forma, isso na época era muito mais difícil pra mim, hoje eu entendo assim a dificuldade que as pessoas tinham de entender o tipo de trabalho, a dificuldade de vir para um espaço diferente, e de ter de estar ali, corpo a corpo, direto com o usuário, o dia todo. (FRIDA K.)

Além da questão do CAD, os profissionais falavam muito sobre a burocratização dos serviços públicos e do quanto isso acaba emperrando o trabalho dos profissionais. Compara-se o trabalho do CAPS quando estava localizado dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, com condições precárias de trabalho. O CAPS hoje, em contrapartida, conta com um espaço físico ótimo, uma casa bonita, grande. Mas, como Frida K. questionou, de que adianta uma casa grande e bonita se a gestão não investe no serviço? Ela disse, para dar um exemplo, que quase todas as coisas que têm na cozinha (talheres, pratos, micro-ondas, etc.) foram doados pelos próprios profissionais, pois se dependessem da prefeitura, não teriam nem como utilizar a cozinha. Além disso, a casa não tem condições de acessibilidade. É muito difícil quando chega algum cadeirante ou uma pessoa que não consegue caminhar direito. O CAPS teve que responder uma denúncia junto ao Ministério Público, quando ficou seis meses sem um médico psiquiatra na equipe. Aí ela falou do desânimo da equipe com a falta de investimentos no serviço. Nesse sentido, apontou a diferença que existe entre esse CAPS, o único próprio da prefeitura, com o CAPS do Grupo Hospitalar Conceição ou com o do Mãe de Deus. No caso

do Hospital Mãe de Deus, segundo ela, uma instituição privada que é conveniada à prefeitura, não enfrenta a burocratização dos processos como acontece no serviço público. Os problemas são resolvidos de forma mais efetiva e menos demorada. Como comparar Gramado com Nova Iorque? [SIC].

Em outra reunião de equipe, mais momentos de tensão entre a equipe e os “representantes da gestão” [SIC]. Quando cheguei, as coordenadoras da Área Técnica de Saúde Mental e da Gerência Distrital já estavam na sala de reuniões. Logo iniciou a reunião, e, a meu ver, de uma forma tensa. Uma profissional da Gerência questionou os atrasos dos profissionais para a reunião, questionando se a segunda-feira é um bom dia para a reunião. Uma profissional da equipe disse que é um dia normal de trabalho, mas que o horário de entrada de alguns profissionais é as 09:30h e não as 9 horas. A coordenadora continuou disparando questões: “se é um dia normal de trabalho porque as pessoas chegam atrasadas? O atraso é institucional? Por que não priorizamos esse espaço?” [SIC].

Alguns profissionais lembraram que as reuniões de equipe eram na quarta de manhã, mas aí o CAPS AD não se fazia presente na reunião de colegiado, um dos motivos da gerência sentir o CAPS distante da rede. Logo após esse questionamento, as coordenadoras levantaram o principal ponto da pauta: a habilitação do CAPS, tendo como objetivo responder as questões levantadas no processo pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para dar seguimento ao processo, alguns pontos importantes foram sendo elencados.

A equipe deverá atualizar o projeto terapêutico do CAPS. Uma das medidas a serem adotadas é a nova tentativa de instituir o CAD (Centro de Atenção Diária), com a sugestão de reiniciar com um número menor de pessoas, conforme as condições materiais e físicas do serviço. A equipe foi convocada a repensar os plantões e atividades para a reabertura do CAD. Quando se falou nas condições materiais do serviço, os profissionais levantaram algumas questões que precisam ser resolvidas. A limpeza e manutenção da geladeira precisa ser providenciada o mais brevemente possível. A cozinha precisa ser equipada com louças. A profissional da gerência disse que esse tipo de material não precisa de processo junto à secretaria de saúde, precisa apenas do preenchimento de um formulário, assinado pela gerência. Entretanto, a coordenadora disse fazer questão de abrir um processo, para poder acompanhar a evolução do pedido, pois às vezes “os formulários se perdem no meio do caminho” [SIC]. Outra questão levantada pela equipe, é que já tem um paciente que, quando vem ao CAPS, precisa passar o dia ali, pois ele depende do transporte do abrigo em que está vivendo. Por isso, quando ele vem para as atividades previstas em seu plano terapêutico, estão fazendo almoço para ele. Daí vem outra questão referente ao CAD – não seria necessária a presença de uma nutricionista

para definir o cardápio diário para os almoços e lanches oferecidos aos pacientes? A resposta da gerência é que, enquanto não tem nutricionista, “a cozinheira tem autonomia para decidir o cardápio” [SIC].

Ressaltou-se a importância de reabertura do CAD, pois a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), em seu relatório do processo de habilitação do CAPS, apontou que o serviço tem priorizado ações ambulatoriais. Em termos práticos, ficou definido que a equipe irá elaborar uma planilha com atividades propostas, horários de almoço, intervalo, lanche, acolhimento para a implantação do CAD, o que irá demandar da equipe uma reconfiguração dos processos de trabalho. Além disso, a CRS apontou a falta do plano terapêutico dos usuários nos prontuários, com carimbos dos profissionais nas evoluções e registros dos casos. Nesse ponto, uma profissional ressaltou que a equipe iniciou esse processo, colando uma ficha na capa da pasta que guarda o prontuário, com as informações sobre o plano terapêutico. A equipe se comprometeu em retomar isso. Outra coisa solicitada pela gerência foi uma lista com os nomes de todos os profissionais da equipe e os horários em que estão no CAPS. Essa exigência me soou estranha, como se a gerência estivesse desconfiando que os profissionais não estão cumprindo sua carga horária. Pode até acontecer isso, mas senti que tal pedido gerou um certo desconforto em alguns profissionais. Dois profissionais ainda ficaram responsáveis pela atualização do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do serviço, que conta ainda com profissionais que não estão mais na equipe. Outra responsabilidade que a equipe assumiu foi a de retomar os registros em meio físico do RAAS, já que o sistema não está instalado no computador do CAPS e não tem funcionado de forma adequada, além de a equipe ainda não contar com profissional administrativo.

Na sequência da reunião, um profissional da equipe levantou uma questão importante. Ele disse que se preocupa com alguns pacientes, pois alguns deles precisariam de um acompanhamento mais intensivo, mas não têm perfil ou demanda para internação no PAM, na emergência psiquiátrica. Eles precisariam de um CAPS III que pudessem encaminhar esses pacientes, mas os que ele conhece são o CAPS III do GHC (Grupo Hospitalar Conceição) e do IAPI. Esses CAPS ficam muito longe da região e é custoso para os usuários se deslocarem. Cogitou-se a possibilidade de transformar o serviço num CAPS AD III. Entretanto, logo uma das profissionais questionou como iriam transformar o serviço num CAPS III, tendo em vista as dificuldades que já encontram para habilitar o serviço num CAPS AD II e o problema de recursos humanos que a prefeitura enfrenta. Outra profissional levantou a questão da gestão, que isso depende do investimento da gestão. Esse foi um dos momentos mais tensos da reunião e dos dias em que estive no CAPS. Prontamente a profissional da Gerência Distrital disparou:

“o que é gestão? O que vocês entendem que é a gestão? Vocês estão colocando o problema num “ente externo”. E o comprometimento da equipe? O que é a gestão sem o engajamento dos profissionais? Isso também depende de vocês!” [SIC].

Com a saída das profissionais da Área Técnica e da Gerência Distrital, o clima de tensão que eu havia sentido entre a equipe e a “gestão” se confirmou. Em tom de ironia, uma profissional disse, referindo-se à implantação de um CAPS III: “tudo depende da gente, só não incomoda muito” [SIC]. A profissional sentiu-se atacada pessoalmente com a resposta da profissional sobre o que é gestão. Como ela disse: “eles não têm motivo pra gostar de mim” [SIC]. Essa é uma das profissionais que quer sair do serviço, mas não tem encontrado meios para tal. A conversa sobre o CAPS III continuou, e alguns profissionais se debruçaram sobre uma resolução que regulamenta a criação dos CAPS. Percebi que um dos fatores que motivam alguns dos profissionais é a possibilidade de acréscimo de 110% no salário para trabalho em regime de plantão.

A equipe ainda reviu os plantões de acolhimento, reorganizando alguns horários e fazendo trocas de turnos entre os profissionais. Ressaltou-se que a lógica de acompanhamento individual presente no serviço tem contribuído para as agendas lotadas e a dificuldade de encaminhar as pessoas acolhidas, dentro do próprio serviço, pois os horários acabam ficando inflexíveis. A equipe acredita na necessidade de rever essa lógica com a implantação do CAD.

Voltou ainda para a discussão na equipe o caso do desligamento do Paulo F. do CAPS. Conversou-se novamente sobre a dificuldade que a equipe tem com os processos de desligamento dos usuários, citando-se outros casos. Sugeriu-se criar no CAPS a figura do “consultor”, “um dependente químico em abstinência há muito tempo servindo de referência a outros” [SIC], como acontece nas comunidades terapêuticas. A maior parte da equipe não gostou da sugestão, preferindo ainda pensar na figura de um apoiador, de tutor, ajudante em algumas oficinas.

Vemos nesses movimentos da equipe do CAPS dois pontos importantes: a questão da precarização do trabalho e o conseqüente adoecimento dos trabalhadores; e as mudanças nos processos de trabalho em saúde. Em relação ao primeiro ponto, chama-nos a atenção os relatos de Frida K., Clarice L. e Tarsila A. As três profissionais trazem, em seu discurso diferentes formas de sofrimento no âmbito do trabalho. Frida K. e Tarsila A. apontam para a tensa relação com a gerência e as dificuldades materiais que o serviço já vivenciou, além das dificuldades com a equipe, na discussão sobre a implantação do CAD. Clarice L. relata sua dificuldade em escutar algumas histórias difíceis, sente-se despreparada em alguns momentos. Retornarei a

esse segundo ponto em breve, sobre os sentimentos dos profissionais em relação ao acolhimento.

Em relação aos aspectos materiais, no trabalho vivenciado cotidianamente pelos profissionais, a escassez de recursos materiais e humanos, bem como a inadequação do espaço físico são percebidos como elementos que contribuem com o processo de precarização do trabalho. O ambiente institucional pode tanto promover vivências de prazer quanto de desprazer e pode, ainda, contribuir para o adoecimento do trabalhador, tornando-o mais distante do seu trabalho, do ato de cuidar (MENDES, 2004). Outros trabalhos também descrevem condições de trabalho precarizadas, o que aponta para um descompasso entre aquilo que se preconiza nas políticas públicas e aquilo que está sendo de fato implantado em nível local (JORGE et al., 2009).

Diante de algumas durezas do cotidiano do trabalho em saúde, a flexibilização da organização do trabalho, para que o profissional tenha maior liberdade e encontros com fluxos de afetos positivos com os gestores, vem sendo pensada como um fator de diminuição da carga psíquica do e no trabalho (DEJOURS, 2001). Ainda, em relação ao trabalho em saúde, “o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde” (SÁ, 2009, p. 660). Merhy (2013d, p. 224) contribui com esse debate ao ponderar que

Uma equipe de trabalhadores dos Caps que não possa usufruir de alívios produtivos e de estados de alegria, de forma implicada, não tem muito a ofertar a não ser exaurir para gerar alívios nos outros, como o manicômio já fazia e faz. [...]. A melhor solução encontrada é aquela que se baseia na rede necessária, que dá conta efetiva dos casos de urgência/emergência, sem gerar exclusão e segregação; ao revés, gerando oportunidades de intervenções terapêuticas e trabalhos intersetoriais inclusivos. O melhor é a rede, possível no local ou na região, que consiga impedir a manicomialização e, ao mesmo tempo, não negue a necessidade de gerar alívios nos familiares (ou equivalentes) e nos cuidadores.

O autor, dessa maneira, convoca-nos a apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores. Esses processos “permitem vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vida. Construir a alegria e o alívio produtivo como dispositivos analisadores é um desafio para aqueles coletivos sociais que operam no ‘olho do furacão’ e se propõem como geradores de antimanicômios” (MERHY, 2013d, p. 225). A necessidade de cuidar do cuidador e da construção da alegria e do alívio é explicitada no grupo de discussão e em uma das entrevistas realizadas:

Eu acho que o cuidado do cuidador é que não tem e eu acho que sim poderia ter, porque eu noto que as pessoas buscam alternativas fora assim pra se cuidar. Eu acho que tem um espaço que a gente tenta fazer isso, só que aqui com essa descontração que a gente tem entre a gente. A equipe, de vez em quando, tenta se reunir fora, fazendo um grupo no whatsapp que rola bobagem, acho que são formas que a gente tenta respirar assim, que a gente faz um trabalho pesado, a gente escuta coisas pesadas o dia inteiro e entra os assuntos das questões pessoais que é pesado. (TARSILA A.).

Portanto, temos em evidência a necessidade de redefinição e reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, sua capacitação, formação permanente e a expansão e consolidação de uma rede pautada no princípio da integralidade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008). O processo de mudança tecnoassistencial, contudo, depende em grande medida da mudança dos processos de trabalho. Mas não são apenas mudanças institucionais, tratam-se sobretudo de transformações subjetivas e objetivas que possibilitam novos modos de produzir cuidado, de produzir saúde. Temos de considerar que os processos de trabalho em saúde envolvem, ao menos, três dimensões: o contexto social, histórico e cultural, que implica uma certa compreensão do sujeito/objeto para o qual se dirige o cuidado; os instrumentos, técnicas e recursos para realizar o cuidado; e o objetivo do trabalho em saúde. O trabalho em saúde, dessa forma, acontece a partir da criação de espaços de interações através dos quais e nos quais se produzem e se consomem ações de saúde (MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007).

Na trajetória do CAPS AD, podemos perceber que o acolhimento produziu e produz movimentos de reorganização nos processos de trabalho. Não é possível definir se a noção de acolhimento que se modifica a partir da reorganização dos processos de trabalho, ou o contrário. Mas essas mudanças são evidentes na história do serviço, narradas no grupo de discussão e nas entrevistas:

O acolhimento era uma coisa pré-agendada. Quando a pessoa nos procurava nós agendávamos pra dali a uma semana, éramos só três profissionais, agendávamos para mais tempo ou a pessoa chegava pra gente pelo o que a gente chamava de interconsulta, estávamos começando a falar em matriciamento na região e já tínhamos atividade de interconsulta, então os médicos traziam as questões. [...]. À medida que foram chegando novos profissionais concursados, o acolhimento foi mudando. Fizemos diversas tentativas tentando puxar a pauta e marcar o quanto antes até chegar a esse momento atual que tá hoje, que nós temos porta aberta foi uma jornada bastante longa. Tentamos atender, uma experiência que foi bastante interessante foi quando a gente fez atendimento em grupo. Nós fazíamos, eu e a psicóloga, uma experiência que durou um certo tempo, mas a operacionalização do atendimento em grupo é muito complicada, diferente do que a gente chama de grupo sala de espera que é mais informativo e mais pra você ver as situações o que é que é emergência, o que não é... não gosto muito da palavra triagem, mas básico para você focar um pouquinho e dar valor ao que tá acontecendo. [...]. O que aconteceu? Esvaziou o interconsulta e o matriciamento, pois à medida que você resolve um lado, desmonta o outro. Mas isso não se colocou como um problema no momento. (ZULEIKA J.).

Esse processo foi narrado por outra profissional também, mostrando como a noção de acolhimento foi se transformando ao passo que a equipe reorganizava seus processos de trabalho:

Aí a gente fez umas oficinas, e eu, me incomodava muito a forma como a gente acolhia. Essa coisa de primeiro passar na interconsulta, aí médico, enfermeiro do posto de saúde ia lá passava o caso e a gente via que era nosso e aí a gente acolhia, mas era só assim, não era acolhimento aberto, antes o Profissional do Posto tinha que passar no CAPS para conseguir encaminhar. Os Postos que não iam, a gente não atendia. E como o paciente tem... se o médico não leva o caso? Ficava sem atendimento. Bom, umas coisas aos poucos a gente foi conseguindo quebrar assim. [...]. Então com o tempo, eu acho que isso foi uns seis meses, talvez até mais, eu já vou perdendo um pouco a noção do tempo que acontecia as coisas, aí a gente tá, não dá mais, e a gente voltou pro antigo formato e logo depois na equipe, a gente instituiu o acolhimento aberto. Eu acho que o CAPS teve alguns momentos importantes assim na trajetória e um deles foi esse assim. Daí a equipe mesmo, não foi uma exigência da gerência, da coordenação, a equipe mesmo viu que era importante e determinou aberto o acolhimento. E daí a agente começou a se organizar pra isso assim, ter turnos de acolhimento e tal, isso ainda lá no postão era assim, começou a ser assim. Acho que no início era um turno só em um dia, depois a gente foi expandindo assim, pela falta de profissionais mesmo. (FRIDA K.)

Mesmo com os avanços e com o reconhecimento da equipe de seu amadurecimento, obstáculos como a implantação do CAD ainda se impõe. Além do CAD, alguns dos profissionais reconhecem também o isolamento do CAPS, apontado anteriormente. Apesar de estar no território, na comunidade, sente-se um distanciamento entre as práticas dentro do CAPS e a realidade dos usuários:

Me questiono muito assim se não é uma distância da gente com a comunidade, o serviço está esvaziado como um todo assim, não só a oficina, a gente trabalha na comunidade e nenhum de nós conhece ela, poucas vezes a gente colocou o pé ali junto. Não sei assim. Porque eu vejo que quem inicia a participar nas oficinas, gosta, se vincula, uns mais outros menos, e eu acho que o momento que o CAPS esteve mais cheio era quando o A. [referindo-se a um usuário do CAPS que faleceu há algum tempo] tava presente. O A. foi uma liderança entre os usuários e isso fazia a diferença e atualmente a gente não tem uma liderança entre eles. [...]. Eu acho que tem a questão da burocracia, de um carro para poder trazer um atendente. Eu acho que algumas pessoas da equipe não topam mesmo fazer isso, ou acham que não precisa, ou acham que é arriscado ir para a comunidade. Eu acho que não é priorizado aqui dentro assim, acho que vai chegar um momento que vai ser, mas agora a gente está com outras prioridades, a gente está, sei lá transformando dentro, e daqui a pouco a gente está fora, totalmente mudança interna e daqui a pouco se dá conta de que, bem é preciso botar o pé na rua mesmo. (TARSILA A.).

Essa reflexão é fundamental, uma vez que evidencia um conceito ou noção de acolhimento em expansão. O acolhimento, assim como discutimos em relação ao Fórum AD, é concebido pelos profissionais como uma atividade técnico-especializada, às vezes tomado como sinônimo de triagem, ou ainda de acolhimento inicial – como refere Zuleika J.: “o acolhimento pra mim faz quem chega, quem tá ali na hora, muitas vezes a primeira escuta, a

primeira orientação é o guarda que tá ali [...]. Acolher é um ato voltado ao paciente pra que ele se sinta bem e que tu consiga já inicialmente mover a continuação dele”. Mas ao mesmo tempo em que o acolhimento é assim concebido, os profissionais também expressam a ideia de que o acolhimento transcende esse momento inicial e o próprio espaço do CAPS, como nos indicou Tarsila A. no trecho transcrito.

Precisamos enfrentar ainda uma outra reflexão importante, que nos remete à fotografia comentada anteriormente sobre a polifasia do território. A parceria público-privada feita entre o Grupo Multiplan e a Prefeitura Municipal “realoca” [para não dizer “expulsa”] as pessoas, reterritorializa as comunidades. Nesse processo, as pessoas são afastadas dos seus locais habituais e são construídos “conjuntos habitacionais” nem sempre próximos das comunidades de origem e esperamos que essas pessoas venham até nós, frequentem os serviços de saúde. O CAPS se transforma em um enclave social, que aguarda a chegada dos usuários, mas não vai até eles, não conhece suas realidades e espaços habitados.

O acolhimento enquanto uma atividade técnico-especializada, que envolve uma “escuta qualificada” [SIC], é um ponto ainda de debate do serviço. A questão que se coloca é se as técnicas de enfermagem têm qualificação suficiente para fazer o acolhimento, como podemos ver no trecho abaixo:

Quando eu cheguei aqui as pessoas falavam que o acolhimento qualquer pessoa pode fazer e eu ficava pensando poxa, mas o que é esse acolhimento? O que é essa escuta? E aí eu resolvi fazer umas escutas e alguns acolhimentos e todo mundo podia fazer, eu resolvi fazer também, e fui fazer e algumas vezes eu tive uma escuta pesada pra mim, para a minha capacitação assim, e aí eu me angustiei muito assim e eu conversei com as gurias e disse eu não tô conseguindo, eu não sei o que fazer com o que eu escuto e às vezes as pessoas esperam uma posição do profissional que está na frente delas e eu não tinha o que falar e até foi uma coisa que eu levei para a terapia. [...]. Propus para as gurias que a gente, pessoal técnico, fizesse se a gente não tivesse capacitação só a primeira escuta do acolhimento e que o acolhimento consistia em preencher o formulário, coletar os dados, coletar a história, escutar a história pessoal, escutar a história com a droga, a dependência química como é que se instalou, início do uso, tratamentos anteriores, e encaminhar para o profissional que, enfim, é especializado para isso e que esse profissional achasse que é competente para fazer isso e que tem capacitação para fazer isso que faça, mas eu não tinha, eu não tinha capacitação para fazer isso, tinha capacidade, mas capacitação eu não tinha. (CLARICE L.)

Outra profissional, entretanto, faz um contraponto em relação a essa opinião:

Porque às vezes o paciente chega, eu sento do lado, eu escuto e aí a gente vai preencher a ficha os dados. Eu acho que não, porque às vezes o paciente chega chorando e eu não vou perguntar a data do nascimento; então, eu escuto primeiro, mas isso é uma coisa minha. Porque a gente não teve essa preparação, nos outros CAPS o técnico de enfermagem não faz acolhimento. O que as gurias acham que falta capacitação para a gente poder acolher melhor esse paciente, porque eu acho que o primeiro acolhimento é muito importante, porque o paciente vai voltar ou não; então a dúvida é será que os

técnicos de enfermagem podem acolher ou não, será que os pacientes vão voltar, eu acho que funciona. Os pacientes que a gente tem acolhido tem voltado, na outra semana a gente agenda para o técnico de referência. [...]. A gente faz oficinas e numa oficina acontece do paciente falar de sua vida, falar da recaída, falar da droga, e tu tem que ouvir, tu não pode fazer cara de paisagem, tu tem que ter um preparo. Qual a diferença do acolhimento? Vai te contar a história dele, a história pregressa, mas numa oficina que os técnicos de enfermagem ficam uma hora e meia as coisas emergem, elas vem e aí aparece tudo, tipo eu assaltava, eu roubava, eu fazia isso quando estava drogado, e o que tu vais fazer? Então tu também não tem preparo se for assim. Então, se tu não pode fazer o acolhimento, tu não pode fazer oficina, porque não é uma coisa prática, tu faz isso, isso e isso, não tu vais fazer é conversar, tu vais ficar uma hora e meia que fica ali é mais três vezes mais do que no acolhimento, que é trinta minutos. Então eu acho que se a pessoa tá preparada para uma oficina, ela tá preparada para fazer o primeiro acolhimento”. (CARLOTA Q.)

Essa tensão não pode passar despercebida, pois ela trata do que se entende por acolhimento e cuidado em saúde. Como vimos, a equipe foi se transformando, o local mudou (de um espaço tradicionalmente ambulatorial no Centro de Saúde Vila dos Comerciários para uma casa), aumentou o número de profissionais, foram testadas diversas formas de “acolher” no CAPS. Essa tensão emerge, então, dessas condições de possibilidade, de um determinado momento da equipe, inclusive um momento de maior maturidade da equipe, como afirmam os profissionais. Aqui não se trata de dizer se uma opinião é mais correta que a outra, mas pensar nos desdobramentos dessa discussão. Quem pode fazer o acolhimento? Quem de fato está capacitado para isso? O que é essa escuta qualificada que todos os profissionais da rede falam? Que lugar é esse ocupado e essa função desempenhada pelos profissionais? Temos nesse debate, no mínimo, duas questões fundamentais. Seguimos com atenção uma a uma.

1) A Escuta e a Clínica nos serviços substitutivos:

O olhar e a escuta clínica tomam como referência um campo estruturado por um jogo de relações e de interações dinâmicas e complexas. Ao falar em clínica aqui, não estou me referindo apenas às práticas médicas ou psicológicas, mas de todas as profissões da saúde que lidam no cotidiano com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. No começo do século XX, com Freud e a criação da Psicanálise, a escuta entra em cena. Freud nos ensina que as históricas têm o que dizer. O advento da psicanálise é, portanto, o resgate da escuta, mas ainda descolada do olho que examina (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Com Ardoino (1990), entretanto, partimos do pressuposto de que a clínica se apoia fundamentalmente na observação. O olhar e a escuta constituem a prática clínica. Enquanto o olhar está mais voltado para dimensões espaciais, a escuta está mais atenta às questões temporais. A escuta, quando aproximada do olhar, permite-nos estabelecer pontos de referência no tempo e no espaço. Quando o profissional encontra pela primeira vez o usuário, ele busca

essas referências para ir, aos poucos, compreender a história do sujeito e os motivos de suas queixas. Nessa escuta, temos uma primeira forma de multirreferencialidade – a língua, a fala do outro, traz consigo sua indexabilidade⁴⁶, que precisa ser apreendida pelo profissional. Quando os profissionais reconhecem essa heterogeneidade que a escuta pressupõe, sempre multirreferencial, polifásica, torna-se necessário recorrer a outras óticas de leitura e de linguagem, também heterogêneas, que é preciso saber combinar e articular (ARDOINO, 1990).

Ou seja, para efetivar essa escuta qualificada ou prática clínica, o profissional deve lançar mão de um amplo conjunto de saberes para dar conta da tarefa de criar, de construir conjuntamente com o usuário pontos de referência no tempo e no espaço. Entendo que é essa complexidade que Clarice L. reconhece, e se assusta. Não “apenas escutar” e “não saber o que fazer” [SIC]. Dar-se conta dessa heterogeneidade e compreender a escuta como uma tarefa fundamentalmente multirreferencial, polifásica, que exige de quem escuta uma certa sagacidade, perspicácia, vinculada a um processo de acompanhamento num determinado tempo e na construção de uma intimidade partilhada é importante para avançarmos na construção de práticas de acolhimento efetivas, comprometidas, implicadas.

Neste processo, na busca de novos sentidos, tomar o acolhimento com uma atitude de estranhamento para o que é vivenciado como rotineiro e comum é importante para resgatarmos a “função clínica” dos serviços substitutivos. Conforme Onocko Campos (2001), tradicionalmente se separou ou se excluiu a ideia de clínica da atenção psicossocial, naturalizando, de certa forma, uma como prática individual e a outra como coletiva. Referenciada em Gastão Campos, a autora retoma três categorias para repensarmos a clínica nos serviços como os CAPS. A primeira, a Clínica Degradada, caracterizada pela díade queixa-conduta, não avaliação de riscos e no tratamento de sintomas, e não da doença. Essa é também a clínica da eficiência: produção de muitos procedimentos [que, registrados no RAAS, contam como produção em saúde nos relatórios anuais de gestão] com pouco questionamentos sobre sua eficácia. A degradação da clínica acontece no duplo movimento de acesso do cidadão, no qual acesso significa cidadania, e da eficiência. (ONOCKO CAMPOS, 2001).

A segunda, denominada de Clínica Tradicional, trabalha com o que há de comum nos casos, tratando as doenças enquanto ontologia – o sujeito é dependente químico. Também conhecida como clínica dos especialistas, ela está focada na cura e, para isso, reduz o sujeito a uma doença, enfatizando mais os processos biológicos do processo de adoecimento. Por fim, a

⁴⁶ Indexar significa colocar num índice ou lista ordenada. Uma forma de registrar, organizar as práticas, tornando-as inteligíveis.

Clínica Ampliada, ou Clínica do Sujeito, preconiza que a doença nunca ocupa o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas não o desloca totalmente. Nessa clínica avaliam-se os riscos, não somente no sentido epidemiológico, mas social e subjetivo, pois o sujeito é entendido como biológico, social, subjetivo e histórico. Não há mais o lugar idealizado do especialista, surgem tensões entre as barreiras disciplinares, convocando os profissionais ao trabalho em equipe (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Conforme a inspiração Basagliana, a doença é colocada entre parênteses, o olhar e a escuta deixam de ser exclusivamente técnicos. O objetivo é a pessoa, e não a doença. Acontece, todavia, que a operação de colocar entre parênteses a doença é, muitas vezes, confundida como a negação da existência da doença (AMARANTE, 1996). Essa abolição da doença e da clínica nos serviços substitutivos tem colaborado para um certo esvaziamento da discussão sobre a clínica, sobre os processos psicoterapêuticos, sobre a eficácia da escuta, como pontuou Clarice L. Por isso esse ponto merece ser aprofundado pela equipe. Para quê escutamos? Para que propomos e construímos determinados projetos terapêuticos? Onocko Campos (2001) complementa essa reflexão, trazendo um pouco de sua experiência em supervisão institucional:

Na nossa experiência, com supervisão institucional de vários serviços de saúde mental nos últimos anos, temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico. (ONOCKO CAMPOS, 2001, p. 102).

No surto psicótico, ou no uso intensivo de drogas, por exemplo. Então, de fato, o questionamento da profissional faz sentido, mesmo recebendo resistências de seus colegas. Acredito que qualquer profissional do CAPS pode acolher, mas a questão da qualificação da escuta e da clínica precisam ser repensadas na equipe. A meu ver, não se trata apenas de não querer fazer uma atividade específica, mas sim uma reflexão necessária, que incomoda, que desassossega. O estar em frente ao outro, diante do sofrimento do outro, que produz essa tensão, o que nos leva ao segundo desdobramento desse debate.

2) O acolhimento como encontro de saberes e fluxo de afetos:

Esse encontro com o outro, para alguns, exige um perfil de profissional, um profissional que gosta de estar no CAPS, encontrando os usuários, conforme narra uma das profissionais:

eu acho que tem que ter um perfil, não uma capacitação. Tu tens que ter aquela coisa de empatia e se colocar no lugar do outro, a de não se impactar quando o cara vem dizendo eu me injetei, eu tô assim, o cara vem alcoolizado, então tu tens que estar aberto pra receber essas pessoas e eu acho a equipe aqui muito forte, a gente troca muito, claro a capacitação vem somar, é que não é uma coisa engessada, o paciente vem e tu tens que fazer isso, isso e isso... tu tens que saber lidar com pessoas eu acho, tu tens que ter perfil e tem que gostar, tem gente que não tem paciência e dizem eu não quero, não sou perfil de trabalhar com saúde mental e dependente químico, eu já gosto, embora eu já esteja aqui há dois anos, tem profissionais que estão aqui há quatro anos e que dizem bah eu não consigo mais atender pacientes, eu não tô mais conseguindo ajudar, e tem que passar para outro profissional. [...]. Tudo o que eu aprendi eu aprendi aqui, tu vais explicar a medicação, tu vai ajustar, sintomas da abstinência que é normal, e isso a gente faz e supera, mas o acolhimento é perfil, eu vejo aqui que as pessoas tem perfil, algumas nem tanto eu acho, mas basicamente para trabalhar num CAPS AD tu tens que gostar de atender pessoas e se envolver. Eu acho isso basicamente, claro eu acho que tem a coisa técnica, mas a empatia tem que ter. (CARLOTA Q.)

O que Carlota Q. nos traz também algo importante. Esse “perfil”, destacado por ela, relaciona-se com a capacidade ou o gosto para o trabalho com tecnologias leves, relacionais (MERHY, 2013a; 2013b; 2013c). Esse “perfil” ou postura mais acolhedora também está presente na forma como outra profissional pensa e conduz esse encontro com os usuários:

sabe que uma das coisas é eu sou mãe e tenho XXXm de altura e quando os meus filhos eram pequenos a pedagoga me explicou que o próprio tamanho da gente às vezes assusta uma criança no sentido absolutamente físico. E com os meus filhos, quando eu ia chamar a atenção ou coisa assim, eu me abaixava para ficar o mais perto do tamanho dele e do olho dele para que não ficasse aquela pessoa gigante gritando com aquela coisinha pequenininha, então me abaixava e falava no nível deles *e esse exercício eu faço no acolhimento tanto no aspecto físico como no emocional*, porque às vezes, não sei se tu observou que eles chamam nós todos de doutores, a doutora fulana, a doutora sicrana, eu procuro fazer, sem trazer a minha vida pessoal, mas assim *me colocar no lugar mais perto que eu conseguir daquela pessoa*, às vezes você está ali e está vendo que ela tá assim numa vulnerabilidade social absurda, morando de favor, não sei o que, e se entender esse momento eu acho muito importante pra pessoa, eu acho que tu ficando no patamar do doutor, do não sei que, parece que a gente tem as respostas e a gente não tem as respostas para aquele paciente, as respostas estão nele e eu digo isso pra ele: eu não tenho as soluções na minha bolsa, na minha mão, nem na caixinha do remédio, nós temos que encontrar um jeito juntos de tu lidar com isso que tu tá me dizendo, como é que tu vai fazer, quando tu chega do serviço até a tua casa, tu passa pela boca? Não tem outro trajeto? Onde é que tu mora mesmo?. [grifos meus] (ZULEIKA J.)

Achei esse relato de uma sensibilidade e perspicácia profunda. Zuleika J., ao mesmo tempo em que fala de uma certa postura no ato de acolher, incorpora um saber seu, enquanto mãe, no encontro com o usuário. Esse exercício de se colocar, não no lugar do outro [como discuti no capítulo anterior], mas o mais próximo do lugar do outro, tanto no aspecto físico quanto emocional, remete-nos à discussão do ponto anterior – o exercício da clínica enquanto uma busca por referências no tempo e no espaço através do olhar e da escuta. O olhar e a escuta mostram-se profundamente imbricados nessa prática de acolhimento. O reconhecimento da

incerteza, como discutimos com Hannah Arendt, faz com que a profissional consiga prometer e se comprometer com o cuidado daquele usuário – eu não tenho a solução, nem os remédios têm, mas nós podemos encontrar juntos um jeito de construir as soluções.

Esse “exercício” de acolhimento possibilita a construção não apenas de soluções, mas a criação de um espaço comum, intercessor, que produz a confiança, sentimento fundamental no acolhimento (TEIXEIRA, 2003; 2004; SPINOZA, 2013; MERHY, 2013a; 2013b; 2013c). Os usuários do serviço, tanto nas entrevistas, quanto nas observações do cotidiano do serviço, demonstram vários sentimentos positivos, além da confiança, como podemos verificar em algumas das frases ditas por eles:

acho que esses fazem esses almoços, essas coisas, isso aí soma muito ao tratamento porque aí tu te intera com as pessoas e vai dando continuidade ao tratamento e isso aí te *ajuda*, de repente uma coisa que faltava em ti, de repente na família, uma coisa desse *carinho*, não sei... porque tu acaba pegando aí, formando *amizade*, um *vínculo muito gostoso*, esse *aconchego* assim, essas coisas assim sabe e quanto *tu te sente aceito*”. (GABRIEL M.); “porque eu *me sinto bem* aqui, eu gosto de todo mundo aqui, eu acho legal, bacana, converso com os meus companheiros...”. (JOSÉ S.); “Cheguei aqui e encontrei essa família, que *essa família me recebeu* de portas abertas e de mãos abertas. Então dali em diante *eu aprendi bastante coisa* [...]. Então, por que *eles achavam e acham até hoje que ali estava uma pessoa que tinha como se recuperar*, então eles apostaram as fichas em cima de mim, *então eu comecei a acreditar nisso*, então eu comecei a esquecer o ontem. (GRACILIANO R.) [grifos meus]

Ajuda, carinho, aconchego, vínculo, sentir-se bem, sentir-se aceito, aprender com os outros usuários e com a equipe, confiança e aposta. Essas palavras se repetiram durante toda a pesquisa. Fluxos de afetos entre usuários e profissionais. Eu senti isso tudo. Senti aconchego nas conversas com os profissionais e usuários, senti a aposta dos profissionais em mim e neste trabalho, senti-me aceito pela equipe e pelos usuários do serviço em todas as atividades das quais participei. É difícil traduzir em palavras todos esses sentimentos, todos esses afetos. Mas só foi possível sentir porque eu estava lá com eles, profissionais e usuários. Senti-me acolhido. Acolhi e fui acolhido. Os usuários sentem-se reconhecidos como pessoas, sentem-se acolhidos. E isso é possível perceber na forma como os usuários se relacionam com os profissionais e como se relacionam entre eles. Entretanto, Estamira S. nos traz uma inquietação dela que deve ser considerada:

Esses dias eu fiquei bem constrangida também, não sei se tu tava participando do penúltimo grupo, que o rapaz aquele falou que xingou a mulher, que chamou de *aidética*, que até eu disse pra ele que ele pegou pesado com ela. Porque assim, eu tenho medo de pegar e explodir, porque eu sou muito, assim como eu tenho ah se tu não tem não precisa ficar falando, quer dizer eles não sabem, a maioria não sabe que eu tenho, então e por isso que eu falei aquilo, mas eu falei, mas a minha vontade era de ter dito mais coisas pra ele, mas como eles não sabem o meu problema então deixei assim. (ESTAMIRA S.)

Ela ainda complementa: “No começo eu me sentia meio com vergonha sabe, mais depois vi que eu e todo mundo é igual com o mesmo problema, então eu comecei a me adaptar mais” (ESTAMIRA S.). Estamira S. se refere ao fato de conviver com o HIV/Aids. Uma mulher de poucas palavras, Estamira S. mais observa os grupos e atividades, participa, mas fala pouco. Durante a entrevista, diante do gravador, também não falou muito. Mas conseguiu de fato falar sobre sua vida com o gravador desligado, e, após a conversa, mostrou-se admirada por ter conseguido contar tanto de sua vida, “ainda mais para um homem” [SIC]. Para além da questão do HIV/Aids, Estamira S. traz em sua história marcas identitárias que a colocam num lugar diferente da maioria dos usuários do serviço: mulher, mãe, avó, negra, pobre, baixa escolaridade, trabalho mal remunerado e precário, vive na Vila Cruzeiro que, como vimos, é uma região marcada por um estigma territorial, e é usuária de álcool, cocaína e crack.

Ela marca uma diferença no serviço. Todos os homens falam nesse sentimento de acolhimento, ela nos fala de uma adaptação. Em muitos momentos não se sente à vontade entre tantos homens, que “xingam as mulheres”. Escutei o mesmo de Ellen O.: mulher, negra, homossexual, baixa escolaridade e nível socioeconômico baixo, usuária de crack. Essas duas mulheres, além de produzirem uma diferença, trazem a oportunidade para o serviço repensar (ou incluir) as questões de gênero⁴⁷ no campo da saúde mental. Elas parecem visivelmente deslocadas em algumas atividades, como se aquele lugar não fosse para elas. Mas para além da questão de gênero, temos, no movimento feminista de mulheres negras, o aumento da visibilidade dos impactos do marcador racial na produção de subjetividade dessas mulheres. O conceito de interseccionalidade, portanto, tem como efeito a ampliação do foco em relação ao gênero e à classe social, pois trata-se de “uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (CRENSHAW, 2002, p. 177). Os eixos de poder estabelecidos pelo patriarcado, pelo racismo e pela luta de classes devem, dessa forma, ser incorporados como pontos importantes na história de vida dos sujeitos, transcendendo o problema da dependência química.

⁴⁷ O conceito de gênero tem sido historicamente utilizado para desnaturalizar práticas de violência e de opressão que constituíram a vida das mulheres, bem como de qualquer pessoa que não se enquadre na heteronormatividade. Conforme Butler (2003), gênero foi inicialmente compreendido como “os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado” (p.24), produzindo uma dicotomia entre sexo (biologia) e gênero (cultura), a qual foi desconstruída pelo feminismo da terceira onda. Outras proposições teóricas surgiram e propuseram que as formas de dominação e de exploração estão inscritas em três grandes marcadores sociais que atravessam a produção de subjetividade: a classe, o gênero e a raça. Nesse sentido, “mais do que papéis sociais que se aprende nos processos de socialização, são as identidades sociais (gênero, raça e etnia, classe) que vão gestando a subordinação, a partir das experiências vividas que colocam as mulheres nesse lugar” (SAFFIOTI, 2009, p. 82).

Tomando como foco o marcador social gênero, Pegoraro e Caldana (2008) refletem sobre o lugar da mulher que necessita de cuidados formais em saúde mental e o lugar da mulher enquanto cuidadora de usuários dos serviços de saúde mental. Em relação ao segundo aspecto, a partir da Lei 10.216/01, ocorreu a redução de leitos psiquiátricos e o redirecionamento dos recursos financeiros para os serviços substitutivos, como os CAPS. Com a saúde mental adentrando e fazendo parte dos territórios, das comunidades, vimos a possibilidade de reaproximação do portador de sofrimento mental com sua família que, historicamente, foi afastada de modo que sua presença não influenciasse o paciente, nem que fosse por este influenciada – justificativa do tratamento moral e do isolamento nos hospitais psiquiátricos. As políticas de desinstitucionalização trazem consigo a importância da relação usuário-família e a necessidade de a equipe prover cuidados também aos familiares que prestam cuidados. De um modo geral, além de mães, outras mulheres como avós, irmãs e esposas respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, que são, em sua maioria, indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Mas o cuidado com os familiares deveria ir além das questões relativas ao tratamento e ao prognóstico. Onocko Campos (2001, p. 106) reflete sobre o esvaziamento de sentido dos espaços destinados a trabalhar com as famílias – “fazem-se grupos de família para quase qualquer coisa”, menos para cuidar de fato dos familiares. Por isso, faz-se urgente pensar na família como um dos eixos ou núcleos temáticos para a construção da clínica na organização dos serviços substitutivos na rede pública (ONOCKO CAMPOS, 2001). Os profissionais precisam, portanto, compreender o mundo onde vivem estas famílias, auxiliando no cuidado aos usuários. A abertura para escutar a família possibilita a descoberta da necessidade de cuidado, bem como a percepção, dos profissionais, de que o sofrimento não é apenas do usuário (PEGORARO; CALDANA, 2008)⁴⁸.

Em relação à mulher que necessita de cuidados formais em saúde mental, algumas demandas têm sido negligenciadas, tais como: atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, cuidado e custódia dos filhos daquelas que têm doença mental, violência doméstica, estigma, diferenças na evolução de alguns distúrbios mentais (PEGORARO; CALDANA, 2008), e, eu acrescentaria, problemas devido ao uso de drogas. O uso de drogas entre as mulheres, como escutei de Estamira S. e Ellen O., faz com que elas se sintam insatisfeitas ou inadequadas em relação ao padrão ideal do que é ser mulher em nossa

⁴⁸ Parece óbvio, mas é preciso destacar que essa reflexão se faz importante nos casos em que o usuário vem acompanhado por familiares ao serviço. Não quero aqui defender a necessidade da presença ou da existência de uma família, muito menos classificar ou definir o que é essa família. Até porque muitos dos usuários do CAPS AD não têm mais relação com a família ou apresentam vínculos familiares muito fragilizados.

sociedade. Essa inadequação aumenta quando escutam dos usuários do CAPS, em grupo ou oficina, que “é feio ver uma mulher bêbada” [SIC], ou ainda que “uma mãe que usa crack, deve perder seus filhos” [SIC]. Estamira S. é mãe e avó. Sem encontrar formas de incluir a questão de gênero nos CAPS, mulheres como Estamira S. e Ellen O. continuarão sentindo-se adaptadas, e não acolhidas nos CAPS.

Essas reflexões, ainda iniciais, surgiram a partir do encontro com essas mulheres. Muito mais precisa ser pensado para avançarmos. Mas esses encontros me transformaram. No encontro entre usuários e profissionais, os saberes vão, aos poucos, transformando-se:

E daí quando eu comecei a conhecer as histórias eu entrei numa crise pessoal assim, puta que merda, eu um dia ter pensado tanta coisa, ter medo destas pessoas, e aí eu comecei a notar quando as pessoas da minha convivência assim, amigos e familiares, falam de dependente químico de uma forma que hoje me machuca muito assim, e eu comecei a me dar conta que eu tava me transformando quando aquilo começou a me incomodar e aí eu comecei a debater, a tentar mostrar uma outra visão e que antes as pessoas tenham tentado fazer comigo e eu ignorava, como hoje eu entendo quando as pessoas ignoram quando eu tento falar em redução de danos ou de que as pessoas tem uma história de vida sofrida e sofrem e convivem com a solidão, abandono, uma série de coisas. [...]. Aí eu acolho um paciente, que é o A. [um usuário do serviço falecido há algum tempo já], que bom que ele passou pelo meu caminho, e chega aqui com a filha e a queixa dele foi de abandono da família [...]. Quando eu acolho o A. eu posso entender a importância do acolhimento, porque eu me tornei tão importante pra ele, mas ele foi muito mais importante pra mim. Eu me lembro do olho dele assim pedindo ajuda, trazendo uma vida sofrida pra caramba, porque são pessoas que acabam em algum momento da vida ganhando tudo e também do nada perdem tudo, não do nada, sempre tem as razões, mas não sabem lidar com essas perdas. E eu me emocionei muito com a história dele assim e eu quis investir muito nele e ele queira investir muito nele também. E aí o paciente faz toda a diferença no CAPS. A equipe em seguida conhece ele e acolhe ele também, e aí com ele eu aprendi que a gente pode melhorar o serviço em que a gente está, a gente pode tornar o ambiente melhor pra gente também, pra quando a gente chegar estar mais contente. [...]. Eu acho que o paciente te coloca no confronto assim com os teus valores, e o CAPS fez isso assim comigo desde o início, porque dependência química eu tinha e eu era vestida de preconceito em relação a isso, e aí eu entro já nesse confronto inicial e aí tu te depara que são histórias de vida, só isso, e de que sim, essa pessoas fazem uso de drogas porque não conseguem dar conta disso, o entendimento dessa história. (TARSILA A.).

Tarsila A. fala sobre algo que é compartilhado entre boa parte dos profissionais: esse sentimento de transformação, de confronto com valores, preconceitos. Os profissionais, ou alguns deles, despem-se de seus preconceitos. Passam a entender que, além da droga, existe ali uma trajetória, uma história de vida. Não são os cursos de graduação ou de capacitação, mas são os usuários que os ensinam a colocar a doença entre parênteses. Por outro lado, os usuários aprendem, através do olhar cuidadoso dos profissionais, que eles são merecedores de confiança e que podem e devem ser reconhecidos como pessoas. Mas também aprendem que eles estão “colhendo” aquilo que plantaram: “Então tá, quanto a este tratamento do HIV pelo coquetel eu sei que desse aí eu não escapo, esse aí é. Voltando a bíblia, tudo aquilo que o homem semear

ele vai colher, se eu tô colhendo esse fruto foi por que eu plantei” (HERBERT S.). Herbert S. se refere ao tratamento de antirretrovirais, em função do HIV positivo, mas os usuários repetem essa ideia incessantemente nos variados espaços do CAPS – estou colhendo aquilo que plantei. Ao aprender que o que eles têm é uma doença, crônica e incurável, diminui-se o peso moral, a culpa, mas a doença se instaurou em função das escolhas que eles fizeram. Através dos grupos e das oficinas terapêuticas, os profissionais tentam contrapor essas práticas de “colhimento” às práticas de acolhimento.

Lembro-me claramente que em um dos grupos que participei, esse aspecto me chamou muito a atenção. Os participantes do grupo terapêutico levantaram um debate sobre a índole, o caráter das pessoas. Saí do grupo incomodado, instigado, pensando no que um dos participantes trouxe para o grupo. Ele contou que usa drogas desde muito cedo, desde os 14 anos de idade, e que, em função do uso de drogas, fez muitas coisas erradas, como roubar por exemplo. Só que ao mesmo tempo em que ele diz que foi em função da droga, ele questiona se ele é assim, se essa parte ruim é dele mesmo, se sua índole é ruim, má. Ele disse que não quer assim, e está fazendo o possível para ser uma pessoa diferente, melhor. Ele questiona: o que é meu e o que é da droga? O que faz parte da doença e o que faz parte de mim? Ele conclui dizendo que é impossível saber, pois a droga já faz parte da vida dele há muito tempo, quando nem um “homem” ele era ainda, era uma criança que estava formando sua personalidade.

O sentimento de vergonha dos familiares e dos profissionais do CAPS é recorrente também e foi reafirmado pelos participantes de um outro grupo. Eles falaram em traição e pecado. Uma mulher, obreira de uma igreja evangélica, defendeu veementemente que o uso de drogas é um pecado. O que me inquietou foi que os demais participantes concordaram com a afirmação dela, que eles são mesmo “pecadores”. Uma pessoa chegou a dizer que o uso em si não é um pecado, mas os comportamentos e as coisas que eles fazem em função do uso são pecados. A traição, para eles, é um pecado. Eles se sentem traindo suas famílias e os profissionais quando recaem, pois não mereceram a confiança depositada neles. A recaída sempre aparece como algo central nas discussões, o que me parece ser um efeito da prática de uma clínica da abstinência⁴⁹ (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), praticada no CAPS e em outros pontos da RAPS.

⁴⁹ Nas Referências Técnicas para a atuação de psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), encontramos a distinção entre formas de construir o cuidado relacionados ao uso de drogas: a Clínica da Abstinência, a Clínica do Desejo e a Clínica Psicossocial. Embora eu entenda que as três clínicas coexistam no serviço e na rede de um modo geral, a Clínica da Abstinência, com a concepção de que uma doença deve ser admitida pelo sujeito e que este só deve visar a abstinência como objetivo, recoloca a internação como o dispositivo privilegiado de tratamento. Essa clínica, portanto, sustenta as práticas de “colhimento”.

Conversamos com os participantes sobre essa questão, tentando tirar esse “peso moral” da recaída. Mas logo acabou o grupo e não deu tempo de aprofundar mais essa discussão. Depois do grupo fiquei pensando muito no que eles haviam dito. Nas entrevistas que fiz com os usuários, apareceu muito na fala deles a questão da confiança estabelecida entre eles e os profissionais. A confiança como base do tratamento. Fico ainda pensando se a “traição” e a “vergonha” não são o outro lado dessa moeda. Recair significa “trair a confiança” depositada neles. Como podemos pensar essa questão? É possível dissociar a confiança do sentimento de vergonha ou traição que aparecem nas recaídas? Como tirar esse “peso moral” da recaída? Para além disso, a recaída pode significar uma traição a si mesmo, validando a noção de que a dependência é algo exclusivamente biológico e que isso faz parte da sua “natureza”. Na recaída, portanto, a “natureza” da pessoa se mostra infalível. Nosso trabalho, neste sentido, pode também vislumbrar o rompimento deste discurso, fomentando ainda mais a discussão sobre as dicotomias natureza e cultura, individualismo e coletivismo. Borrar as fronteiras destas dicotomias é, também, produzir saúde e cuidado.

Encerro esse capítulo com a história de Herbert S. e um breve relato da experiência que tive juntos com os usuários do CAPS AD em ciclo de cinema sobre HIV/Aids. Herbert S. foi uma das pessoas que mais me emocionou no período dessa pesquisa. A cada encontro, um novo aprendizado, um sorriso, e uma vontade chorar. Desassossegos. Desassossegos também que me acompanharam nas sessões do ciclo de cinema.

Herbert S. sempre viveu na Vila Cruzeiro, numa das ruas mais violentas da vila. Em uma das oficinas, havia comentado que se sente uma pessoa de sorte, pois “tem gente que não consegue viver mais que dez anos naquele lugar, pois acaba sendo assassinado” [SIC]. Ele mora na Cruzeiro há mais de 40 anos. Por um período de sua vida, esteve casado, quando morou na casa da mulher dele, que tinha dois filhos. A mulher era usuária de crack e eles passavam por muitas dificuldades financeiras. Falou sobre o adoecimento da mulher e do período em que ela ficou internada no hospital. Disse que a única pessoa que ia cuidar dela no hospital era ele, em meio aos “bicos” que arrumava para fazer, e que sua maior felicidade era “ver aqueles lindos olhos azuis me acompanhando pelo quarto” [SIC]. Nos últimos dias de vida, ela já não falava mais, ela “só falava comigo através dos olhos” [SIC].

Após um tempo de internação, a mulher vem a óbito. Na noite do velório, apenas uma tia dela apareceu e o convidou para ir embora, dormir, descansar e deixar a capela chaveada. Ele preferiu ficar sozinho com ela. Ele descreve o local do velório com muita precisão, evidenciando a diferença entre o velório dos ricos e dos pobres. Os pobres, disse ele, são velados numa parte afastada, “lá no fundão” [SIC]. Após o enterro, ele entregou os enteados para suas

respectivas famílias, pois eram filhos de pais diferentes. E entregou a chave da casa para os familiares dela. Nunca mais voltou na casa e nem viu mais os enteados. Segundo ele, não tinha direito a nada. Voltou a morar na sua antiga casa, sem os filhos e sem a mulher.

Depois disso, Herbert S. teve alguns problemas de saúde e descobriu que estava com HIV positivo. Embora às vezes sinta vontade de largar tudo, ele diz que quer viver. Inicia, então, o tratamento para o HIV. Comenta das dificuldades com as medicações, das fortes reações com a medicação. Só que não conseguia parar de beber. Por isso, a profissional que o acompanha no CTA⁵⁰ da Cruzeiro o encaminhou para o CAPS AD, para iniciar o tratamento. Agora segue o tratamento nos dois locais. Nesse momento, o paciente disse da dificuldade que sentia em iniciar o tratamento no CAPS. Contou que ele ficou quase um mês indo e voltando, chegava na esquina do CAPS e voltava para casa, não sentia coragem de entrar no serviço.

Assim como Herbert S., outros usuários são também atendidos pelo CTA Municipal Paulo César Bonfim. Tive a oportunidade de conhecer um pouco desse serviço através do “Ciclo de filmes relacionados a viver com HIV”. O primeiro filme que assistimos, no auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, é um documentário intitulado “Positivas, o filme”. A promoção do ciclo de cinema é do Grupo de Autocuidado, vinculado ao CTA. A atividade foi apresentada e mediada pela psicóloga do CTA e teve como convidada a Medianeira, uma das personagens do documentário, que debateu o filme após a exibição.

Emocionei-me várias vezes durante o filme. As personagens do filme contam suas histórias de vida, falam sobre o momento em que descobriram ser portadoras do HIV e quando adquiriram a doença, as dificuldades encontradas, mas, sobretudo, a mudança na forma de olhar

⁵⁰ Conforme o Manual das Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (BRASIL, 1999), os CTA são “unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a sua demanda social, tanto espontânea quanto provocada. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas desses serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos para o HIV devem ser encaminhados às unidades de saúde de referência, para assistência e acompanhamento permanentes, e para grupos comunitários de apoio. Ou seja, os Centros de Testagem e Aconselhamento devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, os CTA realizam, em parceria com outras instituições (ONG e organizações governamentais–OG) locais, atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso” (BRASIL, 1999, p. 10). Em um documento mais recente, verifica-se que, desde a década de 1980, “mais de 400 CTA foram implantados em todo território nacional, de forma a ampliar o acesso da população brasileira à testagem, prioritariamente os segmentos populacionais mais vulneráveis. A partir de 2003, o processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV na atenção básica intensificou-se, possibilitando maior cobertura e acessibilidade. No caso das hepatites virais, a inclusão da testagem sorológica nos CTA se deu a partir de 2004, o que implicou a readequação destes e a reestruturação da rede de referência, a capacitação dos profissionais sobre os modos de transmissão e medidas de controle e a interpretação de marcadores sorológicos. A necessidade de descentralizar e ampliar o acesso, aliada à introdução de novas tecnologias de testagem, a exemplo do teste rápido, estabelecem mudanças estratégicas na rotina do CTA como indutor e retaguarda desse processo no sistema de saúde, assim como executor e formador no uso de novas tecnologias e como espaço de acolhimento e prevenção, principalmente para segmentos populacionais mais vulneráveis” (BRASIL, 2010b, p. 7).

a vida e o mundo. Era comum nas histórias dessas mulheres o sentimento de traição ao descobrirem a doença. Em um dos depoimentos, uma mulher disse que acreditava na ilusão de que “o amor imuniza”. Outra mulher fala da dor e do sentimento de culpa por ter se deixado infectar pelo marido, demonstrando a preocupação que teve com os filhos e netos, porque havia amamentado eles sem saber que estava infectada pelo vírus. Todas falam da questão da desinformação em relação ao HIV/AIDS e que sempre pensamos que isso acontece somente com as outras pessoas.

Em relação a esse aspecto, a Medianeira, que estava presente no debate, comenta no filme que trabalhava como técnica de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em um dado momento, ela trabalhava exclusivamente no corredor onde ficavam as pessoas acometidas pela doença, em estado mais grave, e que todos usavam máscaras e evitavam um contato por longos períodos com os pacientes. Ela, após a exibição do filme, comenta que nunca imaginaria que um dia poderia estar no lugar daquelas pessoas, das quais sentia preconceito em função da doença. Mesmo com todas as dificuldades no viver com HIV/AIDS, todas as mulheres relatam o processo de negação até um empoderamento, que as fazem mudar suas vidas. Todas elas acabaram se envolvendo a tal ponto que se tornaram ativistas, trabalhando em ONGs e projetos de prevenção ao HIV/AIDS. Elas falam muito da luta contra o preconceito e de que o pior preconceito é aquele que vem “do coração”.

Após a exibição do filme, Medianeira tomou a palavra e falou sobre sua experiência com o viver com HIV/AIDS. Ela falou dos inúmeros problemas com doenças oportunistas que já teve e enfatizou, diversas vezes, a importância da medicação e da responsabilização pelo tratamento. Ela fala da sua relação com os medicamentos, que lhes dedica um lugar especial em sua casa, pois são eles que lhe possibilita seguir vivendo. Conta do ritual que faz para tomar os remédios: coloca uma música que gosta de escutar, senta no sofá, e os toma, como uma celebração à vida. Chama-os de “amigos”. Ela insiste para que “nós” levemos a sério a medicação e o tratamento. Nesse momento dei-me conta que ela, e os demais presentes, falavam como se todos vivêssemos com HIV/AIDS. Num primeiro momento, pensei “não, não eu tenho AIDS” e logo me dei conta do “preconceito que vem do coração”. Ao me dar conta do preconceito que ainda eu tenho, relaxei e parei de pensar que “eles” estavam nos tratando como “nós”.

Acho que isso não passou apenas pela minha cabeça, pois um dos usuários do CAPS, ao tomar a palavra, falou que não tinha a doença, mas que era dependente de álcool, que chegava a beber duas garrafas de cachaça por dia. Pareceu-me que, numa tentativa ao mesmo tempo de distanciamento e aproximação daquele grupo, falou da sua doença, mas também falou do

quanto foi difícil acostumar-se com os remédios, e que também tinham efeitos colaterais no seu corpo. Mas que era necessário para o tratamento. Alguns dos participantes da atividade também se pronunciaram, conversaram muito sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, das doenças oportunistas e do quanto cada pessoa reage de maneiras diferentes diante do diagnóstico. Mas parecem chegar a um consenso: todos pensavam que nunca aconteceria com eles e todos passaram por uma fase depressiva após a descoberta da doença.

O grupo também discutiu a questão dos preconceitos, e o quanto ainda precisamos avançar não apenas em relação à informação para a população, pois a Medianeira relatou uma experiência em que sofreu preconceito por parte de um médico. Falaram da importância de preparar as pessoas, os profissionais para lidar com essas situações. Tanto no documentário, quanto no debate apareceu o despreparo dos profissionais para dar o diagnóstico. Uma mulher que aparecia no filme contou que o médico falou que ela portava o HIV como se estivesse falando que ela tinha uma gripe qualquer⁵¹.

No segundo dia em que participei do ciclo de cinema, assistimos alguns dos vídeos que compõem o DVD “Histórias PositHIVas”, material distribuído pelo Ministério da Saúde. Os vídeos selecionados pela psicóloga do CTA mostravam histórias de superação em relação à doença. Eram depoimentos de pessoas que falavam sobre as dificuldades em conviver com a doença, os medicamentos, o momento do diagnóstico. Pareceu algo compartilhado em todos os depoimentos o sentimento inicial de negação e uma posterior depressão, com as pessoas querendo desistir da vida. Mas também me pareceu algo compartilhado por todos os depoentes, uma virada na vida dessas pessoas. Como muitos deles falaram no filme, o HIV, que num primeiro momento era algo central em suas vidas, passou a ser considerado como uma parte da vida, um detalhe que merece cuidado e atenção, mas que não define quem eles são. Muitos também referem o engajamento político, a militância em movimentos que preconizam tanto a prevenção quanto o cuidado e apoio àqueles que recém descobriram a soropositividade.

Os filmes despertaram um debate muito interessante. Muito se falou sobre a dificuldade em contar para o parceiro ou parceira que são portadores do HIV. Vários deles relataram suas

⁵¹ Esse relato nos remete à importância da atividade de aconselhamento, um dos focos de trabalho dos CTA, e ainda pouco estudado nos cursos de graduação em psicologia, por exemplo. Inseridas em um emaranhado de relações sociais e culturais, as ações de aconselhamento, realizadas no âmbito dos CTA, “constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença. Permite que ele passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia. Transcendendo o âmbito da testagem, o aconselhamento tem se mostrado como ferramenta útil nos vários locais onde atuam, ou podem atuar os profissionais de saúde. É pela via do aconselhamento que se garante, no trabalho dos profissionais que se deparam com as questões trazidas pela aids, a manutenção de ações educativas em saúde, pautadas em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST e da aids; e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e da plena utilização dos seus direitos” (BRASIL, 1999, p. 9).

histórias e experiências. Algumas ruins, nas quais sofreram discriminação, preconceito, foram acusados moralmente de promiscuidade. Uma mulher contou que foi chamada de “vadia, vagabunda” [SIC]. Outras histórias boas, em que as relações se tornaram ainda melhores, pela confiança e vínculo estabelecidos para além da questão da doença. Em relação ao cuidado com a doença, alguns frisaram que o uso de álcool e outras drogas só prejudica o tratamento. Ressaltaram que o uso dessas substâncias deve ser evitado. Talvez por isso os usuários do CAPS, nesse encontro, não se manifestaram no debate. Saí da sessão de cinema conversando com Tarsila A., e pensamos que vários aspectos discutidos têm relação com aquilo que vivenciamos no atendimento a pessoas que usam álcool e outras drogas. Inclusive, vários dos pacientes que são atendidos no CAPS, são também atendidos pelo CTA, em função da soropositividade. Também falamos na ausência de debates sobre as estratégias de redução de danos nos dois campos de atuação.

Alguns “nós” podem ser tecidos nessa potencial articulação entre os dois serviços e é por isso que fiz questão de apresentar esse breve relato para concluir o capítulo. A questão do reconhecimento dos direitos enquanto cidadãos, dos preconceitos, da militância política foram aprendizados importantes nessa troca estabelecida entre os usuários dos dois serviços. Essa pode ser mais uma das aberturas do CAPS AD para a rede. Reconhecer que, embora sejam dois tratamentos distintos, com serviços e profissionais distintos prestando cuidados, as pessoas são as mesmas. Abertura para novos fluxos de afetos, com produção de mais saúde e de mais vida. Assim vamos substituindo progressivamente as práticas de colhimento e encolhimento por práticas acolhimento. Na esteira dos encontros e dos afetos, encerro esse capítulo com uma bela reflexão de Herbert S.:

Sei que se eu olhasse para frente teria muita gente que eu sou um lixo perante os olhos deles por dentro, ah jamais eu vou estar no lugar deste cara, mas assim como eles não queriam estar no meu lugar, eu também não queria estar no lugar dos outros lá atrás. E pra mim ninguém é melhor que ninguém. Todos somos iguais não só na Constituição Brasileira, não só na lei humana, como perante Deus. Eu acho que todos nós temos as mesmas chances, tanto de acertar como de errar. De aborrecer com um não, de tudo na vida; é que a gente as vezes para ser privilegiado por essas chances encontra muitos fatores meu, quanto a sorte, quanto a oportunidade, quanto a exposições, tem tantas coisas que dependem, para as coisas se tornarem realidade tanto pro bem, como por mal. Como eu nunca fui um cara ambicioso como coisas materiais, porque como eu já disse que dizia Jó ‘pelado eu vim ao mundo e nu voltarei’ então pra mim pouco me importa cara, agora eu já tive bastante sonho, não vou dizer materialmente falando, como qualquer jovem tem, principalmente jovens, se até as pessoas com uma certa idade ainda sonham, tem pessoas bem mais velhinhas que eu que sonham, planejam e eu até admiro, como pode, o tio, a tia ali ainda ter sonho de ter a casinha dela com uma cerquinha branca, com um gramado verde, com um cachorro latindo na frente de casa e eu digo, eu com 51 já nem me importo mais, eu já não ligo mais, eu passo caminhando, eu gosto de caminhar, por isso que esse pé me incha, eu acho que é por causa disso, e as vezes eu admiro a casa dos outros, que casa bonita, que terreno bonito e páh, mas aí eu fico pensando, mas pra que eu quero isso,

pra que, e ai parece que eu me transformo e entro dentro da casa ou daquela mansão e digo quem sabe se dentro desta casa, num quarto lá em cima, não tem um idoso ou um enfermo lá, tão sozinho lá, me ouvindo e me vendo pela cortina da janela lá, dizendo: daria tudo, daria esta casa, tudo o que tenho até esta mansão para estar no lugar daquele rapaz lá caminhando tão feliz com aquela mochila dele num dia tão bonito como hoje. E daí eu vejo, bah, por que quer me ver ficar triste é tirar a minha liberdade e a minha saúde, ah eu adoro quando eu estou são, posso não ter uma moeda no bolso, agora se eu estiver são e com a minha mochila cara e caminhando num dia bem bonito estou na minha felicidade de ir a hora que eu quiser, pra onde eu quiser, chegar na esquina sem pressa e sem destino e olhar pra lá e dizer não vou atravessar a rua, olhar pro outro lado e ver uma estradinha bonita e ir por aqui, sabe, essa é a minha felicidade. (HERBERT S.).

O CAPS acompanhado nesta pesquisa apresenta tantos paradoxos quanto o território no qual está localizado, o da gerência Glória-Cruzeiro-Cristal. Em um território ora marcado por um grande empreendimento como o *shopping* Barra Sul e pontos turísticos da capital gaúcha, ora marcado por episódios de violência e de disputas por pontos de tráfico de drogas ilícitas, a equipe do CAPS AD se encontra em momento de profundas reflexões sobre os processos de trabalho e a forma como acolhe seus usuários. Estas reflexões podem ser observadas nas mudanças e nas diversas tentativas de superação do modelo ambulatorial. A polifasia que percebemos no serviço, através da coexistência de distintas formas de conceber o uso de drogas e o tratamento dos usuários, bem como das concepções diferentes sobre o que é o acolhimento, coloca em xeque, por exemplo, o conceito-sintoma da escuta.

As tensões com a gestão e as dificuldades de se abrir mais para a comunidade, saindo de seu enclave, atravessam e constituem as relações entre os profissionais, e entre estes e os usuários. Acreditamos que não por acaso, palavras como integralidade e intersetorialidade não aparecem no diagrama construído no *Wordsalad*. Algumas ações, ainda pontuais, vão aos poucos levando o CAPS a se “desencapsular”. Esse “desencapsulamento” é um processo tenso, marcado por tensões, contradições e vivido com sofrimento pelos profissionais. Além de não encolher o outro, é preciso criar estratégias e formas de cuidado para não encolher a si mesmo. Do en-colhimento, passemos agora ao debate sobre as práticas de recolhimento, cotidianamente enfrentadas pelos profissionais do Consultório na Rua.

5 O CONSULTÓRIO NA RUA E AS PRÁTICAS DE RECOLHIMENTO

No dia 07 de novembro de 2012, a Revista Veja publica em sua versão online uma notícia relativa à cidade do Rio de Janeiro com o seguinte título: “Usuários de crack voltam às ruas após ação de acolhimento”. Logo abaixo uma frase “explica” a chamada da notícia: “Para fugir dos agentes da prefeitura na manhã desta quarta, dezenas correram entre os carros na Avenida Brasil, uma das mais movimentadas da cidade” (VEJA, 2012).

Conforme a reportagem, essa abordagem aconteceu por volta das 7h30, quando muitos ainda dormiam embaixo de um viaduto na entrada de uma favela. A “operação” acolheu 47 adultos – dos quais 29 já retornaram às ruas. Três adolescentes também foram retirados da crackolândia e encaminhados para internação compulsória em abrigos. O que nos chama atenção é que na operação noticiada, os usuários começaram a correr e gritar quando perceberam a aproximação dos agentes. Os gritos “olha o recolhimento” serviam para alertar os outros usuários (VEJA, 2012).

Acolhimento? Ou recolhimento? A “operação acolhimento”, concebida assim pela mídia, prefeitura e agentes era anunciada pelos usuários como “olha o recolhimento”. Realmente faz-se necessário olhar para as “práticas de recolhimento” com atenção. Propomos um olhar, então, para as “práticas de acolhimento”, em contraposição às primeiras. O artigo 1-B da proposição legislativa do Deputado Federal Osmar Terra (PL 7663/2010), que trata da proposta de alterações no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas no Brasil, versa sobre a definição de programas de atendimento e suas unidades.

Segundo esse projeto de lei o acolhimento “é a modalidade que se caracteriza pela oferta de programas de atenção que visam à abstinência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para atingir esse objetivo, delineiam-se estratégias de cuidado fazendo referência à internação de usuários, incluídas as modalidades involuntária e compulsória. Nota-se que o texto deste PL prioriza esta modalidade de atenção. Mas o deputado desconsidera o artigo 4º da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). O referido artigo indica que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ou seja, a internação não deve ser considerada a primeira opção no tratamento às pessoas que sofrem com o uso de drogas.

No formulário de posicionamento do Ministério da Saúde (2012) sobre o referido projeto de lei, ainda encontramos uma ressalva importante à questão das internações (compulsórias):

O projeto de lei em discussão desloca a previsão das modalidades de internação do contexto interdisciplinar constante da lei 10.216/01, reforçado pela resolução nº 448 do Conselho Nacional de Saúde, que prevê o cuidado extra-hospitalar como um papel estratégico para a reinserção familiar e social, e o não isolamento dos indivíduos. Temos na proposta a banalização das internações quando estas são colocadas como ferramenta central para o acolhimento, desconsiderando a diversidade de tratamentos, serviços para os diversos públicos, necessidades e situações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, s/p).

Nesse projeto de lei, portanto, o acolhimento é tarefa prioritária dos serviços de internação, seja em hospitais, seja em comunidades terapêuticas. Acolher como sinônimo de internar, isolar, desintoxicar. O objetivo final dessa “prática de acolhimento” é a abstinência. Tal proposta ignora a Redução de Danos como paradigma político e como estratégia de cuidado preconizada na Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), pois coloca a abstinência como regra, como uma norma que define a fronteira entre o dentro e o fora do sistema, entre a cura e a doença, entre o normal e o patológico (SOUZA; CARVALHO, 2012). Só que a polarização produzida por essa postura reconhece apenas duas posições ou discursos possíveis aos usuários: o discurso heroico, do sujeito que superou o inferno das drogas, e o discurso desesperado, daquela pessoa que não suporta mais o martírio (PETUCO, 2010; 2011).

Ressaltamos, acompanhando o pensamento de Souza e Carvalho (2012), que antes de se tornar uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. O dualismo religioso bem e mal desdobrou-se e passou a ser operado pelo binarismo da lei lícito e ilícito e também pela norma médica normal e patológico. Esses três âmbitos de construção de práticas sobre o corpo e sobre a vida nos remetem à discussão realizada por Mota (2009), que evidenciou em sua pesquisa as representações sociais sobre a dependência química fortemente vinculadas às noções de uso de drogas como pecado, crime e como doença.

Devemos lembrar também que a Redução de Danos não contesta a abstinência como meta possível e desejada, como um direcionamento clínico em algum momento do tratamento, mas a abstinência como regra absoluta, como paradigma, assim como propõe o PL de Osmar Terra. Dentro da lógica da abstinência, encontramos seu polo oposto, a recaída. Souza e Carvalho (2012) nos alertam para o fato de que a recaída comparece não como uma medida do fracasso das instituições, mas como medida do fracasso individual, da fraqueza do indivíduo que se deixou levar pelas “tentações pecaminosas”, da gravidade da doença, reforçando a necessidade de excluir a opinião e o desejo do “sujeito doente”. Nessa direção, os autores enfatizam que

numa sociedade que construiu as drogas como figura de ameaça da segurança individual e das famílias, o fracasso da medida repressiva será apenas índice de que esta repressão não está sendo suficientemente repressiva. O fracasso não gera um recuo da medida adotada, mas sim uma intensificação da mesma. A abstinência tem sua sustentação não na sua efetividade, mas no seu poder simbólico do ideal de uma sociedade livre desta ameaça. A internação compulsória, sendo um mix de punição e medida de tratamento, mantém provisoriamente este ideal. A recaída é um ponto fundamental deste circuito que se fortalece na medida em que fracassa. É sob o signo da doença, e de sua gravidade que o fracasso será creditado, sendo a recaída uma manobra de individualização do fracasso. (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 47).

Vemos, portanto, que a abstinência como meta única, a dependência química como diagnóstico e a internação compulsória como medida de tratamento funcionam num círculo vicioso que individualiza o fracasso (SOUZA; CARVALHO, 2012), gerando aquilo que denominamos de “práticas de encolhimento, colhimento e recolhimento”. Talvez não seja por acaso que os usuários gritavam nas ruas do Rio de Janeiro “olha o recolhimento”. Yasui (2012), seguindo a perspectiva Basagliana, reafirma que a liberdade deve ser a base da prática terapêutica, e não o seu resultado (“fique internado, depois de curado você receberá alta!”). O autor lembra que o resultado histórico deste modo de pensar e tratar a dor psíquica – como a proposta do deputado Osmar Terra – é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana.

Em nossa reflexão, esse debate é fundamental, pois quando um profissional ou uma equipe de saúde, ao acolher e atender uma pessoa que usa drogas, coloca para si a tensão ou a polaridade “sou contra” ou “sou a favor” das drogas, “bem” e “mal”, formulará sua escuta, abordagem e acolhimento em combate ou simples aceitação em relação à experiência narrada pela pessoa. A clínica, portanto, será produzida e conduzida a partir de um problema mal formulado (SOUZA; CARVALHO, 2012), pois o combate ou a simples aceitação são maneiras de não entrar em contato com a experiência proporcionada pelo encontro entre o profissional e o usuário. Por isso apostamos na Redução de Danos, já que a direção proposta por ela é a “de acolher o outro na sua diferença, atualizando um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 43).

A aceitação do outro na sua diferença, como propõe a perspectiva da Redução de Danos, fica invisível em outro ponto polêmico do projeto de lei do Deputado Osmar Terra, conforme o Ministério da Saúde (2012) bem apontou. No artigo 16 do referido projeto, há a proposta de exclusão do usuário dos programas de reinserção caso haja suspeita de recorrência no uso de drogas, o que nos remete a um viés demasiadamente restrito na compreensão sobre o adoecimento pelo uso de drogas. Além disso, o documento publicado pelo Ministério da Saúde (2012, s./p.) enfatiza o trabalho em rede, considerando que “para situações diferentes,

tratamentos diferentes, funcionando de maneira integrada e com foco no usuário, não na substância consumida”.

Em matéria publicada no *Jornal Boca de Rua*⁵² (2013a), os moradores de rua levantam a questão: internação compulsória ou redução de danos? Claramente a favor da proposta da Redução de Danos, a matéria traz o posicionamento da Organização das Nações Unidas (ONU) e de alguns especialistas no tema. Para Marcos Rolim, “não há evidência a amparar política pública centrada em internação involuntária”. Sandra Torossian, por sua vez, afirma que

as internações compulsórias fazem parte de política reparatória, a qual deve ser substituída por políticas acolhedoras e de proteção a todos os cidadãos. Assim, a problemática das drogas não se resolve com o endurecimento de políticas repressivas nem com internações involuntárias, mas com políticas sociais mais justas que ataquem as desigualdades (BOCA DE RUA, 2013a, p. 3).

Na capa desta edição (figura 13), eles já apresentam sua opinião de forma clara ao leitor: as internações compulsórias desconsideram a vontade ou capacidade de decisão do usuário e só almeja a abstinência – é uma camisa de força; já a redução de danos se baseia no diálogo, na valorização da pessoa, na história de vida da pessoa e em sua capacidade de ir entendendo e se esforçando para melhorar a vida – um cobertor no inverno (BOCA DE RUA, 2013a). Esse debate nos remete à tensão entre dois modelos que coexistem nas políticas públicas sobre drogas, como vimos anteriormente: o paradigma da abstinência, ancorado na “guerra às drogas”, e o paradigma da Redução de Danos. Atualmente, consideram-se as Comunidades Terapêuticas como a principal representante do primeiro, e os serviços substitutivos de saúde mental, Programas de Redução de Danos, Consultórios na Rua como representantes do segundo.

⁵² Conforme informações disponibilizadas no site da Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação (ALICE), “O Projeto Boca de Rua é uma publicação feita e vendida por pessoas em situação de rua, na cidade de Porto Alegre. Existe desde agosto de 2000. Textos, fotos e ilustrações são elaborados pelos sem-teto durante oficinas semanais. O dinheiro arrecadado na comercialização do veículo reverte integralmente para os 30 participantes do grupo, constituindo uma fonte alternativa de renda. O Boca de Rua é membro da Rede Internacional de Publicações de Rua (*International Network of Street Papers* – INSP), entidade com sede na Escócia, que reúne jornais e revistas vendidos por populações em situação de risco de 40 países. Dentro da INSP, prima pela originalidade, pois é o único, desta rede, produzido pelos próprios vendedores. Além de produzir o jornal, o projeto Boca de Rua também já realizou Oficinas de Vídeo, Oficinas de Escrita Livre e Oficinas de Fotografia”. (ALICE, 2013).

Figura 13 - Boca de Rua e as Internações Compulsórias



Fonte: Boca de Rua (2013a, Capa).

As Comunidades Terapêuticas foram incluídas na RAPS a partir da Portaria n. 3.088/2011 e concebidas como uma modalidade de suporte residencial transitório com maior tempo de permanência e indicadas para pacientes com condições clínicas estáveis (BRASIL, 2011). Ressalta-se, contudo, que a maioria destas instituições não possui uma infraestrutura mínima adequada e uma equipe clínica para casos de crise, por isso muitos autores defendem que a portaria tem mais finalidade para atender as necessidades das CTs do que atender as necessidades dos usuários que demandam um suporte residencial. O ponto central da polêmica, portanto, é a falta de regulamentação destes serviços, bem como a legitimidade de suas propostas terapêuticas, geralmente de cunho religioso, sendo financiadas por um Estado Laico (PERRONE, 2014; MOTA et al., 2015; DUARTE, 2013; FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS, 2012; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Em uma pesquisa feita pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em 2007, 38,5% da amostra (1.256 instituições de tratamento a usuários de drogas) foram classificadas por seus dirigentes como Comunidades Terapêuticas. Entretanto, questiona-se a regulamentação, fiscalização e, em muitas instituições que se autodenominam CTs, foram verificados abusos, como cárcere privado, imposição de credo religioso, negligência de cuidados e alimentação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Conforme a

Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos do Brasil (2012), as CTs estão vinculadas à lógica de higienização das cidades, através das conturbadas parcerias público-privadas, afirmando que

As comunidades terapêuticas são instituições privadas, grande parte baseadas em práticas religiosas (evangélicas e cristãs, uma afronta aos princípios laicos do Estado) e muitas financiadas pelo próprio Governo Federal. Essa política pública oferta o encarceramento como opção e não tem diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial. As comunidades terapêuticas vêm se proliferando e se fortalecendo, e contam com apoio de influentes setores políticos. Estas instituições não se configuram como espaços de tratamento, mas sim, de segregação, reeditando o conceito de “tratamento moral” do século XIX, combatido pela reforma psiquiátrica e presente na lei 10.216/01. O investimento financeiro feito em comunidades terapêuticas desvia os recursos de uma política pública alicerçada pelos princípios democráticos, de base comunitária, para equipamentos asilares. (FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS DO BRASIL, 2012, s/p).

Ora, a carta da Frente Nacional de Drogas e Direitos é bastante direta e busca mostrar argumentos contrários à inserção das CTs na RAPS. Cabe ressaltar, entretanto, que não é meu objetivo aqui questionar a eficácia do tratamento – até porque já escutei de muitos usuários que o tratamento deu certo, que os ajudaram. E não há que se duvidar disso. Outra ressalva. Em Porto Alegre, como vimos no capítulo quatro, temos duas CTs conveniadas com a Secretaria de Saúde. Ambas se fazem presentes nos encontros do Fórum AD e vem, de fato, compondo a rede e contribuindo nos debates e pactuações de fluxos, por exemplo. Isso não nos isenta, contudo, de lembrarmos da pressão política, como foi o caso de um vereador do município que exigia a abertura de vagas em mais uma comunidade terapêutica, indicada por ele. Transformou-se num negócio, para muitos. O que nos interessa aqui é o investimento de recursos públicos em uma proposta que contradiz os pressupostos da reforma psiquiátrica, e que, em muitos casos, impõe credo religioso com recursos de um Estado laico. Interessa-nos aqui prestar mais atenção a essas duas formas de conceber o problema das drogas, como faz Taniele Rui (2014) ao comparar os Programas de Redução de Danos (PRD) com as CTs:

Com um modelo de tratamento já mais estabelecido e conhecido, as CTs apostam em tirar os usuários do seu espaço de consumo e, durante seis meses, oferecem-lhes um suposto retorno a uma rotina disciplinar que teria sido perdida durante o envolvimento com drogas. Focando nos aspectos dolorosos da experiência e em fazer o usuário reconhecer a perda de controle do uso, o tratamento está baseado em palavras de incentivo e auxílio, bem como no consolo espiritual em um *poder superior*. De maneira oposta, os PRDs se dirigem aos espaços de consumo e ali tentam oferecer informações e materiais visando a promoção de usos menos arriscados das substâncias. Atentos para as especificidades de cada droga, não exigem a interrupção do consumo. Tais programas recebem críticas das CTs por supostamente ignorarem o alto grau de sofrimento envolvido nas experiências extremas de consumo e por parecer incentivar o uso. Criticadas pelo tratamento religioso, as CTs acusam os PRDs de serem extremamente condescendentes com o tráfico de drogas. (RUI, 2014, p. 119).

Como não temos, atualmente, um PRD em Porto Alegre, podemos pensar na equipe do Consultório na Rua ocupando um lugar muito semelhante. E recebendo críticas (ou ataques), por exemplo, do Sindicato Médico do Rio Grande de Sul (SIMERS). Em uma de suas publicações, afirma-se que os “consultórios de rua” são apenas *marketing* e que os “atendimentos de portadores de dependência química nas praças, parques e calçadas é uma medida paliativa e despropositada. Até porque não há leitos para atender os pacientes que venham a manifestar o interesse em se submeter ao tratamento, depois da abordagem inicial” (SIMERS, 2012, p. 14). O SIMERS, ao adotar essa postura, demonstra profundo desconhecimento em relação à proposta do Consultório na Rua, como veremos a seguir, bem como mostra-se alinhado com o paradigma da abstinência e com as propostas terapêuticas preconizadas pelas CTs.

A matéria a que nos referimos logo no início do capítulo retrata um pouco das políticas gestadas na Secretaria Municipal de Ordem Pública do Rio de Janeiro. Na primeira gestão de Eduardo Paes passou a vigorar a operação “Choque de Ordem”, entre 2009 e 2010, consistindo em diversas ações, dentre elas o recolhimento de pessoas em situação de rua. Em 2011 as práticas de recolhimento passam para a Assistência Social que, em 2012, passa a ser uma subpolítica dentro da nova secretaria criada com o nome de Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Em 2013, no segundo mandato de Eduardo Paes, tenta-se instituir a internação compulsória de adultos, que, meio a movimentos de resistência, ainda está em andamento (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014). Salienta-se que

Ao invés da simples limpeza da rua, essas ações agora são justificadas por um pretenso cuidado ou tratamento das pessoas recolhidas. O estigma de “dependente químico” e “usuário de crack”, atribuído à maioria daqueles que vivem na rua, serve de justificativa para intervenção pública e a internação forçada. As ações são defendidas pelos gestores públicos como um modo de proteger o sujeito em situação de rua que teria tido sua vida arruinada pela droga. O recolhimento de pessoas da rua, embora seja justificado pelo poder público com o argumento de proteção social e à vida, está evidentemente relacionado ao problema de ordem pública: é em nome de uma nova ordem da “cidade mercadoria” dos grandes eventos que se faz esse recolhimento. Restabelece-se a ordem através da violência por eliminação, seja de maneira direta através da exclusão por internamento em abrigos ou comunidades terapêuticas, seja pela eliminação no sujeito de uma experiência tida como ‘desordeira e perigosa’”. (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014, p. 43-44).

Esse argumento apresentado por Macerata, Dias e Passos (2014) é o que sustentava e legitimava a preocupação da Área Técnica de Saúde Mental com a aproximação dos jogos da Copa do Mundo de Futebol Fifa⁵³. A cidade de Porto Alegre, em menor escala que no Rio de

⁵³ FIFA - *Fédération Internationale de Football Association*.

Janeiro, sediaria cinco jogos do mundial e os gestores demonstravam essa preocupação com a “limpeza” da cidade. No decorrer das minhas observações no Consultório na Rua, acompanhei também a preocupação da equipe com o recolhimento de pessoas em situação de rua. Já após a Copa, a equipe foi intimada a responder ao Ministério Público (MP) quantos e quais eram os moradores de rua de determinadas regiões – todas próximas a prédios públicos, como a Câmara de Vereadores do município. Curiosamente, foi um vereador quem encaminhou tal solicitação. Para isso, a equipe deveria realizar uma pesquisa e encaminhar o resultado ao Ministério Público. Como a equipe não poderia deixar de responder a solicitação do MP, utilizaram-se dados já registrados no serviço, mas sem identificação alguma das pessoas, pois isso comprometeria o vínculo e o trabalho da equipe com os moradores de rua. Nesse sentido,

As pessoas recolhidas no Centro da cidade têm seus tratamentos de saúde interrompidos, seus laços ainda mais fragilizados, e muitas vezes seus pertences destruídos. O choque de ordem desmontou o antigo trabalho de abordagem da assistência social do município, pois a maneira como o trabalho dessas equipes passou a ser associado às ações de “ordenamento social” inviabilizou o vínculo possível entre o serviço de abordagem e os usuários desse serviço”. (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014, p. 45-46).

Em seu trabalho de campo junto à região da “Cracolândia” em São Paulo, Taniele Rui (2014) observa uma tríplice ação: a ação dos policiais, visando a repressão e a segurança, a ação dos serviços médicos, promovendo assistência e a garantia do direito à saúde, e a ação da assistência social. A “cracolândia”, portanto, não é um espaço desprovido da presença do Estado. Ele está lá, reprimindo e ajudando, punindo e encaminhando, deixando morrer e fazendo viver (RUI, 2014). A face repressiva do Estado, representada pelos policiais militares e guardas civis, opera de dois modos. Através da “ronda contínua”, os usuários ficam o tempo todo circulando mediante a presença dos profissionais, num “jogo de gato e rato”. Já pelo “cerceamento”, os usuários são concentrados numa determinada área, pois a polícia e guarda civil cercam o quarteirão, monitorando as ações das pessoas.

As rondas contínuas e o cerceamento, portanto, “expressam o papel de vigilância e a tentativa de regulação das relações e conflitos sociais, bem como a dificuldade de tornar explícito o uso dessas técnicas – o que revela um jogo ambíguo com a opinião pública” (RUI, 2014, p. 238). A face “cuidadora” do Estado, por sua vez, através das ações da saúde e da assistência social, acabam se confundindo com a linguagem da valorização dos espaços. Os profissionais muitas vezes são pressionados a internar usuários de drogas, fazendo com que estes [profissionais de saúde] denunciem o problema de utilizar a “saúde” para justificar a

“limpeza urbana”. A política de *gentrification*⁵⁴, através de projetos de requalificação urbana, sustenta tais intervenções de “recolhimento” construindo empreendimentos imobiliários para classes médias e altas, “em um processo articulado à expulsão de setores das classes populares, com o intuito de produzir mudanças na composição social de um determinado lugar, gerando segregação socioespacial e controle da diversidade” (RUI, 2014, p. 227). Usa-se, dessa forma, da intervenção e da reforma urbana para resolver uma questão social (RUI, 2004; SILVA; ADORNO, 2013; ADORNO, 2013; RAUPP; ADORNO, 2015).

O termo *Cracolândia* se generalizou pelo país, designando qualquer espaço no qual existem grupos fazendo uso público do crack. A popularização desse termo demonstra o desconhecimento das questões históricas, econômicas, urbanas e sociais de cada região. Com isso, ao invés de denunciarmos o descaso dos governos e a degradação urbana e social das cidades brasileiras, acabamos por focar o problema nos usuários e na droga em si (ADORNO, 2013; RAUPP; ADORNO, 2015). A generalização do termo, além de reforçar as representações estigmatizantes e piorar as condições de socialização de grupos historicamente presentes nesse espaço (RAUPP; ADORNO, 2015; FRÚGOLI JR; CAVALCANTI, 2013), também constrói a representação de um território estigmatizado, marginalizado, tomado como sinônimo de “território psicotrópico”⁵⁵ (FERNANDES, 2006).

Esses territórios são conhecidos geralmente como espaços violentos, perigosos, tornado assim em função apenas da presença de pessoas em situação de rua e que fazem uso de crack

⁵⁴ O estudo da Gentrificação (tradução feita por autores brasileiros do termo *Gentrification*) tem se constituído como um importante foco na área da Geografia, já que se trata de um processo de reestruturação dos espaços urbanos na contemporaneidade. Trata-se de um fenômeno urbano que consiste em uma série de melhorias físicas ou materiais e mudanças imateriais (econômicas, sociais e culturais) que ocorrem em alguns centros urbanos antigos, resultando em uma elevação do *status* de uma determinada região (BATALLER, 2012). Entretanto, para que uma parte das pessoas com maior remuneração possa ocupar as regiões centrais das cidades, os habitantes de classe baixa são deslocados, como ocorreu no caso do *Shopping Barra Sul* em Porto Alegre. Pautada nos estudos de Pacione, Bataller (2012, p. 13) refere que: “para que a gentrificação ocorra, ele sustenta que é preciso existir mobilidade espacial de habitantes e afetar áreas que não sejam de alto *status* no momento de se reinvestir nelas. Ele expõe um exemplo clássico do processo esquematizado em três passos sucessivos no tempo: a) um bairro central, ocupado por classes médias, sofre a perda de residentes à medida que estes vão formando famílias e seus rendimentos vão aumentando; b) o bairro vai sendo ocupado por população com rendimentos cada vez menores, que vivem de aluguel; experimenta-se uma deterioração física, já que os ocupantes não podem cobrir os custos de manutenção dos edifícios; os proprietários não investem na melhoria das moradias de seus inquilinos; há uma ocupação excessiva e as moradias são subdivididas para serem alugadas; c) as classes médias voltam a se interessar em viver no centro; reinveste-se nos bairros, deslocam-se os antigos ocupantes e é experimentada a revitalização socioeconômica”.

⁵⁵ A marginalização do uso de drogas e a relação complicada com a lei e com a polícia delimitam um espaço que Fernandes (2006) chama de Território Psicotrópico. Trata-se de um território sedutor a todos que tem interesses em torno das drogas, sejam eles consumidores ou traficantes. Esses territórios são constituídos por regras informais que regem os estilos de vida que habitam o espaço, bem como definem comportamentos de defesa frente a estranhos – como a polícia, que não é mais tão estranha. Essas regras geralmente são ditadas pelos traficantes. Nesses locais, temos uma mistura do espaço público e do privado. O espaço público é apropriado pela atividade privada de venda e consumo de drogas, ao mesmo tempo em que o espaço privado das residências nas imediações desse local se torna público pela constante movimentação de usuários para compra da droga (FERNANDES, 2006).

(é bem difundida ainda a ideia de que toda pessoa em situação de rua é, também, usuária de crack ou outras drogas). Sabemos que, historicamente, a proibição de determinadas substâncias esteve associada ao uso por parte de grupos considerados minorias sociais (ESCOHOTADO, 1997; BOURGOIS, 2003; 2010; DOMANICO, 2006). No caso do uso do crack, temos uma vinculação direta (naturalizada) entre o uso e pobreza, bem como do uso disseminado entre moradores de rua.

A história do crack no Brasil seguiu uma trajetória semelhante a dos Estados Unidos, porém com um atraso de aproximadamente 10 anos e iniciando também entre as classes socioeconômicas mais baixas⁵⁶. Os primeiros relatos sobre o consumo de crack surgiram em torno de 1989 entre crianças que viviam nas ruas do centro de São Paulo (HORTA et al., 2009; KESSLER; PECHANSKY, 2008; DUAILIB et al., 2008; DOMANICO, 2006; RAUPP; ADORNO, 2010; 2011). Hoje, a mídia brasileira tem relatado casos de uso de crack também nas classes média e alta, mas ainda faltam evidências científicas de que esse índice seja alarmante (KESSLER; PECHANSKY, 2008). O fato de que o crack tenha se espalhado por todos os setores/camadas sociais da sociedade é considerado um mito por Reinerman e Levine (2004), já que dessa forma o fenômeno poderia ser caracterizado como epidêmico⁵⁷, fortalecendo assim a “guerra às drogas”.

⁵⁶ Alguns estudos têm identificado o perfil dos usuários de crack brasileiro, confirmando que realmente a maior parte dos usuários é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (DUAILIB et al., 2008; RIBEIRO et al., 2006; PULCHERIO et al., 2010). Em estudo mais recente publicado pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), realizada nas cenas de uso em 26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas e um estrato de municípios de médio e pequeno porte, temos, de modo geral, que os usuários de crack e/ou similares são, em sua maioria, homens, jovens, não-brancos (conforme o IBGE, não-brancos corresponde, basicamente, às categorias definidas como pretos e pardos), poliusuários (sendo o álcool e o tabaco os mais frequentemente consumidos), pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não tem emprego/renda fixa. Destaca-se, aqui, que aproximadamente 40% dos participantes encontravam-se em situação de rua no momento da pesquisa, entendendo que isso não significa que todos moravam nas ruas, mas que nelas passavam a maior parte do seu tempo. Dois pontos ainda nos chamam a atenção. Em relação à motivação subjacente ao consumo, mais da metade da amostra referiu que usou a primeira vez por vontade ou curiosidade, associada à facilidade do acesso ao crack. E, por fim, o tempo médio de uso de crack e/ou similares entre os usuários foi de 80,76 meses, sendo a média significativamente superior nas capitais em relação ao interior. Esse achado é importante pois contradiz as notícias comumente veiculadas nas mídias de que os usuários de crack e/ou similares teriam sobrevida necessariamente inferior a 3 anos de consumo (BERTONI; BASTOS, 2014a).

⁵⁷ Bertoni e Bastos (2014b) afirmam que o estudo publicado pela Fiocruz buscou responder a “uma demanda do governo e da sociedade no sentido de investigar e quantificar o fenômeno emergente do consumo de crack em grandes áreas urbanas, embora esse consumo também ocorra em cidades de menor porte. O aparecimento de grandes cenas abertas de consumo de crack e/ou similares, denominadas nos grandes municípios de “cracolândias”, é de fácil visualização (ainda que isso não se traduza, de forma simplista, em fácil compreensão), e receberam ampla cobertura dos meios de comunicação e a atenção da sociedade” (p. 144). Com o “pânico moral” (DOMANICO, 2006) difundido, legitimou-se uma série de intervenções com base na ideia de que o problema do crack é uma epidemia. Observou-se no estudo citado que a estimativa referente ao uso de crack e/ou similares (pasta-base, merla e oxi) é maior do que o uso exclusivo do crack. Estima-se que, dentre as capitais e o Distrito Federal, 0,81% da população consumam crack e/ou similares de forma regular (BERTONI; BASTOS, 2014b).

Domanico (2006) aborda alguns dos motivos que levaram o crack a fazer sucesso entre as classes menos favorecidas economicamente nos Estados Unidos e que podemos pensá-los na realidade brasileira. O crack era vendido nas ruas, principalmente, por jovens negros e latinos. Um dos principais motivos do “sucesso de vendas” foi o grande contingente de desempregados dispostos a trabalhar no negócio de produção caseira da droga e de venda na própria vizinhança. Era uma ocupação mais rentável que qualquer outro emprego (ou subemprego) disponível a eles, muito em função da (baixa) escolaridade. Além disso, por se tratar de uma inovação mercadológica no ramo das drogas, mudava também a maneira de consumo e, pelo fato de ser fumada, trazia satisfação breve, porém intensa. Assim o crack se tornou sucesso de vendas e fonte de lucro para o tráfico, ainda mais porque a produção da droga era feita com uma cocaína menos pura.

Então, se olhadas como mercadorias, as drogas não são apenas substâncias naturais ou sintetizadas, nem um fenômeno bom ou mau por si mesmas, elas são produtos sociais. E mais: “na dinâmica transformação do fetiche “droga ilegal” no fetiche “lucro, dinheiro”, estão em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia” (MINAYO, 2003, p.17). Dessa forma, a especificidade do capitalismo que confere centralidade ao mercado e ao consumo está refletido no mercado das drogas: é um mercado globalizado; contempla redes internacionais de produção e comercialização e pontos locais; tem uma organização complexa, hierarquizada, que envolve diversas atividades e setores; tem enorme capilaridade, uma vez que atende a demandas tanto de altas esferas do poder econômico (com a cocaína, por exemplo) quanto de camadas pobres da população (com o crack, por exemplo); e organiza-se de forma ágil e flexível, incorporando estratégias sofisticadas de acumulação de riqueza (MINAYO, 2003).

Por fim, esses “territórios psicotrópicos” são sempre associados à noção de violência, embora sempre paire a incerteza quanto às explicações causais (uso de drogas e violência), mesmo com diversos estudos e evidências empíricas associando uso de drogas e violência (FRYER et al., 2005; RIBEIRO et al., 2006; PULCHERIO et al., 2010; DUAILIB et al., 2008). Uma questão que não está suficientemente explicada é se a presença de álcool ou outras drogas nos eventos violentos permite inferir que elas tenham afetado o comportamento das pessoas envolvidas (MINAYO; DESLANDES, 1998). Ou seja, não é possível saber se essas pessoas em estado de abstinência não teriam cometido as mesmas transgressões.

Também não é possível definir, a partir das pesquisas empíricas, se o uso de drogas atua como um fator associado a outros, desencadeando comportamentos violentos, ou se é o fator causador (tal como é sempre veiculado pelas mídias). O que é possível inferir, apenas, é que há

uma alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas estão presentes entre agressores e vítimas (MINAYO; DESLANDES, 1998; MARTINS; PILLON, 2008; REINARMAN; LEVINE, 2004).

Zaluar (2008a; 2008b) nos apresenta outra questão referente à violência: geralmente se atribui às taxas de criminalidade uma forma disfarçada de luta de classes, como se os pobres estivessem cobrando dos ricos aquilo que eles não têm, ou não conseguiram ter. Entretanto, vemos que os pobres são as principais vítimas da criminalidade violenta que assola o Rio de Janeiro, por exemplo. A vinculação entre pobreza e criminalidade é um pressuposto ainda muito difundido no meio social, e hoje cede “lugar ao determinismo sociológico que considera a pobreza, o meio social ideal ou o “meio de cultura” (no sentido bacteriológico) para o aparecimento do criminoso” (ZALUAR, 2008b, p.109).

Deve ficar claro, portanto, o perigo em se estabelecer uma associação direta entre violência e uso de drogas, pois pode estar reforçando a representação social do usuário de drogas como um criminoso (MOTA, 2009; REINARMAN; LEVINE, 2004; ROMANINI; ROSO, 2011; OLIVEIRA, 2009) e, conseqüentemente, a exclusão de determinados indivíduos ou grupos sociais. Com o estabelecimento de uma relação causal entre uso de drogas e violência, apenas buscamos ‘curas’ medicamentosas e repressivas para o dependente, ao invés de entendermos o processo como algo psicossocial e histórico (BRASIL, 2005a; ROMANINI; ROSO, 2011). Dessa maneira, pensar políticas públicas que promovam saúde fica relegado ao segundo plano (ARAÚJO; GONTIÉS; NUNES JÚNIOR, 2007; OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010).

Diante desse complexo cenário, que envolve um embate entre o paradigma da abstinência e a redução de danos, o financiamento das comunidades terapêuticas, o clamor pelas internações compulsórias, e as práticas de recolhimento de pessoas em situação de rua que fazem uso de crack, temos, com a Portaria n. 3.088 de 2011, a inclusão do Consultório na Rua na RAPS (BRASIL, 2011a). Em Porto Alegre, a constituição e consolidação de três equipes de Consultório na Rua (duas na região centro e uma na Restinga) foi tema de pactuação entre a prefeitura municipal e o Governo Federal, no âmbito do Programa “Crack, é possível vencer”. Na região centro, efetivou-se a qualificação da equipe de Estratégia Saúde da Família Sem

Domicílio (ESF Sem Domicílio) para Consultório na Rua do tipo III⁵⁸ (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, 2014).

O Consultório na Rua que acompanhei pertence à Gerência Distrital Centro (GDC) e, no momento da pesquisa, contava com 11 profissionais: 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 técnicas de enfermagem, 2 agentes comunitários de saúde e 1 técnica em saúde bucal. Em relação à rede de serviços de Atenção Primária à Saúde, a GDC conta com: 1 Consultório na Rua; 3 Unidades Básicas de Saúde; 3 Unidades de Saúde da Família; 8 Equipes de Estratégia de Saúde da Família; 7 Equipes de Saúde Bucal; e 37 Agentes Comunitários de Saúde. Em relação à rede de serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva, a GDC dispõe de: Equipe Especializada de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência (EESCA); Ambulatório de Dermatologia Sanitária (da Secretaria Estadual de Saúde); o Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE); o CEO Santa Marta (Centro de Especialidades Odontológicas); Equipe de Saúde Mental e Equipe de Matriciamento; Centro de Referência à Tuberculose (CRTB); CAPSi Harmonia; CAPS II Cais Mental; Centro de Especialidades (CE) do Centro de Saúde Santa Marta e Centro de Saúde Modelo; e duas Farmácias Distritais (FD) – no Santa Marta e no Modelo. No atendimento à urgência e emergência, a região centro possui 4 hospitais conveniados (Hospital de Clínicas, Hospital Fêmina, Instituto de Cardiologia e o complexo Santa Casa) e dois da rede municipal (Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

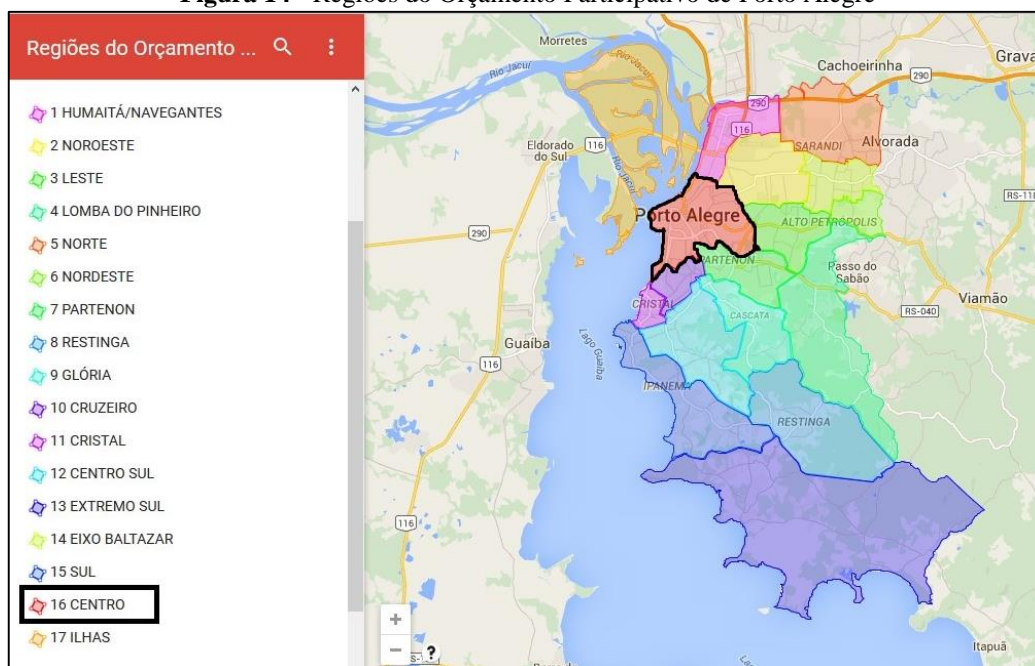
A região centro é constituída por 18 bairros⁵⁹ e corresponde à 16ª região do Orçamento Participativo (figura 14), tendo uma população de aproximadamente 276 mil habitantes. A região central da cidade está fortemente ligada à sua história. As ruas do centro de Porto Alegre foram projetadas para exaltar o projeto da modernidade e acolher as classes altas (PESAVENTO, 1999). A Rua dos Andradas foi a via mais importante a partir da qual a cidade se expandiu, sendo a única rua comercial no início do século XIX. Essa rua era ponto de encontro de intelectuais, artistas e políticos, exibindo um ritmo acelerado de desenvolvimento

⁵⁸ As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades: Modalidade I – composta por quatro profissionais (2 de nível superior e 2 de nível médio); Modalidade II – composta por seis profissionais (3 de nível superior e 3 de nível médio); e Modalidade III – são os mesmos profissionais da modalidade II acrescido do profissional médico. Poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio (BRASIL, 2012).

⁵⁹ Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro Histórico, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana.

(FLORES, 2005). Embora não fosse a intenção do governo da época, ocorreu um movimento de popularização no final do século XIX, com o surgimento dos chamados lugares de enclave – caracterizada por habitações de baixa renda, habitada, em sua maioria, por pessoas descendentes de escravos (PESAVENTO, 1999).

Figura 14 - Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre



Fonte: PROCEMPA (2016a).

Já no início do século XX, o ideário higienista inspirou as intervenções urbanas na região, modificando a paisagem urbana e expulsando os habitantes indesejados para a periferia. Nessa época, o município teve um aumento populacional e industrial considerável, o que contribuiu para a elaboração de projetos urbanos com fins de modernização da cidade. Expandiram-se os acessos e tal processo resultou na construção da Avenida Farrapos, inaugurada em 1940, concebida como o modelo de modernização da capital gaúcha (RUSCHEL, 2004). Entretanto, trinta anos após a sua inauguração, a avenida já estava descaracterizada dos seus propósitos iniciais. Ela tornou-se uma área barulhenta, degradada, desvalorizada, na qual muitos prédios passaram a abrigar pontos de prostituição e hotéis baratos. Atualmente é uma região muito desvalorizada em virtude da presença de profissionais do sexo, boates, tráfico de drogas e crimes (RAUPP; ADORNO, 2015).

Outra avenida importante do centro é a Voluntários da Pátria, que no início do século XX, transformou-se em uma rua de atacados e indústrias. Atualmente é uma região estigmatizada pela sociedade, pois trata-se de um espaço com grande concentração de profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e com equipamentos de assistência social

voltados ao abrigo e atendimento a esse público. Ao longo da década de 1980, construiu-se um conjunto de casebres irregulares nessa região, que ficou conhecido como Vila dos Papeleiros (hoje chamado de Loteamento Santa Terezinha), em virtude da grande presença de estabelecimentos ligados à reciclagem, que acabou formando um circuito que integra galpões, cooperativas e fábricas. Esse loteamento “constituía um local presente no mapa do medo da cidade por causa da associação à pobreza, ao lixo e às atividades ilícitas, principalmente ao tráfico de drogas” (RAUPP; ADORNO, 2015, p. 806).

O centro, atualmente, conta com importantes pontos turísticos e históricos da cidade de Porto Alegre, como o Mercado Público, Igreja Nossa Senhora do Rosário, Usina do Gasômetro, Palácio Piratini, Casa de Cultura Mário Quintana, a Praça da Alfândega, onde se localizam o Museu de Arte do Rio Grande do Sul e o Memorial do Rio Grande do Sul e grandes parques, que são pontos de grande circulação, como o Parque Marinha do Brasil, o Parque Redenção e o Moinhos de Vento. Com vários atrativos, inclusive comerciais, a região central da cidade acaba concentrando uma grande circulação de pessoas cotidianamente. Embora a região esteja, quase sempre, entre as melhores posições nos indicadores sociais (PROCEMPA, 2016), ela concentra um grande número de moradores de rua.

Uma notícia publicada pelo Jornal Zero Hora (VARGAS; ROCHA, 2015) buscou mostrar locais com “pequenos condomínios de rua” (s/p) ainda não cadastrados pela FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania). Num levantamento realizado pela Rádio Gaúcha (Grupo RBS), foram localizados 21 pontos de concentração de moradores de rua, com alguma estrutura de abrigo erguida, apenas na região central. Conforme a reportagem, a FASC conta com 10 equipes para abordagens, não podendo retirar ninguém à força, nem fazer internações. O trabalho é aproximar-se e identificar as necessidades dos moradores. “Há um albergue de 120 lugares (para pernoite, que pode receber melhorias este ano), abrigos que totalizam pouco mais de 200 vagas (onde podem ficar por 15 dias) e duas repúblicas (moradias coletivas) que comportam, juntas, 24 pessoas” (VARGAS; ROCHA, 2015, s/p.). O último cadastro feito pela FASC contabilizou 1.347 pessoas vivendo nas ruas de Porto Alegre⁶⁰.

Vemos, portanto, que se trata de mais um território complexo, polifásico, marcado por desigualdades sociais e tensões de toda ordem. Nesse contexto que me inseri nessa última etapa da pesquisa. Junto ao Consultório na Rua do Centro foram aproximadamente 128 horas de campo, iniciando a pesquisa no dia 12 de agosto de 2014 e encerrando no dia 29 de janeiro de 2015. Foram acompanhadas diversas atividades do serviço, tais como reuniões de equipe,

⁶⁰ Maiores detalhes da matéria publicada podem ser verificados no Anexo B.

buscas ativas de usuários, exames laboratoriais com os usuários, atendimentos na base, atendimentos na rua, acompanhamento de consultas de pré-natal e acolhimento de usuários (conforme o quadro 8).

Quadro 8 - Registro das Observações Participantes (CR Centro)

(Continua)

Diário	Data	Tempo	Local	Atividades acompanhadas
1	12/08/14	2 horas	CR Base	Reunião de Equipe; Apresentação do projeto
2	20/08/14	4 horas	Rua (IAPI, Praça da Alfândega, Pão dos Pobres, Redenção)	Exames laboratoriais; busca ativa; atendimentos na rua
3	21/08/14	4 horas	Rua (IAPI, Redenção)	Exames laboratoriais; busca ativa; atendimentos na rua
4	27/08/14	3 horas	Auditório Centro de Saúde Santa Marta	Reunião do Colegiado Gerência Distrital Centro
5	28/08/14	3 horas	CR Base	Reunião com profissionais do CREAS (casos de saúde mental)
6	03/09/14	4 horas	Rua (IAPI, Praça da Alfândega, Borges) e CTA Santa Marta	Exames laboratoriais; pré-natal; atendimentos na rua
7	09/09/14	2 horas	CR Base	Reunião de Equipe
8	11/09/14	4 horas	CR Base	Atendimentos na Base
9	17/09/14	4 horas	Rua (Emergência Santa Casa, Praças, Mercado Público)	Acompanhamento de usuário no hospital; Exames laboratoriais; atendimentos na rua
10	19/09/14	3 horas	Centro Administrativo Fernando Ferrari	Reunião sobre a Saúde da População de Rua
11	25/09/14	4 horas	CR Base e Rua (Praças, Mercado Público, Borges de Medeiros)	Atendimentos na Base Atendimentos na Rua Busca ativa
12	30/09/14	3 horas	CR Base	Reunião de Equipe
13	16/10/14	3 horas	CR Base e Rua	Busca de Materiais no almoxarifado; atendimentos na base
14	21/10/14	4 horas	CR Base	Reunião de Equipe; Grupo de Discussão
15	30/10/14	3 horas	CR Base	Atendimentos na base; auxílio na criação de uma tabela com dados dos prontuários
16	13/11/14	3 horas	CR Base	Atendimentos na Base; Entrevistas com profissionais
17	20/11/14	4 horas	CR Base	Atendimentos na Base; Entrevistas com profissionais
18	10/12/14	4 horas	Rua (Praças, Parque da Redenção)	Atendimentos na Rua; Busca ativa (solicitação do Ministério Público); pré-natal
19	18/12/14	6 horas	Rua (Viadutos, Pão dos Pobres, Redenção)	Atendimentos na Rua; Busca ativa
20	06/01/15	3 horas	CR Base	Reunião de Equipe
21	07/01/15	3 horas	CR Base	Atendimentos na Base
22	08/01/15	3 horas	CR Base	Atendimentos na Base
23	09/01/15	4 horas	CR Base	Atendimentos na Base
24	14/01/15	4 horas	CR Base e CTA Santa Marta	Atendimentos na Base; pré-natal junto ao CTA

(Conclusão)

Diário	Data	Tempo	Local	Atividades acompanhadas
25	15/01/15	3 horas	CR Base	Atendimentos na Base
26	16/01/15	4 horas	Rua (Viadutos e Redenção)	Atendimentos na Rua; conversa informal com uma gestante
27	19/01/15	7 horas	CR Base	Atendimentos na Base; Entrevistas com profissionais
28	20/01/15	4 horas	CR Base e Rua (Praças, Viadutos)	Atendimentos na Base; Atendimentos na Rua
29	21/01/15	4 horas	CR Base e Rua (Praças, Viadutos)	Busca ativa (caso de gestação); Atendimentos na Base; Atendimentos na Rua
30	22/01/15	5 horas	CR Base	Atendimentos na Base; Entrevistas com usuários
31	23/01/15	6 horas	CR Base e Rua	Atendimentos na Base; Atendimentos na Rua; Acolhimento na Base; Entrevistas com profissionais
32	26/01/15	4 horas	Rua (Redenção, Praças, Viadutos)	Atendimentos na Rua
33	27/01/15	3 horas	CR Base	Reunião de Equipe
34	29/01/15	4 horas	CR Base	Atendimentos na Base; Entrevistas com usuários
		128 horas		*De 12/08/14 a 29/01/15 – 5 meses

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Além das observações nas diversas atividades do serviço, foram realizadas 17 entrevistas narrativas, sendo que destas 11 foram com profissionais e 6 com usuários do serviço. Entre os profissionais, 9 eram do sexo feminino, com idades entre 25 e 65 anos, e tinham um tempo de serviço que variava de 2 meses a 10 anos. Em relação aos usuários, foram quatro do sexo masculino e dois do feminino, com idades que variavam entre 19 e 50 anos. O tempo em que eram atendidos no CR variou de uma segunda consulta na base até cinco meses de acompanhamento. Outros não souberam informar o tempo. Além das entrevistas, realizei um Grupo de Discussão sobre acolhimento com os profissionais no dia 21 de outubro de 2014, tendo participado do mesmo 11 pessoas (9 profissionais e 2 residentes da equipe – enfermagem e psicologia) e uma duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Os registros dessas informações podem ser vislumbrados com mais detalhes no quadro 9.

Quadro 9 - Entrevistas com Profissionais e Usuários do Consultório na Rua Centro

Entrev.	Grupo	Heterônimo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de/no serviço	Data da entrevista	Tempo de entrevista
1	Profissionais	Ângela L.	33	Técnica Enfermagem	4 meses	13/11/14	25:57
2	Profissionais	Anita G.	34	Técnica Enfermagem	3 meses	14/11/14	23:19
3	Profissionais	Ignácio B.	39	Médico	1 ano	14/11/14	16:00
4	Profissionais	Jurema W.	35	Técnico em Saúde Bucal	2 meses	28/11/14	12:27
5	Profissionais	Simone B.	31	Médica	8 meses	28/11/14	28:31
6	Profissionais	Maria P.	40	Técnica Enfermagem	1 ano e 6 meses	10/12/14	21:42
7	Profissionais	Anna N.	33	Técnica Enfermagem	5 meses	15/12/14	13:38
8	Profissionais	Sílvia L.	34	Enfermeira	1 ano e 8 meses	20/11/14	01:25:37
9	Profissionais	Francisca G.	34	Agente Comunitária	9 anos	18/12/14	33:35
10	Profissionais	Anne F.	25	Residente Enfermagem	10 meses	19/01/15	52:23
11	Profissionais	Fernando P.	65	Agente Comunitário	10 anos e 5 meses	23/01/15	01:13:50
12	Usuários	Nelson M.	30	-----	Não informado	15/12/14	03:56
13	Usuários	Cora C.	48	-----	Não informado	15/12/14	08:39
14	Usuários	Pedro A.	40	-----	Não informado	17/12/14	20:00
15	Usuários	Mário Q.	50	-----	2 meses	22/01/15	32:10
16	Usuários	Oscar W.	19	-----	5 meses	29/01/15	20:42
17	Usuários	Luma N.	30	-----	1 mês	29/01/15	15:37
Total							08:08:03

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

No dia 12 de agosto de 2014 iniciou uma outra história. Uma história que começou em um dos encontros do Fórum AD, encontros em que eu vinha participando desde o início da minha pesquisa. Em uma das reuniões deste Fórum deparei-me com uma profissional, com seu discurso e sua prática junto à população de rua da cidade de Porto Alegre. Tendo a atenção à população de rua como um ponto da pauta daquela reunião, não imaginava o que escutaria

daquela profissional, Sílvia L. Um discurso forte, crítico, de denúncia. Talvez um manifesto político. Falou das dificuldades que a equipe enfrenta no cotidiano do trabalho com moradores de rua, dos processos de exclusão que eles sofrem, inclusive nos serviços de saúde. Após uma fala emocionada, ela afirmou que a rede não acolhe os moradores de rua e que o consultório na rua não consegue dar conta sozinho de toda a demanda. Fala também do descaso do poder público com essa população e com o receio em relação à Copa do Mundo e às políticas higienistas no centro da cidade.

Foi nesse dia que conheci Sílvia L. Após a reunião, tomei a iniciativa de ir conversar com ela sobre as reflexões que ela fez no encontro. Um ponto de conexão foi se estabelecendo até chegarmos no meu primeiro dia no CR. Através dela, meu projeto foi encaminhado para a aprovação da pesquisa junto à Gerência Distrital do Centro. Após a aprovação, ela cedeu espaço para participar da reunião e apresentar a pesquisa para a equipe, para ter o consentimento de todos. Dirijo-me, então, à Unidade Santa Marta, unidade de saúde na qual a base fixa do CR funciona, sendo muito bem recebido por todos e apresentado aos profissionais pela Sílvia L. Falo sobre a proposta da pesquisa e de como ela foi conduzida até o momento no CAPS AD. Sob alguns olhares desconfiados e outros de aprovação, faço a proposta da pesquisa à equipe. Dois profissionais fizeram algumas questões sobre o andamento da pesquisa, em quantos turnos iríamos acompanhar as atividades da equipe. Após uma rápida conversa, a equipe ficou de me dar um retorno sobre o aceite ou recusa da realização da pesquisa dentro de alguns dias.

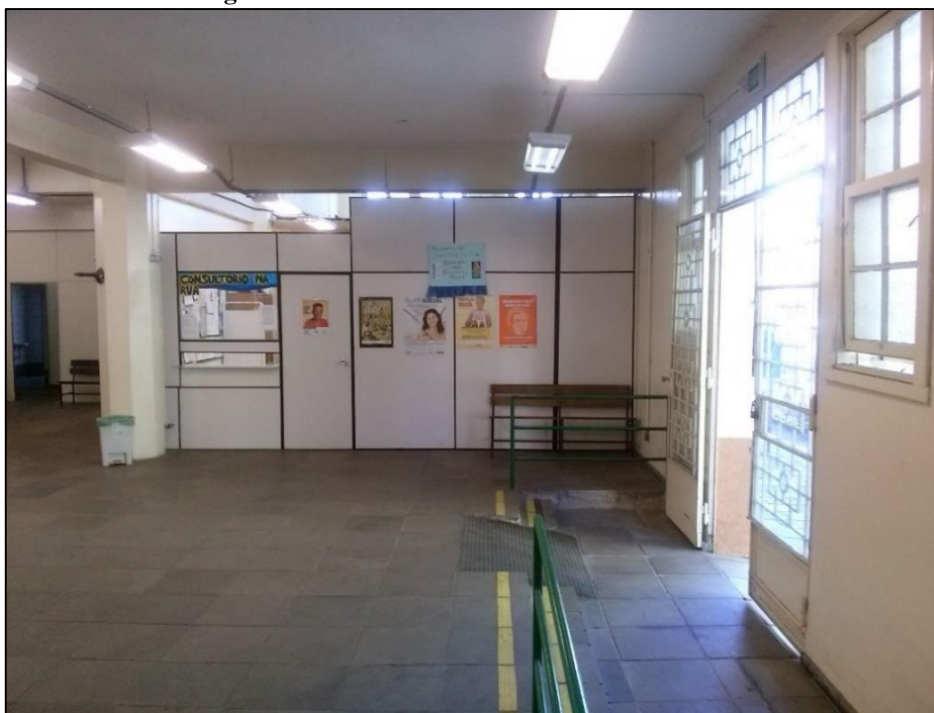
Uma das primeiras coisas que me chamou a atenção foi a localização da base da equipe do Consultório na Rua Centro. Fica no Centro de Saúde Santa Marta, mas em uma porta separada. Existem duas entradas – uma principal, com os atendentes, seguranças e logo adiante o elevador e escadas que dão acesso aos andares superiores. Na porta à direita fica o Consultório na Rua. Com o decorrer das observações, fiquei sabendo que isso se deve a um pedido feito pelos próprios usuários do Centro de Saúde Santa Marta, pois os moradores de rua, que já eram atendidos pela equipe do ESF Sem Domicílio, chegavam “bêbados” e “cheiravam mal” [SIC], o que acabava atraindo moscas ao local. Por isso, achou-se por bem manter o ESF Sem Domicílio e, posteriormente, o Consultório na Rua no térreo do prédio, com entrada específica para os moradores de rua. Destaco também a estrutura montada para os atendimentos, feita com divisórias pré-moldadas e sem forro, o que compromete a confidencialidade de qualquer conversa entre profissionais e usuários, ou entre os profissionais. Esse espaço físico pode nos dar alguns indícios de como a questão das pessoas em situação de rua foi historicamente enfrentada – ocultando, negando, empurrando para o canto.

Figura 15 - Centro de Saúde Santa Marta⁶¹



Fonte: Fotografia feita pelo autor.

Figura 16 – Hall de Entrada do Consultório na Rua



Fonte: Fotografia feita pelo autor.

Após receber a notícia de que a equipe havia aceito a realização da pesquisa, agendei com a Sílvia L. a minha primeira inserção no serviço. Cheguei no serviço por volta das 8 horas

⁶¹ A porta à direita é a entrada para o Consultório na Rua.

da manhã e fui recebido pela profissional, que estava verificando alguns pedidos e resultados de exames de usuários atendidos por eles. Ela mostra o mural e me explica como funciona o fluxo das solicitações e resultados de exames clínicos. Logo começa a me contar a história de uma usuária atendida pela equipe e que conseguiu internação no Hospital Fêmina. Trata-se de uma moradora de rua, grávida e usuária de crack. Estava com algumas complicações clínicas, e o bebê com índice alto de batimentos cardíacos. A coordenadora do serviço falou da dificuldade que encontra em alguns locais para conseguir atendimento para essa população. No caso dessa mulher, ela estava na “hora certa e com a pessoa certa” [SIC]. A usuária foi atendida rapidamente e fez todos os exames necessários em uma hora, tendo sido internada logo.

Só que esse bom atendimento não acontece sempre. A profissional disse que a “rede não acolhe os moradores de rua”. Ela questiona: “para onde encaminhar esses que não têm lugar?” [SIC]. Ela refere-se a casos limítrofes, com doenças crônicas, problemas mentais, usuários de drogas. “Pobres, feios e sujos, sem lugar na rede de saúde mental. O que fazer com sujeitos que são inclassificáveis nos rótulos das políticas públicas? O que fazer com essas pessoas que não se enquadram ou não se adaptam a determinados modelos ou locais de tratamento?” [SIC]. Em meio a tais questionamentos, ela contou que, há algum tempo, foi acompanhar um morador de rua num determinado serviço e que ela se sentiu “sem lugar” e sem ter o que fazer, pois o serviço não acolheu o usuário. Embora não saiba por quanto tempo a mulher vai aguentar ficar internada, a profissional mostra-se satisfeita, feliz, com o tratamento digno dedicado àquela pessoa.

Enquanto os profissionais iam ajustando as coisas para a saída na rua, ela ia me explicando o funcionamento do serviço e a divisão da equipe entre os que ficam na base fixa e os que vão para as intervenções na rua. No turno da manhã é ela, uma técnica de enfermagem e o médico. À tarde, o enfermeiro, a médica e outra técnica de enfermagem vão para o trabalho na rua. Eu estava um pouco ansioso para a minha primeira ida “a campo”, talvez um pouco receoso, com medo, por não saber o que encontraria no caminho. A Kombi (carro) do CR nos esperava. Iríamos até o laboratório do IAPI com três usuários do serviço para a coleta de exames mais específicos, para confirmar ou não o diagnóstico de tuberculose, dentre outras patologias.

Um dos usuários não estava se sentindo muito bem. Fraco, com fome e tossindo muito. Eles deveriam ficar em jejum em função dos exames. Fiquei pensando na dificuldade de um morador de rua fazer jejum, pois como muitos deles não tem um número certo de refeições diárias, quando eles têm, e conseguem comida, não poderiam aproveitar em função do exame. Mas foi algo que me ocorreu enquanto entrávamos no veículo. Logo a Anita G. me entregou uma máscara, para usar enquanto estivéssemos dentro da Kombi, pois os usuários estavam com

suspeita de tuberculose⁶². Antes de seguirmos para o IAPI, fizemos uma parada na praça da Alfândega, que fica bem próxima da Unidade Santa Marta, para procurar a terceira pessoa que deveria ir junto fazer os exames. Acompanhei a Sílvia L. na busca pelo homem. Quando chegávamos perto de um morador de rua que estava dormindo, ela chamava pelo nome da pessoa, pois ele estava com o rosto coberto. Ela já aproveitou para me falar que, nas abordagens, não se deve descobrir o rosto da pessoa para ver se é quem estamos procurando, pois eles podem acordar assustados e reagir agressivamente, por não saber de quem se trata.

Sáímos pela praça procurando e conversando com outras pessoas que estavam por ali, para saber se alguém o conhecia ou o tinha visto. Ninguém sabia do paradeiro do homem. Quando chegamos em um grupo de homens, todos muito jovens, conversamos com um rapaz argentino, que está dormindo na rua há uns quatro ou cinco meses. A profissional explicou a ele o que era o consultório na rua e onde ficava a base fixa, na Unidade Santa Marta. Já comecei a ficar impressionado com o traquejo, a forma tranquila como a profissional fala com essas pessoas. Como não encontramos a pessoa que procurávamos, seguimos rumo ao IAPI. No meio do caminho, muitas conversas entre os profissionais. Hoje o médico não estava, então acompanhei a enfermeira e a técnica de enfermagem. A técnica, muito atenciosa, virava-se para falar com os usuários e perguntar como eles estavam, como tinham passado esses dias.

Eles contaram a história de um deles, que havia chegado na última sexta-feira na Unidade Santa Marta, com um corte na cabeça sangrando, todo sujo, e dizendo que não queria fazer tratamento algum. Ele é soropositivo e nunca aceitou tomar a medicação. Mas segundo o relato dele, ele resolveu que quer ficar bem e se cuidar. Falou da importância do acolhimento que ele recebeu da equipe do CR, que estava se sentindo mais animado e pensando em alternativas para sua vida. Chegamos no IAPI e acompanhamos os usuários até o laboratório. Enquanto aguardávamos, Sílvia L. me chamou para conversarmos fora do laboratório e me contou algumas histórias sobre o CR. O CR era uma equipe do ESF Sem Domicílio. Quando foi decretada a portaria dos Consultórios na Rua, o serviço foi fechado por um tempo. A equipe

⁶² A tuberculose é uma doença endêmica no Brasil e sua transmissão em unidades de saúde pode acometer tanto os usuários, como os profissionais de saúde. Por isso, faz-se fundamental o estabelecimento de uma rotina para a prevenção de transmissão de tuberculose nosocomial, incluindo nesta rotina o uso regular de máscaras. Em um documento de rotina elaborado por um hospital federal do Rio de Janeiro, recomenda-se: “O uso regular das máscaras N95/PFF2 em todos os ambientes de atendimento clínico de casos suspeitos ou comprovados de tuberculose. Os profissionais devem iniciar o atendimento a qualquer paciente estando de máscara N95/PFF2 e somente após verificar que não se trata de um sintomático respiratório ou caso suspeito de tuberculose retirar a máscara. Os profissionais administrativos envolvidos no atendimento ou que atuam nos locais de atendimento desses pacientes, devem se habituar ao uso rotineiro da máscara N95/PFF2. Oferecer máscara cirúrgica a todos os pacientes sintomáticos respiratórios (com tosse por tempo \geq duas semanas) ou confirmados com tuberculose e pacientes com infecção pelo HIV (diagnóstico clínico ou laboratorial) com sintomas respiratórios”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

do ESF Sem Domicílio tinha como referência uma médica, que era coordenadora da equipe, e que era muito bem quista pelos usuários do serviço e tinha articulação com os profissionais da Assistência Social e do Movimento da População de Rua. Ela adoeceu e teve que se afastar para tratamento médico, possivelmente ela não volta mais a trabalhar. Junto a essa perda, a saída da Atenção Básica para a Saúde Mental, e depois a volta para a Atenção Básica. Um ESF Sem Domicílio que não era mais um ESF, mas um Consultório na Rua.

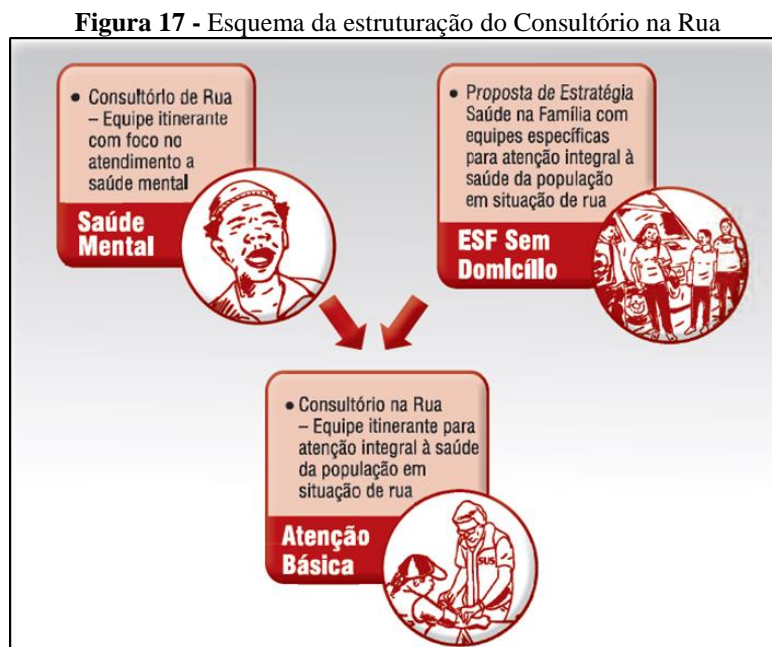
A equipe, “sem pai nem mãe” [SIC], e sem uma gestão que lhe amparasse, com exceção de um período específico nessa história, também estava sem sua base fixa. Agora era uma equipe itinerante. Deveria percorrer as ruas do centro da cidade. Sílvia L. chamou minha atenção para dois pontos. Um, é que muitos profissionais não se adaptaram ou não queriam ir para a rua. Ela diz não os culpar, porque cada profissional tem um perfil e tem suas limitações. Ela inclusive, disse-me que tem uma limitação na escuta. Ela atende, acolhe, mas não quer saber de muitos detalhes da vida de algumas pessoas, principalmente dos motivos que levaram alguns deles a cometer crimes ou porque foram parar na prisão. Ela disse que essa é sua limitação. Prefere não saber dessas histórias, porque aí não conseguiria acolher da mesma forma. Essa estratégia da profissional evidencia a escuta como um ato diverso, complexo e singular.

O segundo aspecto, que faz parte de uma história não documentada, refere-se à criação de uma base fixa do CR Centro. Não só a equipe, mas muitos moradores de rua não gostaram da proposta de se ter apenas uma equipe itinerante. “Se eu tenho uma rede que não acolhe moradores de rua e se esse é o único serviço que os atende, como mantê-lo fechado? Em caso de alguma urgência, necessidade, onde a pessoa vai conseguir encontrar a equipe?” [SIC]. Sem a base fixa na Unidade Santa Marta, os próprios moradores de rua perderam uma referência em atenção à saúde. Partindo desses questionamentos, o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) tencionou a rede, através do Ministério Público, para que o CR mantivesse essa base fixa. Essa resistência foi resultado de uma parceria entre alguns profissionais da equipe com os militantes do MNPR. A articulação foi importante, uma vez que, segundo Sílvia L., um profissional não poderia se opor de forma tão explícita à gestão municipal.

Com a implantação dos Consultórios na Rua, o Ministério da Saúde,

Ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS. (BRASIL, 2012a, p. 11)

Esse processo de transformação do ESF Sem Domicílio para Consultório na Rua aparece sintetizado na figura 17.



Fonte: Brasil, 2012a, p. 12.

A partir do Decreto n. 7.053 de 2009, temos a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política. A atual política define a População em Situação de Rua⁶³ como um grupo

⁶³ Schuch e Gehlen (2012) propõe um debate sobre a terminologia utilizada para se referir às pessoas em situação de rua. Conforme os autores, nos países anglo-saxões e franceses, por exemplo, a definição origina-se em função da não existência de moradia: são os “homeless” e os sem-domicílio fixo. Na tradição brasileira, por outro lado, privilegia-se uma denominação em relação à vida na rua, com as noções de morador de rua, população em situação de rua. No Brasil, embora as primeiras intervenções junto a essa população tenham sido fortemente marcadas por um caráter filantrópico e religioso – as pessoas atendidas eram conhecidas como “sofredores das ruas” –, a partir do final da década de 1980, o poder público iniciou reflexões sobre o tema, culminando num refinamento das políticas de assistência social, bem como das formas de sua categorização e proteção. A expressão “sofredor de rua” deu passagem a novas expressões, tais como “povo de rua” e “morador de rua”, com o intuito de reforçar a consciência de grupo (povo) e a negação de um direito (moradia). Além disso, essa mudança provocou um deslocamento na ideia cristã de sofrimento para a ideia da experiência da rua como um risco. Paralelamente a esse processo, iniciou-se um movimento de luta por direitos por parte de representantes da própria população em situação de rua. Como efeito, a própria terminologia “povo de rua” ou “morador de rua” foi questionada, pois percebeu-se que tais expressões escondiam uma heterogeneidade importante de formas e estilos de vida, optando-se pelas noções de *ficar*, *estar* e *ser* da rua. Essa ruptura de terminologia era um dos efeitos de toda uma mobilização política, que visava por um lado, atentar para as situações distintas e singulares da experiência nas ruas e, de outro, combater processos de estigmatização dessa população, definindo-os a partir de uma concepção do habitar a rua como uma forma de vida, e não apenas pela falta ou carência. “Vistos, em geral, como vítimas ou algozes, o conceito de “pessoas em situação de rua” também busca reconstituir certa agência dessa população, apontando que o enrijecimento de uma categoria explicativa – “moradores de rua” – esconde a pluralidade dos usos e sentidos da rua” (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 17). Nesta tese, irei utilizar, preferencialmente, a expressão “pessoas em situação de rua”, tomando como referência o debate proposto por esses autores. Em alguns momentos vou me referir a “moradores de rua” ou “população de rua”, conforme o próprio Movimento Nacional da População de Rua se define ou as pessoas com quem conversei.

heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares fragilizados ou rompidos, inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e sustento. A política tem como princípios a igualdade, equidade, respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e o respeito à vida e à cidadania, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, garantindo o acesso e atendimento humanizado e universalizado em saúde.

Os Consultórios na Rua, instituídos pela Política de Atenção Básica, integram o componente de atenção básica da RAPS, devendo atuar conforme os princípios da PNAB, “buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012a, p. 13). Formados por equipes multiprofissionais, os CRs devem trabalhar com ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), aos CAPS, aos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, conforme a demanda dos usuários.

Nesse processo de qualificação do ESF Sem Domicílio para Consultório na Rua, a equipe do centro ficou “sem pai nem mãe” [SIC]. De um lado, temos a influência das experiências do Consultório de Rua, que foi criado em 1999 na cidade de Salvador, Bahia. Foi um projeto-piloto redigido por Antônio Nery Alves Filho, desenvolvido e executado pelo CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas) da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo principal era o de trabalhar com a problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas. Inspirados na perspectiva da Redução de Danos, além de possibilitar à população de rua a consciência de seus direitos, a experiência demonstrou que o CR pode ser um dispositivo de cuidado e de articulação com a rede (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; CETAD, 2016). Conforme o Ministério da Saúde (2010a, p. 8), “a retaguarda do CR” favorecia “o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede” dos usuários de drogas mais comprometidos com esse uso e “em situação de maior vulnerabilidade social”.

Por outro lado, a experiência dos Programa Saúde da Família sem Domicílio (PSF Sem Domicílio), depois denominado Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF Pop Rua), também serviu de base para a proposta dos Consultórios na Rua. O PSF Sem Domicílio de Porto Alegre atendia de forma itinerante a população em situação de rua, mantendo uma base fixa e atuava como parte da rede da Atenção Básica e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua. Dentre outras atividades desempenhadas pelos

profissionais, destacavam-se as abordagens a moradores de rua, visando “identificar as causas da sua situação, acionar os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, além do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 254).

Entretanto, essa “fusão” entre as duas propostas, para o surgimento do Consultório na Rua, não aconteceu de forma pacífica, ao menos para a equipe da região centro de Porto Alegre. Dos profissionais que compunham a equipe no momento da pesquisa, dois eram já da equipe “antiga” [SIC], do PSF Sem Domicílio, e tinham como referência a profissional médica que se afastou para tratamento de saúde. A entrada de novos profissionais, constituição de uma nova equipe e a implantação de uma nova proposta, gerou tensões importantes entre os “novos” e os “antigos” profissionais:

Eu cheguei assim, num lugar muito desorganizado, as pessoas muito perdidas,. Perderam seu norte e elas estavam despojadas pelo gestor. Só largaram a novidade. Executem! E não pensaram que elas não sabiam fazer. Então tá. Me apropriei um pouco de documentos, portaria, quase nada de leitura e é isso que se tem; e comecei a agregar com o conhecimento dessas pessoas que estavam aqui. Sair pra rua, se aproximar dos usuários... [...]. E... dali começa, então, esse processo de como fazer com essa equipe, uma construção bem junto, assim. O que que vocês acham? Até porque nem eu sabia. Não poderia vir pronto porque ninguém sabia fazer. Tinha que ser coletivo. Mas o pessoal não tinha norte. Eles fizeram durante oito anos um trabalho de estratégia de saúde da família. Sem a tradição da itinerância, sem tradição de saúde mental, sem tradição de redução de danos. Era outro trabalho feito. Então... se começa a pensar, em coisas... equipamentos: Vamos sair com o que na rua? Como é que vai ser o processo de trabalho na rua? Desenhamos esse processo. Quem faz o primeiro contato? Quem faz o cadastro? Como é que vai ser o cadastro? Essas coisas. E foi uma grande confusão! [...]. Aí a gente chega num período onde começam as demissões, né. Foi muito doloroso isso. A saída dessas pessoas e entrada de pessoas novas. E esse processo todo foi encaminhado sozinho, assim. Equipe só. Nós que planejávamos, nos que criávamos, sem nenhum apoio de gestão. E nesse período ainda com uma gestão muito ditadora.... Muito dura... E apoiadores, apoio institucional, extremamente desrespeitoso. Uma delas estatutária e a outra do C. [referindo-se a um ponto de atenção da rede]. A municipalidade desconhecia muito esse lugar, então ela me despojou no sentido do que: tudo estava bom. Ela me deixou muito livre. Bom, a Sílvia L. sabe tudo. É porque ela não sabia. E isso me fez falta, assim. Eu precisava de alguém que me desse segurança. Que me dissesse: Sílvia L., tu tá conduzindo mal. Tu tá errada, isso não é assim. Ela me deixava livre, totalmente, e concordava com tudo que eu decidia. E isso não é apoio. Tu tem que ter crítica, tu tem que problematizar, tu tem que refletir. (SÍLVIA L.)

Sílvia L. ainda complementa que “era tudo muito novo. Resistência da equipe ao novo, absurda. Foi duro, assim...”. Esse momento de reorganização dos processos de trabalho foi sentido como um momento conturbado por todos os profissionais. Além dessa relação tensa com a gestão e do sentimento de isolamento e desamparo da equipe, havia uma discordância entre os profissionais da equipe: “pessoas que tem uma linha da abstinência... pessoas que discordam plenamente da redução de danos. E isso foi muito complicado” (SÍLVIA L.). A

profissional, durante a entrevista, relata essa dificuldade como mais um obstáculo para o trabalho em equipe:

E o difícil, assim, é que a equipe trabalha, assim, numa discordância de linhas de conduta e pensamento. Que... por um lado é difícil, por outro lado é bom porque são diferenças de pensamento. Mas na hora de tu trabalhares em equipe, enquanto equipe, isso é difícil. Que quando tu trabalhas individualmente isso é possível, trabalha em consultório, isoladamente, individualmente, mas quando tem que interagir, que esse serviço traz muito isso; que nem a Simone B. estava conversando comigo, ela precisa passar essas informações, eu tenho que ter pra dar essa continuidade, eu vou trabalhar junto com o meu outro colega amanhã; e o caso é tão difícil que ele precisa do meu conhecimento e eu do dele. (SÍLVIA L.).

Francisca G. e Fernando P. falam um pouco do outro lado, daqueles que pertenciam à “equipe antiga”. Várias são as questões apresentadas por ambos, mas destacam duas coisas: a desvalorização dos saberes construídos por eles durante anos de trabalho com moradores de rua; e a diferença que percebem entre uma proposta de cuidado e outra. Para além de um “saudosismo exagerado” [SIC], os profissionais apontam para uma distinção entre as formas de *acolher* em uma e em outra proposta:

E... como Sem Domicílio eu acho que era bem melhor o meu trabalho, entendeu. Eu trabalhava com outros colegas, eram outras pessoas que... que... não sei se... te dizer se... se eram mais capacitados ou não, mas era um atendimento diferente. Era um atendimento mais acolhedor. Eu noto que hoje, sendo Consultório na Rua, o trabalho é mais técnico, entendeu. O trabalho é mais técnico. Não tem aquele vínculo, sabe. [...]. Não é a Estratégia de Saúde da Família, é o Consultório na Rua na... na base, mas eu sinto a diferença. Entende. Eu sinto a diferença. São... é... mudou totalmente a maneira de trabalho. Não que a gente não esteja ‘adapto’ à mudança, entende. Mas é que hoje tu é uma coisa e tu trabalha de um jeito e amanhã... cai de paraquedas, sabe, uma normativa que tu tem que trabalhar de outro jeito. E não é assim. E aí, todo esse tempo que eu tive atrás, que eu consegui adquirir o vínculo com o meu paciente, entendeu, daí acaba se indo... (FRANCISCA G.).

Esse acolhimento diferenciado a que se refere Francisca G., como “mais técnico”, remete-nos, novamente, à noção de valises tecnológicas proposta por Merhy (2013a; 2013b; 2013c). Conforme a profissional, a equipe do ESF Sem Domicílio pautava-se numa tecnologia leve de cuidado, relacional, em que o acolhimento acontecia na formação de um vínculo entre profissionais e usuários do serviço. Essa impressão de Francisca G. foi compartilhada por mim em alguns momentos, principalmente nos atendimentos realizados na base fixa do CR. Em um modelo ambulatorial, os usuários passam por uma triagem e depois são encaminhados para as consultas com os médicos e/ou enfermeiros. Embora se faça uma escuta da história da pessoa, o atendimento fica mais restrito aos problemas de saúde. Ressalto, inclusive, que a estrutura da base fixa também não colabora para a criação de um espaço mais prolongado e atento de escuta, em função da pouca privacidade dos espaços, separados por divisórias de PVC. Nesse sentido,

escutei de algumas pessoas atendidas pelo CR a “saúde daquele tempo” [SIC]. Eles explicam que hoje continuam sendo muito bem atendidos, mas que antes era diferente, que os profissionais eram mais “afetivos” [SIC]. Nessas lembranças, tanto de Francisca G. e Fernando P. quanto dos usuários do CR, sempre vem a frase: “que saudade da doutora I.!” [SIC].

A “doutora I.”, que não teve a oportunidade de conhecer, é a profissional que se afastou por motivos de saúde. Ela é reverenciada pela maioria dos moradores de rua que conheci, pelo “amor que tinha por aquele trabalho” e pela “forma como ela nos olhava, como ela nos atendia” [SIC]. Embora não tenha feito parte da pesquisa de forma direta, estava sempre presente nas histórias contadas por profissionais e usuários. Então, parece-me que, além da dificuldade com a mudança de proposta, a ausência da “doutora I.” e a entrada de novos profissionais sempre apareciam como dificuldades importantes. Nesta troca de equipe e de proposta para o serviço, os “profissionais antigos” sentiram-se desvalorizados, como nos conta mais uma vez Francisca G.:

Mas às vezes eu... o meu trabalho eu sinto que é reconhecido, e às vezes não. Reconhecido por mim, pelos... por alguns colegas, mas por outros não. Eu era... nós éramos bem mais reconhecidos do que agora [referindo-se a ela e a Fernando P.]. Agora não. Agora eu trabalho sozinha, entendeu. Trabalho sozinha. Tem uma equipe que fica centralizada aqui dentro, tem uma equipe que é da rua e tem eu que ando sozinha na rua. Então eu trabalho sozinha. O paciente, eu tenho que trazer ele pro posto. E... encaminho, pra cá. Quando é busca ativa – como tu presenciou ali agora – é: - Francisca G., tem uma busca ativa pra ti. Como se eu fosse a única. Então eu... eu me identifico como uma... uma equipe. São três equipes aqui. Então eu me identifico como uma delas. Porque tem a do Consultório, tem a da Kombi e tem eu. Porque eu sou sozinha. Trabalho sozinha. Se eu achar o paciente eu tenho que trazer ele pro posto, entendeu. [...]. Vieram outros colegas, que nunca trabalharam; que nunca tiveram uma vivência com moradores de rua, entende. E eles têm outro tipo de entendimento e não respeitam nós por sermos mais antigos. E aí querem adequar certas coisas novas, e a gente já sabe, no fim, o que vai acontecer naquilo ali, só que a gente não pode falar. É como se a gente não tivesse a fim de mudar. Entendeu. De tentar. Não é isso. É a experiência que a gente tem. A gente tenta passar, mas a gente é barrado nisso daí, entendeu. (FRANCISCA G.).

Com um tanto de ressentimento, Francisca G. expõe uma tensão importante nessa equipe. Essa tensão entre o novo e o antigo, entre diferentes profissionais e diferentes saberes acaba por gerar muitos conflitos dentro da equipe. Estes conflitos entre o novo e o antigo nos remetem ao debate sobre como as representações se acomodam no tecido social. Não é o novo que provoca a mudança? Como mudar sem destruir o antigo? Qual o lugar da memória social neste processo? Jovchelovitch (2008) nos ajuda a pensar na memória social como a construção de um repertório comum de saberes que perdura temporalmente. Ela é constituída por referenciais e parâmetros a partir dos quais as pessoas dão sentido ao mundo ao seu redor e relacionam suas histórias individuais a narrativas mais amplas de vida comunitária. A memória

social, ao estar inscrita no problema da continuidade e concebida como um reservatório de representações sociais e identidades culturais, envolve o esforço de construir um conhecimento comum, oferecendo os nós associativos que geram a experiência da pertença (JOVCHELOVITCH, 2008). Apostar em mecanismos que ativem as operações da memória social nos serviços de saúde, como é o caso do CR, pode permitir a esses profissionais reter tanto um sentido de continuidade e permanência quanto um sentido de desenvolvimento histórico e mudança. A construção de um lugar e de um saber comum, através da produção de uma trajetória coletiva do serviço, pode acrescentar novos sentidos à experiência do passado, transformando-o com a experiência do presente e dos projetos existentes para o futuro.

Anita G. se refere a

algumas dificuldades com o relacionamento em equipe. Que isso tem em todos os grupos. Eu venho tentando trabalhar, cada um tem o seu jeito, cada um tem as suas personalidades e tá. Eu tento fazer o melhor, mas nem sempre é possível. E às vezes o que é melhor pra mim, não é pro outro.

Toda essa reorganização dos processos de trabalho, a entrada de novos profissionais, as dificuldades com a gestão e os problemas de relacionamento entre os profissionais acabam por tornar o CR num ambiente de trabalho tenso, o que já é por sua natureza em função da dura realidade das pessoas em situação de rua com que os profissionais se deparam cotidianamente. Falta também de um sentido de continuidade e pertencimento ao CR.

Esse debate nos remete à dimensão subjetiva dos trabalhadores da saúde, que tem sido desconsiderada na análise dos processos de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica. A relação com a loucura, com os usuários de drogas, com as pessoas em situação de rua requer dos profissionais, além de um aparato de conhecimentos e informações necessários ao desempenho de suas atividades, habilidades afetivo-emocionais para que consigam lidar com a complexidade do campo em que atuam. Olhar para o que Francisca G. e Fernando P. problematizam, a desvalorização de seus saberes construídos durante anos, não significa que devemos apontar culpados, mas que devemos discutir as hierarquizações ou relações de poder dentro do serviço, pois a invisibilidade dessas relações pode contribuir para o adoecimento dos trabalhadores (NARDI, 2003; NARDI; RAMMINGER, 2007; DIMENSTEIN, 2009; PAULON et al., 2012; PAULON et al., 2014).

Nessa mudança dos dispositivos [qualificação do ESF Sem Domicílio para CR] e no movimento do reordenamento das formas de poder [mudanças na gestão e retorno à Atenção Básica] é que percebemos a emergência de variadas formas de resistência [oposição ao novo modelo de atenção, por exemplo], com a criação de novos arranjos para as forças em jogo

(NARDI, 2003). Esses movimentos, que também são elementos importantes da saúde mental do trabalhador, deveria estar entre as prioridades de gestores e governantes, pois, ao desconsiderar a influência das relações e organização do trabalho, acaba-se por fomentar um processo de invisibilização do sofrimento do trabalhador. A criação de mecanismos para horizontalizar as relações de poder e implementar dispositivos de cogestão dentro da RAPS é fundamental para o cuidado do cuidador (PAULON et al., 2014; BRASIL, 2012a).

Em uma análise sobre as Conferências de Saúde Mental e as Conferências de Saúde do Trabalhador, Nardi e Ramminger (2007) apontam que a Reforma Psiquiátrica, inicialmente, não se preocupou com o tema da Saúde Mental do Trabalhador e que isso só passou a ser foco de atenção quando o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho mostrou que mesmo os serviços substitutivos poderiam ser iatrogênicos, e que a lógica de organização destes e as relações ali estabelecidas poderiam causar dor e sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde. Conforme os autores,

Tanto o campo da Saúde do Trabalhador quanto o campo da Reforma Psiquiátrica indicam a necessidade de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores e a construção de espaços para problematização do trabalho, da saúde, essas relações de poder/saber presentes no cotidiano dos serviços de atenção em saúde. (NARDI; RAMMINGER, 2007, p. 691).

Portanto, faz-se mister criar espaços que garantam a autonomia e o respeito ao protagonismo do outro, seja como usuário-trabalhador, gestor-trabalhador ou ainda nas relações trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário (NARDI; RAMMINGER, 2007; SAMPAIO et al., 2011; PAULON et al., 2014). Essa relação com o outro deve ser objeto de atenção, de cuidado, pois além do quesito técnico-teórico, está presente na atuação dos profissionais da RAPS uma disposição afetivo-emocional. Na relação com a alteridade, no processo de cuidar e ser cuidado,

[...] o sujeito que cuida e o objeto do cuidado tendem a se espelhar e a se confundir. Trata-se no outro a ameaça que o próprio sujeito vivencia de perda da identidade, de estranhamento entre significantes e significados, de angústia da dissolução e do vazio. Os rituais protetores do hospício e a desqualificação do outro como igual a mim constituem táticas bem mais simples. (SAMPALIO et al., 2011, p. 4687).

Um dos personagens dessa trajetória coletiva do CR foi Fernando P. Foi, porque, infelizmente, ele veio a falecer no ano de 2015. A última vez que o vi, estava sentado em um dos bancos do Parque da Redenção, com sua mochila e pranchetas nas mãos. Em uma das saídas a campo que fiz com ele, percebi uma grande habilidade com as pessoas em situação de rua, e pelos lugares que passamos todos o conheciam e ele sabia o nome de quase todos. Mas minha

aproximação com Fernando P. se deu de forma lenta. Ele, sempre muito desconfiado com minha presença, não fazia muita questão de conversar. Nas poucas conversas iniciais que tive com ele, o mesmo ressentimento que eu percebia em Francisca G. se fazia muito presente na fala dele. Já tinha escutado um pouco de sua história através de outros profissionais, mas, aos poucos, ele foi confiando em mim e me acolhendo. O primeiro sinal foi quando ele me chamou para conversar, queria me “contar histórias da rua” [SIC]. Eram não apenas as histórias da rua dos outros, mas a sua história na e da rua. Acompanhemos um pouco de sua história de vida:

Eu fui uma pessoa que, eu tive tudo na vida. Entendeu. Padrão A, Padrão A pra minha vida, porque eu tive uma boa família, estudei até os 19 anos, não trabalhei nesse tempo. Me formei. Passei em dois vestibulares e não fui fazer. Porque nessa época que eu passei nos vestibulares eu já estava no Banco do Brasil e achava que não precisava da faculdade porque ali a minha vida já estava encaminhada. E realmente estava. Mas por problemas que não tem nada a ver com droga, com álcool, eu acabei saindo do banco. E dali pra ... depois que eu saí do banco a minha vida não endireitou mais. Cheguei ao fundo do poço, cheguei a cair, na rua, e na realidade eu sei o que me fez todo esse mal – foi o jogo. Tanto jogo como carteadado como, tudo quanto era espécie de jogo. Ali que eu botei fora a carreira do banco também. Que aos poucos, quer você queira, quer não queira, você vai ... você vai se endividando, entendeu. E vai chegando numa situação que você não tem mais força pra reagir, o negócio, e ... e não tem mais condições de ... de reparar os erros que você fez. E aí o que aconteceu com isso ... eu peguei e vim a Porto Alegre, e daí que a minha vida em Porto Alegre entortou mais ainda, porque eu não conseguia arrumar emprego fácil, não foi fácil pra arrumar serviço, demorou, mas eu nunca perdi a esperança, entende. [...]. Mas daí, mas, naquela época a construção civil estava engatinhando, mesmo essas construções fora, de estrada, de negócio que era de governo tava tudo meio parado, assim, sabe. E daí o que aconteceu, outra vez, fiquei na rua. Na rua eu não ficava porque eu ia pro albergue. Daí eu ficava no albergue e depois eu fiquei um tempão lá no Abrigo Marlene... e o dia que eu não tava no abrigo, fui no ... no Albergue Municipal e o que aconteceu ali: Eu tava fazendo um ... a pessoa tem que estar no lugar certo e na hora certa, tava preenchendo uma ficha no balcão ali, com a Assistente Social, e daí bem no momento tava passando um... o rapaz que trabalha lá, entendeu? O monitor tava passando lá, bem no momento que ela perguntou pra mim qual era o meu grau de instrução. Daí eu digo:- Ah, eu tenho 2º grau completo. E ele ouviu. Aí ele voltou, pediu a confirmação minha, se tinha mesmo, e aí digo: - Claro que tenho. Diz ele: - Bah, vai sair um concurso de Agente de Saúde só pra Morador de Rua. Não quer fazer? Ai, eu digo: - Mas claro que quero! [...]. E tu vê, se eu não tô no Albergue aquele dia, o camarada não passa naquele momento, eu não ia ficar sabendo e não teria feito, entende. Mas aquilo ali era pra mim, como tudo o que eu passei de ruim, de mal, de... de horrível na minha vida, ah... ah... isso aí, era pra mim passar também, aconteceu, não adianta. [...]. A A. [referindo-se a uma profissional com quem trabalhou] eu fui, trabalhei com ela na rua umas quantas vezes saí pra trabalhar com ela na rua, e a R. [outra profissional], ainda chegou ao ponto dela, tu vê, ela que me selecionou, ela que fez a minha entrevista, tudo, ela pô seu Fernando P., agora eu queria, ah, vai ter Assistente Social lá no Consultório na Rua, vê se tu dá lá um empurrãozinho pra mim pega lá (risos). Tu vê, isso aí... isso aí deixa o teu ego fortalecido, isso. Foi uma pessoa que fez pergunta pra vê se você tinha condições de entrar, depois vem pedir um favor pra ti. Então isso aí é muito importante na vida da gente. Daí você vê o quanto valor você tem ainda. Não interessa pelo que você passou ou deixou de passar, mas você tem alguma coisa a oferecer ainda.

Essa foi uma das histórias que inspiraram o título dessa tese e é a ele uma das pessoas a quem dedico esse trabalho. Uma história que me desassossejou. Fernando P. viveu a realidade

das ruas. Dentre todos os profissionais do CR, talvez a ele é que mais se aplica a ideia de que “o sujeito que cuida e o objeto do cuidado tendem a se espelhar e a se confundir” (SAMPAIO et al., 2011). Com problemas respiratórios e circulatórios sérios, não era raro encontrar Fernando P. sendo cuidado por outros profissionais, em sessões de nebulização nas salas do serviço. Ele dizia que já não era mais o mesmo. De pessoa em situação de rua à pessoa que cuida de quem está na rua, Fernando P., em alguns momentos, parecia muito endurecido ao dizer que “para sair da rua basta ter vontade própria” [SIC], “eu saí da rua, então qualquer um pode sair” [SIC]. Essa postura poderia ser uma forma que Fernando P. encontrou para não se confundir com “eles”, mantendo sua identidade de agente comunitário de saúde. Ao mesmo tempo, sua fala reforça a noção de indivíduo. Obviamente a vontade própria existe, mas há toda uma história (que ele mesmo contou) composta por outras pessoas que abre espaço para outras alternativas de viver.

No dia da entrevista com o profissional, foi ele quem me chamou, num momento em que estava se sentindo à vontade para contar sua história. Separou fotografias, um livro sobre população de rua [do qual orgulhava-se de ter contribuído com a pesquisa] e materiais que utilizava no cotidiano do trabalho. A sua narrativa foi acompanhada desses recursos. Com um sorriso no rosto, mostrava as fotografias que retratavam trabalhos realizados ao longo desses anos, viagens que fez em encontros sobre a saúde da população em situação de rua, formações sobre tuberculose, em Brasília, Salvador, falou de pessoas que conheceu nesse percurso. Ao final, fez algo que não era do seu feitio, deu-me um abraço apertado e disse-me: “espero ter te ajudado... e que tu consiga escrever um bom trabalho...” [SIC]. Com esse gesto, senti-me acolhido. Mas aquilo que tanto ele se orgulhava, de “ter alguma coisa a oferecer ainda”, alegrava-o no momento em que contava sua história. Mas no cotidiano, mostrava-se um profissional entristecido, relatava o mesmo sentimento de desvalorização do seu trabalho.

Sem adentrar muito nos meandros dessa história, Fernando P. nos traz a importância de repensarmos os processos de trabalho, bem como a valorização dos saberes dos profissionais. Entendendo o cuidado e o acolhimento como uma produção de novos sentidos para o viver, e que só produz esses novos sentidos quem tem vida para ofertar (MERHY, 2013d), precisamos pensar em espaços, além das supervisões institucionais e clínicas, autogeridos pelos profissionais que lhes permitam reordenar suas tristezas e sofrimentos. As reflexões de Merhy (2013d) nos ajudam a pensar na saúde mental dos trabalhadores, tanto no CAPS AD quanto no CR:

Vejam, alguém exaurido e triste, sem alívio, diante de todas estas demandas e necessidades, como é que vai gerar vida, além de ter que produzir novas e inovadoras ações. Este trabalhador, se vier para um grupo que o acolha e se abra para escutá-lo, provavelmente, vai relatar diante disto tudo uma grande sensação de mais exaustão e tristeza. Uma grande sensação de impotência, ou mesmo, vai relatar que só deu conta das tarefas porque não foi antimanicomial, mas sim burocrata do atendimento. Fez o fluxo de atendimento andar, mas não o domina, nem o compreende. Só tocou o cotidiano. Gerou alívios nos outros. [...]. Nós geramos alívios nos outros, mas não temos nenhum alívio para olhar e repensar o nosso trabalho; não sabemos se estamos ou não sendo um coletivo/dispositivo antimanicômio (MERHY, 2013d, p. 222).

Enquanto eu estava realizando a pesquisa com a equipe do CR, muitos desses alívios foram produzidos em conversas dos profissionais comigo. Muitos desabafos, choro, queixas e também reflexões sobre o trabalho na rua. Aqui encontramos uma das explicações para o que Francisca G. afirmou em sua entrevista: o trabalho do CR é mais técnico. A exaustão, a tristeza e o fluxo de afetos entre os profissionais faz com que, muitos deles, façam apenas “o fluxo de atendimento andar”, “toquem o cotidiano”, gerando alívios nos outros (os usuários dizem que sempre são bem atendidos, mesmo que a “nova equipe” seja menos afetiva). A técnica pode ser uma das formas de se proteger das tensões e desassossegos cotidianos neste serviço.

Entre a técnica e os vínculos formados, fui, aos poucos, acompanhando as atividades da equipe do CR, bem como as práticas de acolhimento. Em uma outra oportunidade, acompanhei uma busca ativa de dois usuários do serviço. Sílvia L. me explicou que ambos têm questões de saúde mental, são psicóticos, e que, por isso, tem dificuldades com a medicação para HIV, e o outro com os antirretrovirais e medicação para tuberculose. A dispensação dos medicamentos na farmácia distrital é realizada mensalmente. Ou seja, eles ganham a medicação que devem tomar durante um mês. Só que, em função do quadro clínico e dos problemas mentais, eles não conseguem se organizar com a medicação e acabam tomando tudo de uma vez ou não fazem o tratamento. Por isso, uma vez por semana, os profissionais fazem a busca ativa em seus locais de referência para ver como eles estão e entregar a medicação.

Fomos então até a Escola Pão dos Pobres, ao lado de uma Igreja, no bairro Cidade Baixa. Chegando lá, encontramos apenas os pertences de um deles. Caminhamos um pouco por ali e não o encontramos. Sílvia L. disse que voltaria ali à tarde e que provavelmente o encontraria. Depois disso, seguimos para o Parque da Redenção atrás do outro homem. Fomos direto ao local em que ele costuma ficar. Ali estavam dois homens dormindo, cobertos dos pés à cabeça. O local estava bem sujo, com muitas moscas, próximo a um dos banheiros públicos que existem no parque. A profissional chamava pelo nome. Eles estavam dentro de um “cercado”. Não nos aproximamos mais, para isso teríamos que pular a cerca. Ela ainda insistiu, chamando pelo nome do rapaz. Nenhuma resposta daqueles que estavam ali deitados. Passamos pelo banheiro, onde encontramos uma senhora, que pelo jeito trabalha ali como terceirizada para a limpeza do

local. A profissional explicou quem estávamos procurando, e a mulher disse não ter visto ninguém com aquelas características. Apenas nos disse que viu alguns moradores de rua embaixo das árvores, após a pracinha.

Então fomos até lá e não o encontramos. Mas nos deparamos com um senhor. Ao perguntar a ele se conhecia o rapaz que estávamos procurando, a profissional percebeu que ele estava um pouco desorientado. Ele nos contou que mora na rua há alguns anos, mas quando questionado, demonstrou imprecisão sobre sua história, de onde veio, se era natural de Porto Alegre mesmo, em que lugares costuma ficar para dormir. Ele falava de uma maneira muito confusa, não dava para entender o que dizia. Após explicar o que era o consultório na rua, a enfermeira fez o cadastro dele e o convidou para ir junto até a Unidade Santa Marta para fazer um acolhimento e encaminhamento para exames. Ele aceitou voltar junto com a equipe.

Enquanto conversávamos com esse senhor, escutei uma pessoa gritando “Santa Marta! Santa Marta! Santa Marta!”. Olhamos para trás e vimos quatro pessoas se aproximando. Dois deles já conheciam a equipe do consultório na rua e pareceram muito contentes por terem visto a profissional. Sílvia L. comentou que um deles andava sumido, e ele nos disse que saiu da cadeia há um mês aproximadamente, por isso estava sumido. Outro menino ficou quieto o tempo todo, apenas observando e escutando a conversa. Outro rapaz que estava junto com o grupo se queixou de uma dor nas “costelas”. A profissional convidou-o para fazer um cadastro e depois encaminhá-lo para fazer exames na unidade. Ele concordou. E a menina, bem jovem, que parecia ser a companheira do homem que estava preso, pediu para fazer “a vacina para não engravidar, que se faz de três em três meses”⁶⁴ [SIC]. A profissional perguntou se ela estava grávida, porque aí não poderia fazer a vacina. A menina respondeu: “não sei... acho que não”. Ela fez um teste rápido de gravidez dentro da Kombi, que deu resultado negativo e depois fez a vacina.

Depois de tudo isso, a Kombi voltou para a unidade, com o senhor que estava desorientado e com o homem com dor nas costelas. Foi uma manhã bem agitada. Em quatro horas conheci muitas pessoas e histórias diferentes, e o difícil trabalho na rua, desempenhado por esta equipe. Um cuidado que vai se tecendo, fiando, nos encontros e desencontros.

⁶⁴ O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece oito opções de métodos contraceptivos para que as mulheres possam escolher a maneira mais confortável de planejar quando, como e se terão filhos. As mulheres em idade fértil podem escolher entre os métodos: injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU), além dos preservativos. Conforme o Blog da Saúde, mantido pelo Ministério da Saúde, com o anticoncepcional injetável trimestral, “pode haver um atraso no retorno da fertilidade da mulher. A injeção trimestral pode ser usada durante a amamentação e, nesse caso, seu uso deve ser iniciado seis semanas após o parto. Com o uso da injeção trimestral, é muito frequente a mulher ficar sem menstruar e, em média, o retorno da fertilidade pode demorar quatro meses após o término do efeito da injeção”. (BLOG DA SAÚDE, 2015).

Desencontramos dois, mas nos esbarramos com outros quatro. E assim o trabalho e a vida na rua vão acontecendo. Um cuidado em verso (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Baseada em relações dialógicas e de escuta, uma equipe que, apesar das dificuldades, vem buscando construir uma atenção desvinculada de um olhar puramente assistencialista, construindo vínculos e tensionando a rede para o cuidado integral que se faz no movimento das ruas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; PACHECO, 2014; TONDIN; NETA; PASSOS, 2013).

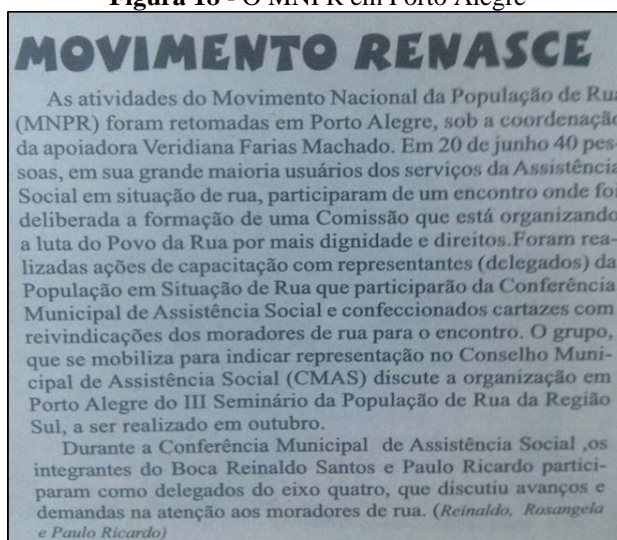
Uma outra passagem interessante para pensarmos nas práticas de acolhimento no CR e percebermos a dinamicidade e complexidade desse trabalho foi registrada no diário de campo. Em outra ida ao CR, ao chegar na Unidade Santa Marta, logo percebi que o dia já havia iniciado de forma bem agitada. Profissionais de um lado para outro, atendendo pacientes, telefonemas, encaminhamentos de exames. Logo Sílvia L. me convidou para a saída na rua. Teríamos que ir novamente ao IAPI, levando dois usuários para fazer exames. Nesse dia foi bem mais demorado que das outras vezes, tanto para chegar no IAPI [em função do trânsito] quanto para sair [em função da demora na realização dos exames]. Neste dia, Ignácio B. estava junto com a equipe que saiu para a rua. Enquanto aguardávamos os exames, ficamos lá embaixo conversando. A enfermeira me contou algumas histórias de abordagens na rua, as dificuldades com a rede e enfatizou o papel político do CR. Essa função ou papel político não apenas em função da vinculação com os movimentos sociais, mas pela “responsabilidade de denunciar o descaso da rede com essa população, que é um descaso da sociedade como um todo” [SIC]. É uma denúncia também de violação de direitos humanos, como é o caso dos policiais que agridem os moradores de rua gratuitamente.

A violação de direitos humanos e as agressões de policiais a moradores de rua foi tema de uma conversa que tive com Sílvia L. e com uma representante do Movimento Nacional da População de Rua⁶⁵. Elas conversaram sobre algumas reuniões, avanços e retrocessos do movimento, que foi notícia no Jornal Boca de Rua (vide figura 18). O problema mais comentado por elas foi em relação à ação policial junto aos moradores de rua. Mais especificamente dois

⁶⁵ A população adulta em situação de rua constituiu um processo coletivo a partir do enfrentamento cotidiano de discriminação, preconceito e violência por parte do poder público e da sociedade em geral, denunciando a ausência de políticas públicas eficazes para essa população. Essa organização tem como marco o massacre ocorrido na Praça da Sé em São Paulo, em 2004, no qual sete moradores de rua foram mortos barbaramente. Esse e outros atos violentos fizeram surgir a resistência e o movimento que luta pelos direitos daqueles que fazem da rua seu espaço de moradia e sobrevivência. Em 2005, no 4º Festival do Lixo e Cidadania, ocorrido em Belo Horizonte/MG, o MNPR foi lançado publicamente, constituindo-se por homens e mulheres em situação ou trajetória de rua, comprometidos com a luta por uma sociedade mais justa, que garanta direitos e se mobilizam para o desenvolvimento e implantação de políticas públicas e processos de transformação social (PIZZATO, 2012).

policiais: o Robocop e o Steve (personagem do filme Matrix). Esses nomes foram atribuídos pelos próprios moradores de rua. Eles são conhecidos por suas ações truculentas e fortes agressões aos moradores de rua. A ativista e militante fala com preocupação sobre o assunto, pois é muito difícil conseguir denunciar esses policiais, pois não se sabe o nome verdadeiro deles e um deles pediu transferência para a zona norte da cidade. Ou seja, quando eles começam a ficar conhecidos em uma determinada região, eles pedem transferência, para não serem denunciados pelas agressões.

Figura 18 - O MNPR em Porto Alegre



Fonte: Boca de Rua (2013b).

Enquanto aguardávamos a realização dos exames, Sílvia L. comentou sobre o “tempo perdido” [SIC] nessas idas e vindas ao IAPI. Apenas com a função dos exames e dos deslocamentos chega a se perder aproximadamente duas horas de trabalho no turno da manhã, o que é considerado muito tempo por ela, em função da demanda existente junto ao CR. Segundo ela, esse problema está com os dias contados. Está sendo operacionalizada a estruturação de um laboratório no próprio prédio do Centro de Saúde Santa Marta. Já existe uma equipe responsável pelo laboratório, que funcionará apenas para a coleta dos exames. Não está funcionando ainda porque o serviço necessita de um veículo para transportar os exames para outro laboratório, de análises clínicas. Com esse novo serviço no Centro de Saúde, não serão mais necessárias as idas e vindas do IAPI. Conforme ela, “só falta o carro... e vontade política” [SIC].

Concluídos os exames, deixamos os dois usuários no centro e nos dirigimos, mais uma vez, ao Parque da Redenção (Kombi do CR no Parque da Redenção – figura 19). Fomos atrás do mesmo rapaz que havíamos procurado outro dia, para entregar os medicamentos retrovirais. Mais uma vez não o encontramos. Procurando por esse usuário, aproximamo-nos de um homem

que estava sentado em uma cadeira de plástico, embaixo de uma árvore. Era um homem muito magro, sujo e estava cuidando de um carrinho com materiais de reciclagem. Logo ele falou que o carrinho não era dele, que estava apenas cuidando para um casal, que logo voltaria. A profissional perguntou a ele se conhecia o homem que estávamos procurando, falou em traços que pudesse identificá-lo: “magrão, branco, alto, loiro...” [SIC]. Ele disse não conhecer esse homem.

Figura 19 - Kombi do CR no Parque da Redenção



Fonte: Fotografia feita pelo autor.

A profissional aproveitou para perguntar o que ele estava fazendo na rua, se morava na rua. E ele disse que sim. Então a enfermeira falou quem nós éramos, o que era o CR e como funcionava o trabalho e se ele aceitava fazer o cadastro no serviço. Antes de fazer o cadastro, ele disse que esteve há alguns dias no “postão” da Cruzeiro para fazer o teste de HIV. Resolveu ir fazer o teste porque ficou sabendo que uma mulher com quem teve relações sexuais sem preservativo está com AIDS. Ao passo em que nos conta isso, ele refere emagrecimento, vômitos, diarreia e muita fraqueza. Estava certo da doença, embora ainda fosse demorar para confirmar o resultado. Sílvia L. então lhe perguntou se gostaria de fazer o teste rápido⁶⁶ e

⁶⁶ Conforme o Blog da Saúde, mantido pelo Ministério da Saúde, “a utilização dos testes rápidos permite atender à crescente demanda pelo diagnóstico e aumenta a agilidade da resposta aos indivíduos e permite seu rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento. Para colaborar nos diagnósticos foi desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) da Fundação Oswaldo Cruz um teste que detecta os anticorpos do HIV por meio da mucosa oral, colhida por uma haste de algodão. O resultado é obtido em 30 minutos com uma leitura parecida com a de um teste de gravidez. [...]. Qualquer profissional da saúde pode realizar o teste rápido, desde que tenha sido capacitado. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) fornece essa capacitação à distância gratuitamente por meio do TELELAB, onde estão disponíveis vídeos com procedimentos para a realização dos testes rápidos. Em 2014, foram realizados 30 mil testes. Dados do departamento apontam que quase 60% do público atingido nunca tinha feito em um teste de HIV antes”. (BLOG DA SAÚDE, 2015b).

explicou o funcionamento. Enquanto fazia o teste rápido, fomos conversando com ele e depois fez o cadastro com Anita G. Depois ele teve uma consulta com Ignácio B. e recebeu medicações para a dor e a diarreia, tudo no parque, sob olhares curiosos dos transeuntes.

Ficamos sabendo um pouco de sua história. O rapaz tem 25 anos, mora na rua há seis anos e disse que foi morar na rua “por causa do crack” [SIC]. Apresentava uma reação ruim sempre que falava na mãe, e só falava na mãe quando questionado. Disse que, se realmente estivesse infectado pelo HIV, tentaria largar a pedra para conseguir viver mais tempo, porque ele acredita que o uso de crack prejudicaria o tratamento. Falou das dificuldades em conseguir comida em alguns dias. Depois da nossa conversa e de obter o resultado do exame, que deu negativo, chegou uma senhora que, pelo que pudemos perceber, ajuda ele trazendo comida e outras coisas que ele precisa. Ela nos contou que faz isso porque “ele é um bom rapaz” [SIC]. Contou-nos também que ajudava outro morador de rua, porque se sensibilizou com os dois cachorros que o acompanhavam, via que “eles estavam passando fome” [SIC]. “Eu vinha aqui, comprava ração para os cachorros, e o homem nem dava a ração pra eles... parei de ajudar” [SIC]. Fiquei pensando na relação dela com os cachorros. Ela sabia o nome dos cachorros, mas não lembrava do nome do homem que ela ajudava.

Mais ao final da manhã, surge um homem, limpo, bem vestido, comentando que mora na rua há alguns meses. Ele chega até a equipe com um papel de encaminhamento do “postão” da Cruzeiro em mãos. Ele vem sendo acompanhado pelo CTA da Cruzeiro, em função do diagnóstico de HIV Positivo. O encaminhamento é para atendimento psicológico e psiquiátrico, para tratamento de depressão. Os profissionais explicaram a ele onde fica o Centro de Saúde Santa Marta e que ele poderia ir lá para receber acompanhamento profissional. No meio de tudo isso, ainda apareceu uma mulher bem agitada querendo uma consulta médica, porque estava sentindo muita dor de cabeça.

Foi mais uma manhã agitada junto com a equipe do CR. Fiquei impressionado, positivamente, com o traquejo e com a forma com que os profissionais que acompanhei trabalham, escutam e falam com os moradores de rua. É realmente um cuidado que vai se tecendo no “olho a olho”, nas conversas informais na rua, que vai se fazendo em ato. Fomos à procura de um, encontramos vários. Quando alguns avistam a Kombi do CR, é motivo de alegria e da certeza de que, ao menos, serão escutados por alguém. Talvez o único momento, de uma semana, um mês... quando a Kombi entra no parque, os transeuntes olham curiosos para o trabalho que está sendo feito ali, na rua mesmo. O olhar para esse trabalho é também um olhar para o morador de rua, geralmente invisível, ou visível porque incômodo no centro da cidade.

Promover essa visibilidade é também parte da função política, que Sílvia L. comentou comigo, que o CR assume diante da sociedade e da RAPS. Um dispositivo de atenção criado para dar conta de uma população historicamente esquecida pelos serviços de saúde, com foco no uso de drogas (BRASIL, 2012a; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; PACHECO, 2014; TONDIN; NETA; PASSOS, 2013). Mas fiquei pensando que a rua pode ser um caminho para compreendermos que as drogas são apenas umas das pontas, um dos terminais que refletem outros problemas, como os processos de exclusão social⁶⁷. Como me disse outro dia Sílvia L., a rede não acolhe os moradores de rua. O CR, sozinho, consegue acolher?

Outra reflexão que fiz, após os primeiros dias de observação no CR, é sobre a rapidez e a intensidade com que as coisas acontecem, tanto na base fixa quanto no trabalho na rua. Além da difícil tarefa de acolher essa população, ainda existem problemas internos na equipe, problemas com a gestão, dificuldades de articulação com a rede. O contexto ou as condições de possibilidade para que ocorra de fato um acolhimento não são favoráveis. Mas, mesmo não sendo favoráveis, percebi logo nos primeiros dias pessoas que conseguiram estabelecer bons vínculos com os profissionais do CR, que confiam nos profissionais.

Ainda fiquei pensando na minha própria experiência com o espaço urbano. Desde que vim morar em Porto Alegre, um dos meus lugares favoritos é o Parque da Redenção. Gosto muito de caminhar e sentar para uma roda de chimarrão com os amigos nos finais de semana. É um lugar, um espaço de lazer para mim, de descanso e de reencontro com os amigos. Só que nesses dias experimentei esse mesmo Parque de uma outra maneira. Pelos passos apressados de Sílvia L. e através do seu olhar, comecei a ver o parque com outros olhos. Não é mais apenas o meu olhar, mas um olhar híbrido, já uma mistura daquilo que os profissionais do CR olham e aquilo que eu costumo olhar. Nos finais de semana, olho para as árvores, gramados, para o céu azul... nesses dias de trabalho, olhamos para os cantos, para baixo, para o chão onde dormiam os moradores de rua. Uma outra forma de habitar o mesmo espaço.

⁶⁷ O conceito de “exclusão social” é polêmico e carrega consigo múltiplos significados. Não é objetivo aqui adentrar com profundidade nesse debate, mas cabe destacar diferentes formas de olhar para esse fenômeno. Serge Paugam (2008), ao invés de trabalhar com a noção de exclusão, pensa na pobreza como um processo de desqualificação social, o que empurra as pessoas à esfera da inatividade produtiva e da dependência dos serviços sociais. Castel (1998), por sua vez, prefere a expressão “desafiliação”, através da qual pressupõe uma desestabilização dos estáveis, que acabam se tornando vulneráveis e se instalando na precariedade, em função do déficit de lugares ocupáveis na estrutura social. Sawaia (2008) retoma a dialética inclusão-exclusão, afirmando que, nos processos de globalização, a sociedade exclui para incluir, mantendo sua ordem social desigual, o que gera um efeito ilusório da inclusão. Por fim, com Foucault (2004) podemos conceber que a inclusão nada mais é que um processo de disciplinarização dos excluídos, fazendo parte de um processo de controle social e manutenção da ordem na desigualdade social. Inclusão e exclusão seriam pontos de um mesmo jogo de poder.

Uma outra forma de olhar, de ver o que eu não via. Não que eu não visse os moradores de rua antes, mas essas pessoas e esses “cantos habitados” por eles não participavam ou não compunham o meu espaço vivido da Redenção, o meu território. Continuo admirando a beleza do parque e das antigas árvores, mas, por que não incluir nessa beleza a heterogeneidade e a pluralidade de territórios existenciais dentro de um mesmo espaço? Nessa direção, podemos compreender os espaços urbanos como palcos das experiências cotidianas, através das quais as ruas, os atores e os movimentos empreendidos são, ao mesmo tempo, produto e produtores de práticas sociais (FRÚGOLI JR., 1995). Assim como modificamos os espaços, somos modificados e subjetivados por eles.

Essas experiências com a equipe do CR, tanto na rua, quanto na base fixa, expressam muito o que os profissionais pensam e refletem sobre o acolhimento. No grupo de discussão realizado com eles, palavras e expressões como escuta, recepção, encontro, alteridade, respeito, comprometimento, acompanhamento, ausência de julgamentos, compartilhamento e integralidade foram diretamente associados ao que entendem por acolhimento (conforme a figura 20). Vemos, mais uma vez, apenas palavras e expressões positivas – aquilo que o acolhimento deve ser. Chama nossa atenção as palavras acompanhamento, integralidade e universalidade, não presentes no *Wordsalad* do CAPS AD. Tais noções parecem evocar esse lugar ocupado pelo CR na rede de saúde e na RAPS, como um serviço que busca a articulação com os demais dispositivos de atenção para garantir o acompanhamento, a integralidade e a universalidade do cuidado em saúde. Embora a proposta do CR esteja afinada com a Redução de Danos, ela não é abordada na discussão.

que ele saiba. Às vezes pra nós eles não querem dizer, mas falam pros médicos. (ANNA N.).

Essa conversa informal, como algo imanente ao processo de triagem, é uma atividade diferenciada da que faz o médico(a)/enfermeiro(a), e isso é um consenso na equipe. Mesmo sendo um momento mais rápido, superficial, entende-se que se deve aproveitar esse momento, “porque às vezes eles vem muito aqui, mas às vezes ele vem só uma vez e só volta daqui a um ano. Então às vezes, perguntar sobre o teste de AIDS, se faz tempo que eles não fazem” (ANNA N.). O trabalho dos médicos e enfermeiros é mais complexo, envolvendo a escuta de outras dimensões da história dos sujeitos, como aponta Simone B.:

Geralmente, a gente pergunta se tem alguma doença, se toma medicamento, e depois, uma pergunta que eu sempre faço é se usa alguma droga, daí eu explico, por exemplo se consome tabaco, álcool, maconha, crack e geralmente eles sempre se abrem, a gente começa a falar do quanto é o uso por dia, pra avaliar se o consumo é um consumo nocivo... Então eu pergunto as perguntas que eu acho que são melhores para abordar, eu pergunto porque começou a consumir, quanto tempo que consome, se esse consumo atrapalha a vida diária, se alguma vez ele pensou sobre deixar de consumir, se deixou e teve alguma recaída, e pra mim é mais a nível pessoal também, pois é muito importante, eu tenho muita curiosidade em saber essas questões do consumo. (SIMONE B.).

Uma pergunta que não é feita por Simone B. e que consideramos fundamental é “como consome?”. Dentro de uma proposta de Redução de Danos, essa questão é essencial. O *como* se consome não é pensado, talvez por isso observamos a invisibilidade da RD. Os profissionais atendem, cotidianamente, pessoas alcoolizadas, sob efeito das mais variadas substâncias e, na maioria das vezes, parece ser um atendimento solitário, cuja forma de comunicação entre os técnicos e os não-técnicos são os registros nos prontuários. Entretanto, mesmo sendo um serviço da Atenção Primária à Saúde, a equipe se depara com casos de urgência e emergência, fazendo-se necessária a articulação entre os profissionais, em que se acolhe a pessoa e faz os procedimentos necessários com o que se tem disponível na base:

Semana passada a gente teve um atendimento de urgência aqui. Chegou um menino, eu tava sentada na recepção, ele me olhou branco, eu vi que ele não tava bem, e disse: - Me ajuda! E virou as costas, o sangue escorria. A gente atendeu ele aqui. Era um paciente esfaqueado, então tu vê, assim, que a equipe teve que fazer um atendimento de urgência. Eu acho assim, que tá todo mundo de parabéns. Ainda bem, tinha... Os dois enfermeiros tavam aí. Tava eu, a Ângela L. e mais um médico. A gente conseguiu atender o paciente. Colocamos soro, oxigênio, quando chegou a SAMU o paciente tava estável, já. Tava ali bem. A gente conseguiu manter aquela vida, até chegar o suporte. E... Ontem ele voltou. E chegou na recepção e me olhou, bem profundo assim, e disse... Eu disse: - Oi, menino! Que bom que tu tá aqui e coisa e tal. Ele olhou pra mim e disse: - Eu vim agradecer. (Anita G.).

Na rua, assim como aconteceu nesse caso de emergência, os fluxos e protocolos se desmancham diante dos encontros, das situações inusitadas e dos movimentos que tomam as ruas da cidade. Se na base encontramos uma diferenciação entre os profissionais – técnicos e não técnicos –, uns recebendo e triando, outros acolhendo, na rua esses limites vão ficando mais porosos. Conforme Simone B., as possibilidades de criar vínculo na base são maiores que na rua e entende que o acolhimento não é só um momento, o acolhimento se faz constantemente. Na rua, ela fala que o acolhimento acontece “por um tempo”, é um acolhimento “desestruturado” devido às próprias circunstâncias que a rua provoca. Outro profissional faz um contraponto a essa opinião, de que o acolhimento seria mais efetivo na base fixa:

Aqui [referindo-se à base do CR] se perde muito no acolhimento, porque aqui eles vêm direciona... eles procuram o serviço porque eles têm uma queixa e eles querem tratar isso. Qualquer coisa que tu oferecer pra eles, desde que tu faça o que ele está te pedindo, ele vai te ajudar. Mas nem sempre vai ser uma coisa natural, sabe? Agora, no momento que tu vai pra rua e acolhe eles na rua, no ambiente onde eles tão, eles... eles se comportam diferente. Eles são mais francos, eles são mais verdadeiros, porque eles não têm medo, porque eles tão no ambiente deles, E tu foi lá atrás deles. Então quer dizer que tu... tu tá preocupado com ele. Tu tá pretendendo ajudar ele de alguma forma, oferecer alguma coisa. E ele vai ser mais aberto contigo, mais franco, porque antes ele tinha aquele medo: se eu não cooperar o cara não vai me dar o que eu quero, mas na rua não. Eu tô livre, eu posso cooperar o quanto eu quiser. Então eles são mais... autênticos, assim. Eles não manipulam tanto quanto aqui dentro do Consultório na Rua. (IGNÁCIO B.)

Esse posicionamento é muito interessante, pois nos faz pensar em duas formas de relações: uma autêntica e outra não autêntica. Para Ignácio B., na relação não autêntica, o usuário do serviço pode dizer apenas aquilo que o profissional quer escutar, pois ele está ali precisando de ajuda, de cuidado. Uma troca, um escambo. A prática do escambo é muito comum no cotidiano das ruas, uma forma de sobrevivência (SCOREL, 1999). E isso não necessariamente é manipulação, como afirmou o profissional, mas uma troca – comporto-me e digo o que você quiser, você faz o que eu preciso. Nas ruas, que é o lugar das trocas como meio de sobrevivência, isso não se faz necessário – o profissional só irá conseguir acolher se ele for acolhido pela pessoa abordada. Essa reflexão é retomada no grupo de discussão com os profissionais e evidencia um pouco mais da trajetória desse serviço:

eu acho que a gente acolhe as pessoas que não querem ser acolhidas é a prática da equipe da rua, não a da base, porque a da base a pessoa acessa, é diferente, ela necessita, o movimento é outro. A equipe da rua ela aborda as pessoas que não querem acolhimento e é ali que é o grande desafio. Que ali tu tens que lidar com outro tipo de situação, ele não está bem, ele não quer, ele está numa situação e a saúde dele também, a gente identifica, ele manda tu embora, tu insiste, ele é grosseiro contigo, na hora que ele é grosseiro que resposta que tu vais dar, dependendo da tua postura tu não sabe o desfecho, e isso é parte do acolhimento de alguém que não quer ser acolhido. E nós podemos dar uma resposta de não acolhimento. ‘Ah, tu não quer nada, então tchau’.

Pode ser uma resposta nossa, mas é, ao mesmo tempo, uma proposta da equipe da rua, de quem não quer ser cuidado, de quem tem resistência, porque pensando assim a base ela é fácil, quem vem da experiência que era só rua, esse espaço aqui de baixo ele nos traz um outro lugar. Quando a gente trabalhava só na rua era trabalhar só com as resistências e com as frustrações pesadamente. (GRUPO DE DISCUSSÃO).

Como sabemos, a rotina de sobrevivência nas ruas envolve a resolução de necessidades básicas, a busca por comida, por trabalhos – como reciclagem, cuidador de carro, dentre outros, ou seja, as pessoas em situação de rua, individual ou coletivamente, criam circuitos, redes de sobrevivência (ESCOREL, 1999; PAGOT, 2012). A violência vivenciada cotidianamente, as redes de relações estabelecidas entre eles, o acesso (ou não) à rede de sobrevivência, as relações deles com os transeuntes e com a comunidade, os locais em que ficam durante o dia e à noite são algumas das características que tornam esse grupo tão específico e tão complexo (ESCOREL, 1999; PAGOT, 2012), o que é sentido pelos profissionais do CR quando fazem abordagens nas ruas da cidade.

Lembro-me de um momento muito difícil, que me provocou os mais variados sentimentos. Eu estava acompanhando a equipe em uma busca ativa de um usuário para tratamento da tuberculose e HIV, em uma praça na região central da cidade, quando escutamos uma mulher gritando desesperadamente: “Doutora Sílvia L.! Doutora Sílvia L.!”. Olhamos para trás e vimos a mulher correndo em nossa direção. Sílvia L., um tanto perplexa, não reconheceu a mulher. Quando ela parou diante de nós, vimos que ela estava toda queimada. Muito agitada e nervosa, falava rápido, tremia e chorava. Logo depois Sílvia L. reconheceu a pessoa – ela estava mais emagrecida, com os cabelos cortados bem curtos (de forma irregular), muito suja, lábios rachados e partes do corpo queimados. Ela nos contou que estava internada na ala de queimados do HPS (Hospital de Pronto Socorro) e que havia recebido alta hospitalar na noite anterior. Entretanto, um homem que a acompanhava nos disse que ela fugiu do hospital, pois estava “na fissura pela pedra” [SIC].

Juntando as partes da história contada por ambos, percebemos a gravidade da situação. Em um local próximo de onde estávamos, há aproximadamente um mês e meio, essa mulher se negou a ter uma relação sexual com um homem, também em situação de rua, em troca de crack. À noite, enquanto ela dormia, foi amarrada por ele e outro homem, tendo, ambos, atado fogo no corpo da mulher. Quem a salvou do fogo foi esse homem que a estava acompanhando e que ajudou a contar a história. Segundo informações deles, a mulher ficou internada um pouco mais de um mês no HPS, tendo fugido da internação e passado a última noite toda usando crack. Quando a convencemos a ir conosco na Kombi do CR, para fazer exames e tratar das queimaduras (que pareciam ser mais recentes do que o que haviam nos contado), ela tentou

fugir. Na tentativa de fuga não fomos atrás dela, mas assistimos uma cena de cuidado: o homem, aos gritos, muito bravo, dizia que ela precisava de tratamento, senão ela iria morrer em função das queimaduras.

Ela, que estava muito agitada, paralisou diante do homem. Ele segurou seu rosto com as mãos e, olhando intensamente nos olhos dela, disse: “Vai te tratar mulher! Nós vamos cuidar daqueles dois que fizeram isso contigo...” [SIC]. Ela voltou para o veículo e deitou no banco de trás. Eu, sentado à frente dela, olhava para essa mulher. Ela estava deitada, encolhida, em posição fetal, tremendo, chorando e repetindo incessantemente a frase: “Aquela foi a pior noite da minha vida!” [SIC]. Quando ela olhava nos meus olhos, meu coração disparava, o corpo tremia, e eu apenas me concentrava para não chorar diante dela. Não sabia o que fazer, ou o que dizer para ela. Faltavam-me palavras. Esse encontro com o “real” me provocou algo tão profundo, uma dor e um sofrimento diante daquela mulher, que o simbólico escapou.

Dois pontos nessa história merecem nossa atenção. O primeiro, foi o cuidado em ato daquele morador de rua com a mulher. As representações sociais sobre as pessoas em situação de rua são carregadas de estereótipos e estigmatizações: vagabundo, preguiçoso, drogado, bêbado (SCOREL; 1999; PAGOT, 2012; MATTOS; FERREIRA, 2004). Essa estigmatização, contudo, impede-nos de vislumbrar marcas ou relações outras que escapam dessas representações. Além desse momento de cuidado com o outro, acompanhei momentos de interação prazerosa, alegre e agradável entre as pessoas no contexto da rua. Existe, nesse espaço, mesmo com toda a violência e exclusão presentes, uma sociabilidade, que se torna possível porque essas pessoas são capazes “de se desprender das formas reais, materiais e concretas da vida social, que envolvem estruturas e posicionamentos relacionados a hierarquias e à desigualdade nos campos sociais” (JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNANDEZ, 2013, p. 30).

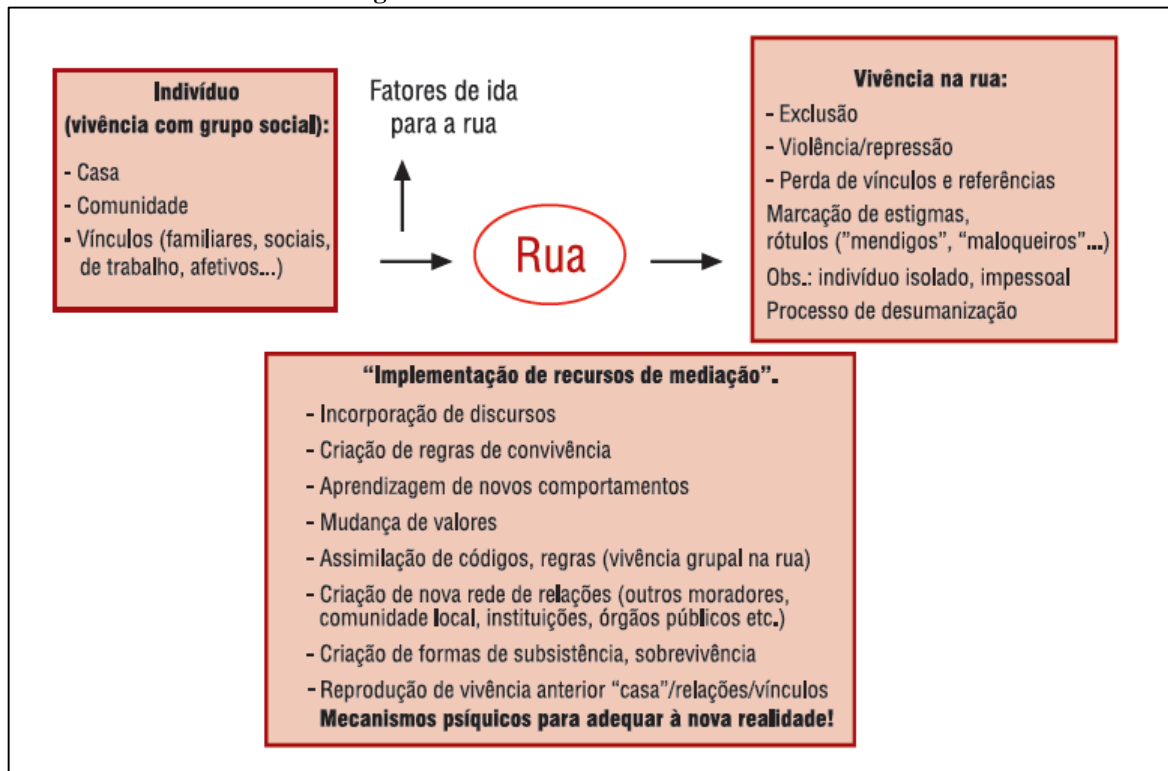
Tanto os momentos de descontração, brincadeiras, quanto os momentos em que eles, coletivamente, traçam estratégias de cuidado e acessam as redes de sobrevivência (por exemplo, quais os serviços de saúde que atendem bem os moradores de rua; qual o melhor albergue para dormir; onde fica o “sopão” do dia, etc.), tornam mais evidentes que, nas ruas da cidade, estão invisíveis aos nossos olhos – dos transeuntes – as “sociabilidades subterrâneas”, que ficam escondidas “por uma cortina de segregação, que não permite que as suas formas se aproximem da luz plena de uma esfera pública integrada” (JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNANDEZ, 2013, p. 30). Nessas interações e nesse cotidiano das ruas, as pessoas acabam acessando ou sendo acessados por serviços de saúde, assistência social e de caridade, geralmente vinculados a instituições religiosas. De alguma forma, e resguardadas as diferenças deste estudo para o

estudo de Jovchelovitch e Priego-Hernandez (2013), esses serviços e instituições, incluindo aqui o CR, são o que as autoras denominaram de “andaimes psicossociais”. Os andaimes psicossociais são ações e estruturas que apoiam o desenvolvimento individual e social, entendendo que

Apoiar e sustentar uma criança, um jovem e, de fato, qualquer adulto, a partir de uma posição de cuidado, seja este interpessoal ou institucional, não somente produz mudanças positivas específicas no desenvolvimento, mas também pode conduzir o processo macro de desenvolvimento. O andaime é, então, fundamental para a compreensão de que o aprendizado, a saúde, o bem-estar e a competência social não apenas resultam do crescimento e da maturação do organismo, mas podem eles mesmos agir no sentido de promover o desenvolvimento. Os andaimes psicossociais são necessários para a criação de um ambiente saudável para bebês, crianças e jovens, para regular circunstâncias interpessoais e para permitir o desenvolvimento de processos e de recursos para se lidar com ambientes caracterizados por dificuldades. (JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNANDEZ, 2013, p. 192-193).

Vemos, portanto, que apesar das tristes e violentas histórias que acontecem nas ruas, como a que narrei, encontramos essas redes de sociabilidade, de solidariedade, de afeto. Para além do uso de drogas, que se naturaliza como algo inerente a quem vive ou está nas ruas, existe toda uma dinâmica, ou uma psicodinâmica da vida nas ruas (vide figura 21), que fazem desse lugar e desse trabalho algo singular e complexo, como afirmam os profissionais do CR. A pessoa em situação de rua sofre distanciamento ou ruptura dos vínculos familiares, das relações sociais e afetivas, mas constrói outras relações, com outras pessoas na rua, com profissionais da saúde e da assistência social, com os moradores e transeuntes da comunidade em que estão inseridos. Em um contexto social marcado por estigmas, violência e segregação, essas pessoas acabam ressignificando sua história, sua trajetória, suas relações, o seu andar na vida (SCOREL; 1999; PAGOT, 2012; MATTOS; FERREIRA, 2004; BRASIL, 2012). Compreender e acolher essa psicodinâmica da vida nas ruas é fundamental para a efetivação de práticas de acolhimento no CR.

Figura 21 - Psicodinâmica da Vida nas Ruas



Fonte: Brasil (2012, p. 32).

O segundo ponto que me chama a atenção nessa história foi o meu sentimento de vazio, impotência. Impotência talvez se refira melhor a situações nas quais compreendemos e temos uma ideia do que deveria ser feito, mesmo que em um nível ideal, mas não conseguimos sozinhos, apenas com nossa vontade. O vazio é a falta de significados, do plano simbólico, como disse antes. Não havia uma representação, uma ideia, um preconceito, ou qualquer outro instrumento que me auxiliasse a pensar e agir naquela situação. Foi um encontro que me transformou e me jogou num lugar de não saber. Foi uma situação nova, diferente. Para a Teoria das Representações Sociais, quando nos deparamos com algo novo, desconhecido, buscamos em nosso aparato simbólico algo que assemelhe para, minimamente, compreender o fenômeno, objeto – os processos de objetivação e ancoragem. Por um tempo, senti-me sem “ancoragem” alguma.

Interessante refletir que, na Psicologia e especialmente na Psicologia Social, estudamos e discutimos alguns processos que convencionou-se denominar de patologização, criminalização da pobreza, judicialização da vida, dentre outros. Esses conceitos se tornaram chaves de leitura para vários fenômenos ou temas pesquisados em Psicologia Social. Eles explicam, ou melhor, ajudam-nos a compreender os movimentos e efeitos em um determinado campo. Mas, quando estamos diante de um sujeito concreto, com um sofrimento real, como operamos com esses conceitos? Será que, em alguma medida, eles não acabam reproduzindo

aquilo que se propõem a desconstruir? Ou seja, ao pensarmos que essa mulher, se for internada em função das queimaduras e do uso do crack, é efeito do processo [social] de patologização, não acabamos criando um ente abstrato impossível de acessar, de encontrar? Saímos do problema da individualização, mas acabamos dissolvendo esse sujeito concreto, com problemas e sofrimentos reais, em processos (patologização, criminalização, judicialização) sempre sociais (pois superamos a dicotomia indivíduo-sociedade) cujo efeito é ou está nessa mulher? Eu poderia recorrer a esses conceitos a todo momento para analisar as práticas de acolhimento, produzindo algum sentido, mas, e esse sujeito diante de mim, o que faço com ele? Como debatido no grupo de discussão, os saberes que adquirimos no decorrer de nossa formação não dão conta dessa realidade:

a gente não aprende isso na faculdade, nem no curso, nem nos livros, a gente só aprende aqui quando tá começando agora assim, tá aprendendo uma rotina diferente de qualquer outro serviço, não tem nada parecido. Tu vai criando um conhecimento novo e novas formas de atuar. Tu tens que se reinventar todos os dias, e aí quanto mais tempo tu fica no serviço, mais flexível tu acaba ficando, tu acaba criando ferramentas novas e aprimorando a tua ação. Então eu acho importante até para a equipe respeitar os novos, aqueles que estão começando agora e tem que ter paciência, porque os novos estão aprendendo coisas que não tem como aprender fora daqui. É uma construção. (GRUPO DE DISCUSSÃO).

Como já discutimos no capítulo anterior, sobre o CAPS AD, no encontro entre profissionais e usuários os saberes vão se transformando, vão se construindo. Algumas surpresas acontecem, como relatou Ângela L.: “Eu achei que a população de rua, ela era mais humilde. Mas não. Eles são super solícitos, assim. Eu, eu, me surpreendi assim... tem uns que eles sabem dos direitos deles, eles exigem, eles cobram responsabilidade das pessoas”. Ou seja, a representação de que o morador de rua é “humilde”, um “coitado” que vai ficar muito agradecido por tudo, como se o atendimento prestado fosse um favor feito por um bom profissional, foi se desconstruindo nos encontros com pessoas que estranhavam, que desacomodavam essa representação da profissional sobre quem são as pessoas em situação de rua. É também através dos encontros com os usuários do serviço que os profissionais foram desconstruindo a ideia de que a droga é o principal problema na vida das pessoas em situação em rua, como reflete uma das profissionais:

Aí eu comecei a perceber que era necessário dialogar com o usuário, não somente o que ele usa, o quanto ele usa, e sim o porquê que ele começou a usar... E isso o enfermeiro não aprende na função dele a fazer. A gente não tem nenhum contato com essas tecnologias, assim. Da... do universo de pessoas que usam drogas. E aí os motivos vem: Perdi minha mulher, me separei, perdi meu emprego, perdi tudo. Perdeu o porto seguro. Ele perdeu o porto seguro dele. Que tava lá na família. – A minha mãe morreu. O porto seguro era a mãe e ela morreu. Então que... aquela pessoa que ainda, dava um suporte, acreditava, segurava, ajudava, quando ela se ausenta, a rua... E a dor

vem junto e o uso de drogas é intensificado. Porque alivia. – Eu bebo porque ajuda a passar o tempo; - Eu bebo - tá me dizendo -, eu bebo pra aliviar a solidão. E aí não é a bebida que tu vai tratar. Que tu vai cuidar. E sim o que levou”. [...] E aí eu comecei a me ver, numa consulta de enfermagem, no acolhimento, falando de tudo, menos do álcool, pro cara alcoolizado. E aí eu comecei a ver no meu discurso, nos espaços, que se faz pré-natal da menina que recém deu o pega lá na pedra e não se fala da pedra com ela. Vai se falar num momento outro. Que ela queira falar, que dê brecha pra falar, que ela peça ajuda. Aí mudou. Inverteu, assim, o olhar. Que a droga ela não vem na frente. Aí tu recebe a pessoa. E eu percebi isso, assim. Tu receber a pessoa. Então essa pessoa que vive na rua, que ela não é só a droga. Que ela é a violência, que ela é uma mulher, que ela é um homem, que ela tem filhos, que ela já teve uma casa ou ainda tem, tem porque pode, ainda, às vezes retornar pra essa casa e volta pra rua, que ela tem a sua sexualidade ativa, que ela faz festa, que ela tem família na rua, porque eles vivem em comunidades na rua, que ela toma uma cervejinha pra se divertir, gosta de música como nós. Como qualquer um de nós. Como eu gosto de tomar um chope. E gosto de música e sou mulher, entendeu? Tem diferença? Tem. A diferença é que eu sou enfermeira, tive oportunidades pra além. Tenho um emprego. E aquele sujeito não teve essas mesmas oportunidades. Mas é um sujeito que nem eu. Enquanto ser humano nenhuma diferença. Tivemos oportunidades sociais diferentes. É isso é a diferença. Que dá um separar de águas imenso em quem mora na rua, e em quem não mora; em quem é pobre e em quem não é. Mas o resto é muito igual. (SÍLVIA L.).

Essa transformação na forma de abordar, de conversar e de compreender a história daqueles que estão nas ruas, narrada por Sílvia L., faz parte da trajetória coletiva da equipe. A equipe é unânime em afirmar que chegaram ao CR com muitos preconceitos e que pensavam nas drogas, ou mais especificamente no crack, como a grande demanda desse trabalho. A noção de que o acolhimento é algo “bilateral, pois é uma comunicação” e de que “o acolhimento é muito amplo, não são somente as questões médicas, mas as questões psicossociais do indivíduo com um todo, que é impossível dividir” (SIMONE B.) é algo que vai se construindo nas e através das relações estabelecidas com as pessoas em situação de rua. Dessa forma, “o acolhimento é muito mais do que ver sinais, que perguntar, sabe. Tá doendo aonde? Teu joelho? Tua perna esquerda? Direita? Teu braço? Caiu? Não caiu? Comeu? Não comeu? Entendeu? Acho que primeiramente chega pra falar, conversar” (MARIA P.).

Entretanto, o acolhimento é também visto como uma postura do profissional. Pois, como nos alerta Ignácio B., existe um risco muito grande de “cair na rotina”. O profissional não tem uma estatística ou um estudo mais formalizado, mas ele acredita que em torno de 90% das pessoas atendidas no CR fazem uso de álcool e outras drogas, fato que acaba se tornando banal, natural. Como muitos usam, cai-se na banalidade por achar que isso é comum no cotidiano das ruas. Dessa forma, ao mesmo tempo que não podemos dizer esse é o maior problema ou, ainda, que todos os moradores de rua usam drogas, também não se pode ignorar a questão das drogas, porque o uso pode ser muito nocivo para aquele sujeito, e isso precisa de atenção. Então, para acolher, Ignácio B. diz ser necessário estar sempre “se policiando, assim, porque o tempo faz com que as coisas se tornem banais. A gente vai se acostumando com a situação. Vai se

tornando cada vez mais indiferente. Isso é normal de todo o profissional de saúde. Tem que ficar atento” (IGNÁCIO B.). Mas, para além dessa atenção e desse “policiamento” para não banalizar essa questão, a postura do profissional do CR é necessariamente de abertura, de tolerância à frustração, de desconstrução de padrões e protocolos idealizados:

Não se exige deles sobriedade, lucidez plena, uma organização psi para serem atendidos. Senão tu não vai atender ninguém aqui. Tu abre a tua porta pra aquela pessoa... Chega sujo, chega alcoolizado, chega com muitas revoltas... chega psicótico, chega... esses dias chegou um esfaqueado... E ele é acolhido assim. A equipe tá aberta à essa proposta. (SÍLVIA L.)

Essa abertura da equipe do CR não é sentida em outros serviços da rede, como nos diz Francisca G.: “...não é o mesmo acolhimento, entendeu. Eles tomam parede, eles são barrados. Existe o preconceito, sim, entendeu. E as pessoas não querem nem ouvir eles falar que eles têm uma dor, não querem ouvir eles”. O acolhimento no CR, portanto, tem como função primordial garantir e ampliar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. De um lado, profissionais muitas vezes cansados, tristes, mas também tomados de alegria e satisfação quando percebem que o usuário se vinculou ao serviço, que ele, minimamente, consegue cuidar de si; de outro, pessoas desconfiadas com a presença daquele profissional na rua, abordando-o, mas que se sentem acolhidos quando são olhados nos olhos e escutados, quando não veem em sua frente um profissional de “cara feia” [SIC] porque ele está sujo e malcheiroso, sentem confiança naquele outro. Como nos faz pensar Londero, Ceccim e Bilibio (2014, p. 257),

Somente no acolhimento experimentado ao longo das “abordagens” é que se percebem as sutilezas, as impossibilidades de se “conectar” com os usuários e as possíveis aberturas que vão compondo aprendizados ou enunciando o que há por se desenvolver na medida em que o cuidador entrega seu corpo para esse tipo de encontro. É nessa abertura de corpo para o outro que o próprio trabalhador do CR pratica novas formas de cuidado até então não visibilizadas e com as quais passa a processar encontros de maneira inventiva. É num acompanhar afetivo que se torna possível “ressignificar a existência do sujeito, criando modos de subjetivação inéditos”, ponto de inflexão entre os afetos do cuidador e do sujeito em situação de rua. Contato tomado em apreensão corporal que faz reverberar, um no outro, *quantas* de potência de vida, emergência de um bom encontro, troca afetiva que ponha os corpos em movimento de composição.

Na luta contra as práticas de recolhimento dos usuários de drogas (principalmente de crack), de pessoas em situação de rua, o CR vem sendo construído, experimentado, sendo sempre constituído e atravessado por tensões e relações de poder. Para encerrar esse capítulo, quero destacar dois pontos de tensão, sendo que o primeiro se refere diretamente à função política do CR e o segundo está relacionado às especificidades no acolhimento a gestantes usuárias de drogas em situação de rua e às questões de diversidade sexual e de gênero. São

pontos de tensão porque ora se mostram como avanços, ora como retrocessos, obstáculos para a construção de práticas efetivas de acolhimento no CR. Não pretendo esgotar esses pontos, mas levantar algumas questões e reflexões que julgo pertinentes para avançarmos na consolidação desse trabalho. Vamos aos pontos finais (ou reticências).

1) O caráter político do CR:

Em virtude de uma série de elementos, como vimos no decorrer desse capítulo, as pressões políticas por abertura de mais leitos em hospitais e comunidades terapêuticas, as solicitações do Ministério Público para avaliações médico-psiquiátricas de pessoas em situação de rua, o “pânico moral” criado em torno de uma suposta “epidemia do crack”, colocam o CR num lugar estratégico nesse campo de batalhas político e ideológicas. O CR tem a possibilidade de evidenciar a diferença, histórica e socialmente construída, entre a experiência da população de rua da usuária de crack. Conforme Rui (2014), essa diferença não se dá unicamente em termos subjetivos ou identificatórios, mas em termos de visibilidade simbólica, pública e política.

Como vimos brevemente nesta tese, a luta da população em situação de rua faz parte de um longo processo histórico e culminou na visibilidade política que constituiu um sujeito de direitos. A vida nas ruas deixou de ser vista como um fenômeno individual, que a pessoa está ali porque é louca ou preguiçosa [embora essa representação ainda seja muito forte em nossa sociedade], e passou a ser concebida como um problema coletivo, estrutural. A população de rua, tornou-se, dessa maneira, em um interlocutor político, que conjugou a experiência de habitar as ruas à crítica às políticas habitacionais, assistenciais, trabalhistas, sendo a situação de rua o expoente máximo de uma falha social (RUI, 2014).

O aparecimento de uma população usuária de crack, também em situação de rua, embaralha esse processo histórico. Com os usuários de crack, voltamos à ideia disseminada de uma disposição individual, tanto para o uso quanto para a recuperação/reabilitação, e que o uso compulsivo de crack representa um fracasso pessoal, corporal e moral. Trata-se de uma população que representa o descontrole que nós conseguimos evitar. O “noia”, como são chamados os usuários dependentes de crack, é, segundo as próprias pessoas que moram na rua ou que fazem uso da substância, uma pessoa que traz uma imagem degradada, combinando o uso intenso da droga, sujeira, marcas de desgaste e emagrecimento. Porções extremas de todos esses “ingredientes” constroem uma corporalidade repulsiva, uma alteridade radical, aquilo que o outro é e que eu não quero ser (RUI, 2014). As pessoas em situação de rua e aquelas que estão na rua e fazem uso de crack fazem questão de se diferenciar dos “noias”.

O corpo do “noia” é um corpo imaginado que radicaliza a alteridade, na medida em que constitui, de diversas formas, um tipo social fundado em processos de exclusão. Mais do que pela sujeira ou pela possibilidade de transmitir fluidos/doenças, tais corpos causam abjeção porque perturbam ficções de identidade, são ambíguos, não respeitam fronteiras e regras. São corpos que ocupam as brechas nos espaços entre a lei e a disciplina. O “noia”, portanto, enquanto abjeto, tem uma vida não legítima, pois é impossível de ser materializada a partir das ficções identitárias (homem, mulher, pobre, rico, homossexual, heterossexual, etc.) que utilizamos cotidianamente, eles confundem saberes, ações, classificações e espaços urbanos. O “noia”, tomado externamente como abjeto, encontra-se no limite de uma série de relações, é produto e produtor de várias e diferentes gestões - ele atíça e se submete a disputas terapêuticas; ele demanda e tolera as ingerências do tráfico de drogas; e ele incita e padece de intervenções urbanas, tanto repressivas quanto assistenciais (RUI, 2014). Tratam-se de corpos, nas palavras de Taniele Rui (2014, p. 328), que são

Fugidios e rebeldes, existindo na contramão dos mecanismos disciplinadores e dos ideais estéticos e sexuais contemporâneos; nada poderia parecer mais “transgressor”... A tragédia é que nem isso os usuários de crack atingem. Ao não conseguirem romper a tênue fronteira entre o que é dito sobre eles e aquilo que eles pensam sobre si mesmos, todos os mecanismos e ideais dos quais parecem escapar são, duramente, reafirmados. Nesse sentido, quando parece que chegamos ao limite do corpo, ao impensável que quase não se materializa, ao que não é o “eu”; é então que notamos toda a força dos projetos discursivos, toda a força do mundo simbólico. E é também aí que nos deparamos com os riscos de fracassos corporais, sociais, morais e políticos a que estamos todos expostos. Diante da ameaça e do perigo de cruzar a fronteira, as nossas reações só podem ficar demasiado confusas: da comisseração à tutela, da legitimidade do sofrimento ao seu descrédito, da luta política à responsabilização individual, da violência ao riso.

Nas ruas, portanto, encontramos histórias que mesclam pobreza, enfraquecimento e rompimento dos laços familiares, empregos precários, violências cometidas ou sofridas, mas também encontramos relações afetivas, sociais, de cuidado e proteção (SCOREL; 1999; PAGOT, 2012; MATTOS; FERREIRA, 2004; BRASIL, 2012a; RUI, 2014). Nesse complicado cálculo de aproximação, cuidado e desconfiança, a equipe do CR depara-se justamente com aqueles que estamos perdendo nos “buracos da rede”, como refletia Nina S. O borramento da história dos moradores de rua, trazida pela emergência das cenas públicas de uso de crack, acaba reafirmando o lugar do morador de rua como um “fracassado”. As duas figuras se misturam e tornam-se abjetas – não materializadas pelas políticas públicas, porque simbolicamente são indefiníveis e inclassificáveis, não tem lugar na rede. Essas pessoas sem lugar são atendidas e/ou acessadas pelo CR.

O CR tem, desta forma, a função política de denunciar a fragilidade das redes, ele se torna um instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam à assistência em saúde (BRASIL, 2012a; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; PACHECO, 2014; TONDIN; NETA; PASSOS, 2013). O CR, portanto, a partir da instituição de uma rede de atenção aos usuários de drogas, atua nos entremeios das redes de atenção à saúde (RAS), atenção psicossocial (RAPS), de assistência social e de outros setores estratégicos e recursos comunitários, articulando o cuidado a pessoas que usam drogas a partir dos princípios do SUS e do SUAS⁶⁸ (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Algumas ações já vêm sendo desenvolvidas pelo CR em parceria com serviços da saúde mental e da assistência social e merecem destaque. Acompanhei várias buscas ativas de usuários do CR junto aos Centros POP, equipes com as quais vêm se estabelecendo uma profícua relação. Medicamentos, receitas, encaminhamentos de exames são administrados em conjunto com os Centros POP. Outra articulação importante que presenciei, foram ações de matriciamento e intervenções conjuntas com usuários com transtornos mentais entre profissionais do CR, do CAPS Cais Mental Centro e do CREAS Centro. Do CR, geralmente participavam um dos enfermeiros, do CAPS, uma psicóloga e um residente em psiquiatria, e do CREAS, uma assistente social e um ou dois agentes sociais⁶⁹. As ações eram planejadas em conjunto, mas apenas dois ou três profissionais faziam a abordagem na rua, para não os intimidar com a presença de tantos profissionais, escolhendo aquele profissional que tinha mais vínculo com o usuário a ser atendido.

⁶⁸ O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é de extrema importância dentro do *continuum* de cuidado aos usuários de drogas, devendo ser incorporado às reflexões sobre as redes de cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). A rede socioassistencial é dividida em níveis de complexidade: a proteção básica e a proteção especial. A proteção básica, ofertada pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), compreende a gestão dos benefícios, o acompanhamento sociofamiliar e o trabalho com as vulnerabilidades sociais. Já a proteção especial é materializada em programas assistenciais, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que atendem pessoas e famílias com agravos de vulnerabilidade, fragilidade ou rompimento de vínculos, em situações de violência, abandono, restrição de direitos (BRASIL, 2004c). Nesse nível, temos os Centros POP, serviço destinado à atenção de pessoas em situação de rua. Os Centros POP atuam na identificação da relação entre o uso de drogas e a vida nas ruas, pensando o cuidado em parceria com os serviços de saúde e o restante da rede socioassistencial (BRASIL, 2012b).

⁶⁹ O agente social é “o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se ainda que este profissional tenha preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua” (BRASIL, 2012a, p. 14).

Nem todos os profissionais do CR, entretanto, tem a noção desse papel importante que a equipe tem. Esse é um ponto que merece maior atenção e engajamento por parte da equipe. Uma das profissionais faz essa denúncia, crítica, afirmando que:

eu dependia de toda a rede. Literalmente.... Uma andorinha não faz verão. Tu precisa, quando tu lida com pessoas muito adoecidas. De uma avaliação médica, de uma avaliação psicológica, psiquiátrica... Que vai pra além do teu núcleo profissional e das pessoas que estão ali. E aí percorrendo essa rede, veio a pior dureza de todas... Que é a negligência, então, dos teus colegas, assim.... Resistência e negligência. E que quando tu vai pedir esse apoio, as pessoas não querem atender aquele sujeito. Ou atendem, com restrições... Atende de porta aberta, tem que entrar um técnico junto porque se tem medo que o usuário seja desrespeitoso com a doutora, tá muito alcoolizado e não tem condições de entrar nesse serviço... Profissionais que não tratam algumas necessidades de saúde como necessidade básica no seu espaço, como tuberculose... Tive usuário que eu pedi apoio pra olhar o RX, pra me dar uma ajuda: - Isso não é a minha função. Olhar o RX, interpretar, e a médica me disse, então, que não sabia, que era pra mim procurar a CRTB. Então um percurso muito duro, quando tu tá só.... E aí que percebi que o grande problema é a rede, sabe. Um dos grandes nós é essa rede, então, que não quer essa pessoa, em situação de rua. Simplesmente ela não quer. E me incomodou bastante, assim. Então assumi uma postura assim de... de abrir a rede, de abrir espaços, de abrir... alguns fluxos que facilitassem o nosso trabalho e a necessidade do usuário. Então algumas conquistas tivemos, mas tudo assim, muito dialogado. Um embate muito intenso, assim, pra conseguir. E tudo se conseguiu na lógica da rede quente. Na verdade. Nenhum fluxo foi desenhado, nenhum fluxo foi escrito... Então a rede quente, com coordenador 'x', com serviço tal, com fulano de tal. Então a gente conseguiu abrir algumas portas flexíveis... pra conseguir se dar conta da necessidade. E aí se pensou... eu pensei assim, a rede quente, ela é frágil. É uma rede relacional entre os trabalhadores. Quando eu não tiver mais aqui, quando o outro não tiver do outro lado, as pessoas que entram desconhecem essa rede. (SÍLVIA L.).

Vemos, portanto, dificuldades e avanços com a rede, mesmo que sejam fluxos traçados de maneira informal. Talvez esse seja ainda um dos grandes desafios desta equipe: desenhar essa rede, pactuar esses fluxos que ainda estão no “boca a boca”, na base das boas relações estabelecidas entre um profissional e outro. O desenho dessa linha de cuidado é fundamental e poderá contribuir nas ações a serem desenvolvidas para efetivar as políticas integradas para o cuidado dessas pessoas, conforme apontou o relatório sobre o uso de crack e similares no Brasil (Anexo C). À essa (des)articulação com a rede e as dificuldades da equipe somam-se as complexas situações que envolvem mulheres gestantes usuárias de drogas em situação de rua e as violências de gênero e sexualidade, nosso segundo ponto.

2) Violências de Gênero e Sexualidade e as Políticas sobre Drogas

Em um dos dias em que estávamos no Parque da Redenção, fazendo abordagem na rua, chegou um casal empurrando um carrinho rosa de criança, com a filha deles, que deve ter entre um ano e meio e dois anos de idade. A mulher, grávida, faltando uma semana para completar o período gestacional. Sílvia L. e Ignácio B. dedicaram um bom tempo para o cuidado dessa

mulher. Perguntaram onde ela está ficando com a filha e o companheiro, se ela não estava caminhando demais, se ainda estava sentindo muitas dores nas costas... enquanto o médico conversava com ela, Sílvia L. pegou a criança no colo. Fiquei olhando para aquela menina, linda, afetuosa, olhava-nos e sorria, fazia carinho e dava beijos no rosto de Sílvia L. e depois em mim. A criança parecia estar muito bem cuidada, limpa, bem alimentada. Nesse momento me pego pensando nos meus próprios preconceitos com essas pessoas. Parece que fiquei procurando sinais na criança para poder “confirmar” que aquela mulher não era uma “boa mãe”. Ficava me questionando: como conseguem viver na rua, dormir em albergues e cuidar bem da menina? E agora, com mais um filho? Como vai ser?

Esses questionamentos ficaram mais fortes ainda na minha cabeça quando escutei a conversa de Ignácio B. com a mulher. Ela ainda não havia agendado a cesariana no Hospital de Clínicas, hospital onde ela teve sua primeira filha e onde, segundo ela, foi muito bem tratada. O médico demonstrou preocupação com a situação, pois se o parto não for normal e ela não agendou a cesariana, o parto pode demorar a acontecer e trazer complicações para o bebê. O companheiro dela se comprometeu a ir agendar a cesariana com ela, e disse que “ela é muito teimosa” [SIC]. Enquanto isso, a menina continuava brincando com a Sílvia L. Fiquei mexido com aquela cena, revendo preconceitos que eu não lembrava que existiam dentro de mim. Eu estava reproduzindo o que alguns autores chamam de “hierarquias reprodutivas”: hierarquizando, numa escala das mais aptas as menos aptas, e classificando quem pode ser e quem não pode ser uma boa mãe. Uma mulher, negra, pobre, usuária de drogas e moradora de rua: quantos marcadores sociais em uma mesma pessoa. Marcadores pautados em fortes estigmas sociais.

A gestação na rua, ainda mais associada ao uso de drogas, é considerada como um pré-natal de alto risco⁷⁰ (BRASIL, 2012a), conforme sugere o fluxograma do pré-natal (Anexo D). Sugere-se que a equipe do CR construa uma lista com os problemas identificados, para ajudar na condução do caso. Nessa avaliação, são fundamentais os fatores de cuidado à saúde (gravidez

⁷⁰ O Ministério da Saúde, através das Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack, recomenda que as mães não usem nenhum tipo de droga durante a gestação e o período de amamentação. A real extensão dos danos que o uso de crack pode causar na gravidez é ainda amplamente debatido e sem consenso. Por serem raros os estudos longitudinais, torna-se difícil avaliar os efeitos a longo prazo. Outro fator que dificulta a avaliação dos efeitos do crack na gestação e nos bebês é o uso concomitante de outras drogas, bem como as impurezas encontradas nas drogas consumidas e vendidas nas ruas. Embora se afirme que os bebês são pouco responsivos, facilmente irritáveis, com dificuldades nas interações e que podem nascer com baixo peso e desnutridos, não há consenso sobre a presença da crise de abstinência e de danos permanentes (CAMARGO; MARTINS, 2014). Em muitas das conversas que tive com Sílvia L., ela sempre disse que, pelas experiências que teve, não há comparação entre os danos causados pelo álcool e o tabaco em relação ao crack, sendo os primeiros muito piores. Segundo a profissional, “já vi muitos bebês de mulheres usuárias de crack nascerem gordos e saudáveis” [SIC].

na adolescência; ausência de pré-natal adequado; HIV positivo e com abandono de tratamento; descoberta de sífilis gestacional; crescimento fetal adequado; anemia; queixas urinárias; etc.), bem como os fatores emocionais (resistência em aceitar a abordagem da equipe; sinais de irritabilidade, agitação psicomotora, vontade de usar drogas, sintomas depressivos, dentre outros), possibilitando à equipe a captação precoce da gestante para o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação, ofertando testes rápidos (gravidez, HIV e sífilis) à mulher e ao seu parceiro e qualificando o olhar na atenção ao pré-natal (BRASIL, 2012a).

Como já refletimos um pouco no capítulo anterior, as questões de gênero complexificam o problema do uso de drogas. O consumo de drogas ilícitas entre as mulheres traz consigo uma carga emocional negativa, pois está relacionado tanto com a consideração de que o consumo de drogas é um comportamento socialmente desviante, quanto com os papéis social e culturalmente atribuídos à mulher – mãe, esposa e cuidadora da família. Quando usuária de drogas, a mulher está duplamente contrariando as normas sociais (OLIVEIRA; PAIVA, 2007). Quando usuária de drogas, em situação de rua e gestante, essa mulher encontra inúmeras resistências e reprovações. Por serem uma minoria [não apenas numérica], as mulheres que vivem nas ruas estão expostas a diversas formas de violência (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; COSTA et al., 2015) – como a mulher que foi queimada por se negar a trocar sexo por crack com um homem na rua.

Frangella (2004) aponta que, para sobreviver a tais exposições, as mulheres que estão em situação de rua desenvolvem diferentes estratégias, sendo duas as mais comuns. Na primeira, as mulheres resolvem incorporar o papel ideal da mulher, tornando-se “parceiras fiéis e dóceis, prontas às práticas sexuais” (FRANGELLA, 2004, p. 197). Ao assumir esse papel, essas mulheres tendem a se ligar a um parceiro que, em contrapartida, deve assumir o lugar de provedor e protetor. Nesse lugar, elas também se expõem mais à infecção de HIV e sífilis, por exemplo, por serem submissas à vontade do parceiro (OLIVEIRA; PAIVA, 2007). Neste caso, conforme pude observar no cotidiano das ruas, a gestação também atua como um fator protetivo: um grupo de pessoas, na maioria homens, se compromete a proteger a mulher e o bebê. Além disso, as pessoas, transeuntes, mobilizam-se e ajudam mais nos casos em que a mulher está grávida. Escutei também, de várias pessoas em situação de rua, que a gravidez, para aquelas que se prostituem, é um elemento que encarece o programa – “muitos homens têm tara por mulheres grávidas” [SIC], disse-me um homem no Parque da Redenção.

A segunda estratégia mais comumente utilizada é a solidão, optando por adotar uma postura forte e agressiva com relação aos homens com quem convivem. São mulheres muito agressivas, que chegam a utilizar facas e outros instrumentos para se proteger da aproximação

de homens, impedindo a apropriação de sua condição feminina. Com uma performance corporal exacerbada, elas marcam as fronteiras do seu isolamento, muitas vezes não sendo possível distinguir se tais comportamentos (movimentos de mãos, olhos arregalados, voz alta) são sintoma de algum distúrbio mental ou uma manifestação de defesa (FRANGELLA, 2004). Acompanhei uma consulta de pré-natal de alto risco, de uma mulher forte, agressiva, quase sempre sozinha nas ruas catando materiais recicláveis. Ela tem um parceiro igualmente agressivo, que mora em uma cidade da região metropolitana, para onde vai apenas aos finais de semana. Durante a semana, ela passa os dias catando materiais e, à noite, após fumar duas pedras de crack [sim, para ela, o crack “acalma e faz dormir”], consegue dormir próximo a um viaduto, sentindo-se protegida pelos taxistas que passam a noite em seu ponto.

É muito difícil ganhar a confiança desta mulher. Na consulta que acompanhei, junto ao CTA da Unidade Santa Marta, entendi porque se tratava de um pré-natal de alto risco. Além da situação de rua e do uso de crack, ela foi diagnosticada em fase inicial de tuberculose, é soropositiva e tem sífilis gestacional. Ela se negava a tomar os antirretrovirais porque “o pastor da igreja disse que Deus vai me curar. E eu tenho fé!” [SIC]. Muito articulada com as palavras, ela se esquivava o tempo todo das intervenções da médica infectologista, que fez um atendimento muito acolhedor e com muita paciência diante das resistências da mulher. Quando a mulher percebeu que estavam desconfiando do tempo de gestação, ela, em tom forte e agressivo, disse: “só porque moro na rua e uso crack tu acha que eu não conheço meu corpo? Sei quem é o pai e sei a última vez que menstruei. Conheço meu corpo” [SIC]. Após uma longa conversa, ela aceitou tomar os antirretrovirais, para deixar que “a medicina ajude a igreja a cuidar dela”. Essa fala da médica foi interessante, porque em nenhum momento ela se colocou em posição de enfrentamento com a fé e a igreja que a mulher frequenta, mas apresentou a “medicina” como um complemento. Essa história demonstra um pouco da complexidade e da dificuldade em discutir esse tema. No grupo de discussão com os profissionais do CR, esse debate foi muito intenso, com opiniões diferentes sobre a “gestação nas ruas”, conforme vemos no trecho transcrito abaixo:

A – mas aflora a maternidade, mas tem que tentar lidar, tem meninas, a S. é uma, então tu tenta explicar pra ela que ela tem direito a ser mãe, mas que nesse momento teria que ter uma organização e que na rua não se permite criança, e isso é um poder do estado, por isso que a gente não enxerga criança na rua, tu vai dentro de uma comunidade tem criança estourando na rua, mas pelos bairros não, tá tudo lá ou está dentro de uma instituição, mas não se vê mais embaixo do viaduto, morando na rua. Mas se ela diz que quer ser mãe, isso tem que ser respeitado. E aí o nosso trabalho é de repente dar caminhos dentro da rede para possibilitar isso de uma maneira que ela não tenha essa criança e fique embaixo do viaduto, porque aquilo não vai ser permitido. Mais cedo ou mais tarde. [...].

B - ...e isso passa por uma discussão de que as pessoas têm desejos, e que as vezes os desejos delas não é o que a gente gostaria, e não é o que a gente espera. As pessoas desejam, as pessoas desejam usar drogas, as pessoas desejam ter filhos na rua, as pessoas desejam enfim muitas coisas... [...].

C - ...mas, daí ela não acaba com a vida dela, ela acaba com a vida de uma criança e eu acho que deveria de existir sim, entendeu, deveria de ser na marra, pra mim tinha que ser na marra, não vai ter filho, vamos aplicar [referindo-se ao anticoncepcional injetável] e pronto, tá em situação de vulnerabilidade, tu estás prejudicando outra vida, porque a pessoa que gosta de ficar na rua, tu pode dar teto pra ela, ela vai vender pra vir pra rua. Tu podes dar casa e ela vai vender e vai vir pra rua, porque o instinto dela é na rua. (GRUPO DE DISCUSSÃO)

Antes de mais nada, vemos na última fala uma naturalização muito grave: o instinto dela é na rua. Será que se trata de instinto? Lembro-me do que Fernando P. disse na entrevista e em algumas de nossas conversas – como alguém pode sentir falta daquilo que nunca teve? Se a pessoa só conhece a miséria, a pobreza, a violência, como vai sentir falta de uma vida boa? Embora o foco não seja esse, é importante considerarmos a opinião da profissional, que não consegue lidar com a situação da gestação nas ruas. O debate se torna tenso e confunde duas questões: uma é o direito que essa mulher tem de engravidar; a outra é, já estando grávida, como o CR pode acolher essa mulher da melhor forma possível.

A primeira questão é fundamental e nos remete ao plano dos direitos sexuais e reprodutivos (MATTAR; DINIZ, 2012), que não iremos nos deter aqui. A segunda nos coloca no plano da maternidade exercida dentro do contexto dos direitos humanos (DINIZ, 2000; MATTAR; DINIZ, 2012). Nesse sentido, o CR, juntamente com as redes (de saúde, assistência social, atenção psicossocial), deve garantir o direito humano à maternidade voluntária, segura, prazerosa e socialmente amparada. Parece-me ser do interesse dessa equipe garantir, principalmente, essa maternidade socialmente amparada, sendo

Aquela maternidade que não é mera responsabilidade individual da mulher, mas do casal, da família e da sociedade, que recebe aquele novo cidadão ou cidadã na plenitude dos direitos. É a maternidade vista e entendida como trabalho social. Os direitos das mulheres são inseparáveis dos direitos das crianças e não há, a priori, nenhuma incompatibilidade entre eles. Isto implica a defesa dos direitos da maternidade, desde a assistência pública e gratuita de boa qualidade, passando pela saúde no ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas. (DINIZ, 2000, s/p.).

Entretanto, como vimos no debate acima, essa inseparabilidade entre os direitos das mulheres e os direitos das crianças não é consenso entre os profissionais da equipe. Ainda mais quando estamos falando de uma mulher usuária de crack. Além de se afastar do ideal de mulher, de ser desviante em função de estar na rua e usar drogas, essa mulher grávida também afronta o ideal de maternidade em nossa sociedade, levando-nos a pensar no que Mattar e Diniz (2012) denominaram de “hierarquias reprodutivas”. Através das hierarquias reprodutivas, postulamos

um modelo ideal de exercício da maternidade e/ou da reprodução e cuidado com os filhos. Trata-se de um sistema de hierarquização pautado em representações sexistas, generificadas, classistas e homofóbicas; ou seja, é um modelo excludente e discriminatório. Só que esse modelo ideal não é a realidade de muitas mulheres, como essas que acompanhamos no CR. Temos que ficar atentos, pois

A somatória e a interação entre os diferentes aspectos da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade. Quanto maior o número de aspectos ditos negativos presentes na mulher ou no casal, ao exercitarem maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica e, ainda, menor será o exercício de direitos humanos – o que revela, a exclusão social a que estão submetidos. O mesmo vale no sentido oposto: quanto maior o número de aspectos vistos como ‘positivos’ que uma mulher e/ou casal tenha, mais valorizada será a maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, bem como mais frequente o exercício de seus direitos humanos. Assim, são inúmeras as possibilidades analíticas para se pensar uma hierarquia reprodutiva, em que existem maternidades (e paternidades) mais prestigiadas e respeitadas, enquanto outras podem ser consideradas ilegítimas, subalternas ou marginais, fonte de preconceito, discriminação e violação a direitos. Esta hierarquia está fortemente vinculada à hierarquia das práticas sexuais, porém a extrapola em sinergias perversas com outras formas de opressão e discriminação. (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 114-115).

Essas outras formas de opressão e discriminação, ou os fatores que perpassam transversalmente essa hierarquia e aceitação social, como pontuam as autoras, são a raça, classe, geração/idade e parceria sexual. Dessa forma, a maternidade ideal e mais aceita socialmente é a de mulheres brancas, de classe média e alta, com idade entre 20 e 35 anos, heterossexuais e, de preferência, com parceiros fixos (MATTAR; DINIZ, 2012). Tudo o que foge desses padrões vai empurrando para a base da pirâmide. Ou seja, a mulher que acompanhei o pré-natal ocupa um dos piores lugares nessa hierarquia: pobre, negra, catadora de materiais recicláveis, em situação de rua, usuária de crack, soropositiva, com diagnóstico de tuberculose e sífilis, e com um companheiro estável, mas agressivo e também usuário de drogas.

Por isso o desafio em acompanhar essas mulheres é enorme e requer um exercício constante de desconstrução das nossas representações sobre maternidade, pessoas em situação de rua, mulheres e uso de drogas. Se não desconstruirmos tais representações, estaremos correndo o risco de reproduzir práticas de recolhimento onde se deveria acolher: propondo aplicar anticoncepcionais “na marra” [SIC]. Uma esterilização compulsória. Os casos acompanhados são muito heterogêneos. Desde mulheres que querem ser mães e significam a maternidade como algo muito positivo em suas vidas até mulheres que já tem 9, 10 filhos, todos sendo cuidados por familiares ou em instituições para adoção, e não parecem se importar nem um pouco com o filho que está por nascer. “Será só mais um” [SIC], como escutei de uma mulher. Nesses casos, talvez, há uma incompatibilidade entre os direitos das crianças e os

direitos das mulheres. De toda forma, esse é um tema, assim como tantos outros, em que não é possível generalizar e adotar estratégias uniformes. Trata-se de uma discussão séria e acredito que o conceito de “hierarquias reprodutivas” pode contribuir muito para a desconstrução desses ideais e para a efetivação de práticas de acolhimento com as mulheres gestantes usuárias de crack (ou outras drogas).

Por fim, um ponto negligenciado não apenas pelo CR, mas pela rede como um todo. Os serviços da RAPS, incluindo aqui o CR, vêm demonstrando um grande esforço em acolher pessoas que usam drogas. Acolhe-se a pessoa, pensa-se em estratégias de cuidado e continuidade do tratamento. Mas acho que ainda não temos conseguido discutir abertamente a questão do acolhimento à diversidade sexual e de gênero. Das seis entrevistas realizadas com usuários do CR, três delas foram com pessoas que não se sentem acolhidas nos diversos espaços de saúde e assistência social do município: Pedro A., Oscar W. e Luma N.

Pedro A., 40 anos, conta-nos uma triste história. Natural de uma cidade do interior do Estado, veio morar em Porto Alegre ainda muito jovem por ter sido expulso de casa pelo fato de ser homossexual. Aqui, ele conhece um homem, um pouco mais velho, e começam a se relacionar. Esse homem pagou um curso de cabeleireiro para que Pedro A. pudesse ter uma profissão. Após estar trabalhando e morando junto com o companheiro há muitos anos, ele vem a falecer em decorrência de uma doença oportunista – junto com a morte do companheiro, descobre ter sido infectado pelo HIV, já tendo adquirido a doença em função dos anos sem tratamento. O apartamento em que moravam e o carro que ele estava pagando com o próprio dinheiro [o financiamento apenas havia sido feito em nome do companheiro, pois este tinha como comprovar maiores rendimentos] ficaram com a família dele. Pedro A. ficou sem nada, restou-lhe a rua. Na rua, conheceu o crack e a prostituição. Diz sofrer muito preconceito de outros moradores de rua pelo fato de ser homossexual. Diz sentir-se à vontade apenas no CR, porque já foi “maltratado em outros serviços de saúde por ser gay e morador de rua”.

Oscar W., 19 anos, tem uma história de vida muito difícil. A mãe presa, acusada de tentar matar Oscar W. e outro filho, usuária de crack. O pai ele não conhece. Perambulou por casas de tios, familiares e de um casal que tentou adotá-lo. Ele refere que, “pelo jeito bom” dele, foi abusado por muitas pessoas. Abusado em dois sentidos. Na casa desse casal que o havia adotado, ele conta que era tratado como um empregado da casa e recebia muitos xingamentos. Na casa de um dos familiares, referiu implicitamente ter sido abusado sexualmente. Quando o encontrei pela última vez, ele estava com Luma N., que o “adotou nessa vida de rua” [SIC]. A própria Luma N. disse que ele é muito jovem para ficar sozinho nas ruas e que ele precisa de proteção. No dia em que entrevistei os dois, eles estavam indo para a praia,

na casa de uma amiga de Luma N., “passar um tempo” [SIC], pois Oscar W. havia sido abusado no albergue por um morador de rua e, como foi denunciado, sofre ameaças de agressões e morte. Luma N., referindo-se a uma de suas tentativas de ser atendida em um serviço de saúde, faz um desabafo:

eu não fui atendida porque eu sou homossexual. Ali em Canoas. E o pronto socorro dali, também, a UPA, não atende homossexual. [...]. Me disseram pra mim, que ali não atende homossexual. Que eu tinha que procurar um lugar específico pra travesti, isso que eu não sei onde que seria esse lugar específico. Eu acho que não interessa o que tu é na vida, não existe um lugar específico só pra travesti, ainda mais um hospital, ou um Posto de Saúde, ainda mais porque é direito de todos. É direito de um ser humano de ir, mas lá em Canoas, a moça que me atendeu, a enfermeira, disse que lá não é o lugar específico para mim. Que um lugar específico era um lugar que era pra travesti. Mas até hoje eu não conheço um lugar específico pra travesti. Que a travesti tem o direito dela de ir num lugar. Não existe isso. Por isso que eu não procuro, por mais que eu esteja doente não procuro médico. [...] A gente não direito de procurar um serviço. Se tu notar, é raro tu ver um travesti trabalhando numa loja, trabalhando num supermercado, trabalhando num banco. Agora, se tu vê na rua, tu vê vários travestis varrendo rua, entendeu. Porque querendo ou não, é um diminutivo de todas nós. A gente tem duas escolhas, na vida: ou a gente se prostitui ou a gente varre rua. Eu já trabalhei em cooperativa de reciclagem, não fui bem aceita como travesti. Entendeu. Porque era um bando de homem e eu trabalhava na mesa como rejeiteira – que é o pior serviço que tem, junto com um rapaz que carrega muito peso. Então, o lugar que tem pra eu me sentir bem é fazendo programa. Entendeu. Que a vida de programa de droga, então o único lugar pra me sentir bem mesmo, é usando droga e se prostituindo. Porque na sociedade brasileira, a droga tira aquela característica da gente de ver o mundo, como ele é de verdade. Que a droga ilude. A droga te dá, tu não tá nem aí, quando tu fuma, quando tu tá com ela na mente, tu sai, tu não tá nem aí pros outros, tu quer fumar, tu quer beber, tu quer fazer e acontecer, tu não tá nem aí. Mas quando tu tá fora dela, tu cai na real, realmente, de como é a vida. Como ela é, entendeu?. (LUMA N.).

As histórias brevemente narradas aqui, mostram-nos que, mesmo que tenhamos, no Brasil, algumas garantias em termos de legislação para mulheres e para a população LGBT, sabemos que a lei, como a Portaria 1.113 de 2013, que garante o uso do nome social por travestis e transexuais em serviços de saúde de Porto Alegre, não é suficiente para o enfrentamento das violações de direitos humanos e nos desrespeitos sustentados nas relações e estereótipos de gênero e de sexualidade. Apesar dos avanços, como o representado pelo projeto “Garantia de Acesso - Atendimento à diversidade”, que tem como objetivos esclarecer, desconstruir preconceitos e problematizar as discriminações relacionadas às identidades de gênero e pessoas travestis e transexuais (conforme reportagem apresentada na figura 22), vemos ainda perpetuarem-se práticas de discriminação, preconceito e revitimização nos serviços de saúde e assistência social.

Figura 22 - Projeto da Saúde sensibiliza servidores na luta por igualdade

Foto: Divulgação PMPA



Objetivo é esclarecer questões relacionadas às identidades de gênero

Nesta sexta-feira, 29, é comemorado o Dia Nacional da Visibilidade Trans, data que marca a luta pelos direitos humanos, respeito à identidade de gênero e pelo fim do preconceito e discriminação. Trabalhando para que esses direitos sejam assegurados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Área Técnica DST/Aids e hepatites virais tem realizado várias ações de conscientização junto à população e capacitações para os servidores da área da saúde.

Desde janeiro de 2014, a área técnica vem desenvolvendo o projeto Garantia de Acesso - Atendimento à diversidade cujos objetivos são esclarecer questões relacionadas às identidades de gênero, desconstruir os preconceitos em relação às pessoas travestis ou transexuais, questionar as discriminações por identidades de gênero e orientação sexual não hegemônicas e diminuir a transfobia, qualificando o atendimento.

A partir do atendimento dado a uma usuária travesti, a área técnica avalia o modo como o acolhimento foi realizado e posteriormente apresenta os resultados à coordenação e demais servidores durante a capacitação. A usuária travesti é interpretada por uma atriz que realiza performances mantendo sua real identidade oculta. Até agora, 41 unidades já passaram pela avaliação.

Além de promover debates sobre as finalidades do SUS e atendimento humanizado, as capacitações orientam o uso do nome social por travestis e transexuais, conforme regulamentação da Portaria 1.113, assinada em 3 de setembro de 2013. Idealizador do projeto e técnico da área técnica DST/ Aids e hepatites virais, Cláudio Nunes, destaca a importância da união de esforços em torno da causa. "É importante a desconstrução de preconceitos que, rotineiramente, acompanham as pessoas trans, e esta iniciativa, que completa dois anos, é um desafio para nós que trabalhamos com saúde, no sentido de tornar nossos serviços mais acolhedores e receptivos a população trans", afirma.

Dia Nacional da Visibilidade Trans - O ano de 2004 foi um marco para o movimento de travestis e transexuais no Brasil: em parceria com o Ministério da Saúde, as travestis criaram a primeira campanha nacional voltada para esse público. A partir de então, o dia 29 de janeiro passou a ser reconhecido pela população LGBT como o (então) dia da Visibilidade das Travestis. Em 2004, a primeira campanha centrou-se no reforço a atitudes de respeito e de inclusão social para esse segmento da população.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2016).

Devemos, portanto, atentar para as possíveis dificuldades que pessoas como Luma N., Oscar W. e Pedro A. tem de acessar bens e serviços em função do preconceito e da discriminação em virtude da construção identitária de gênero. Por isso, “é fundamental desenvolver trabalhos educativos e informativos sobre os direitos da população LGBTTT⁷¹ junto às instituições sociais, bem como propiciar espaços coletivos de fortalecimento e apropriação de seus direitos às travestis e pessoas trans” (GUARANHA et al., 2015, p. 185)⁷². Como nos diz Keila Simpson (2015, p. 9-11):

⁷¹ Sigla correspondente a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

⁷² Como não é meu intuito aprofundar o debate aqui, aponto para a leitura do trabalho de Guaranha et al. (2015). Nesse capítulo buscamos oferecer “subsídios práticos que podem auxiliar na realização do acolhimento de mulheres em situação de violência e pessoas LGBT. No entanto, mais do que oferecer uma “receita” de como devem acontecer tais acolhimentos – até porque o ato de acolher é, em última instância, uma postura de disponibilidade e de encontro com o outro –, aqui buscamos trazer alguns elementos para que cada um/a, em cada momento de encontro com a pessoa que busca auxílio, possa estabelecer relações pautadas pela ética e pela promoção e ampliação das possibilidades de vida” (GUARANHA et al., 2015, p. 181).

Travestis e transexuais sempre estiveram na ponta de lança dos preconceitos e das discriminações existentes no Brasil com a população LGBT. Isso ocorre porque essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de trans, esse estranhamento se traduz em assassinato dessa população. [...] Alguém escreveu uma vez que a aids trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícilmo incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação. O processo de automedicação acontecia porque elas já sabiam que seriam discriminadas nos serviços. Por esse motivo, nem procuravam os serviços de Saúde para constatar a veracidade da informação.

O relato de Simpson (2015) evidencia que, historicamente, tanto a sociedade de um modo geral, quanto os serviços de saúde acabam atuando em perspectivas heteronormativas, compreendendo as práticas e relações heterossexuais como “dadas, compulsórias e naturais, e onde algumas características são desejadas, esperadas e ensinadas para os dois únicos gêneros compreendidos na lógica binária feminino/masculino” (BOHM, 2009, p. 18). Ou seja, tudo o que escapa à lógica binária feminino/masculino e da heteronormatividade⁷³ é considerado estranho, anormal. E é justamente nesse sentido que as estratégias ideológicas presentes nesses discursos podem estar colaborando no estabelecimento e/ou manutenção de relações de dominação, pois isso inviabiliza a conquista de direitos e o reconhecimento das pessoas LGBTTTT como qualquer outro cidadão.

A heteronormatividade, ao legitimar e hierarquizar corpos, identidades e práticas sexuais, acaba definindo aquilo que Gayle Rubin (1984) chama de “sexo bom” e “sexo ruim”. O “sexo bom” é o normal, natural, saudável e suas práticas são heterossexuais, dentro de um casamento monogâmico, com fins de reprodução. Já o “sexo ruim” é o anormal, “não-natural”, doente e corresponde às práticas sexuais dos travestis, transexuais, fetichistas, sadomasoquistas,

⁷³ Para abordar a heteronormatividade, precisamos pensar em dois termos que comumente são aplicados de maneira universal: a “heterossexualidade” e a “homossexualidade”. Weeks (2010) nos indica que esses termos foram inventados e que são sinais de mudanças mais amplas na sociedade, sendo crucial para a delimitação e definição moderna da sexualidade. Nesse sentido, “uma definição mais aguda de ‘heterossexualidade’ como sendo a norma foi forçada precisamente pela tentativa de definir a ‘homossexualidade’, isto é, a forma ‘anormal’ da sexualidade” (WEEKS, 2010, p.61). Seguindo o mesmo autor, os dois termos foram cunhados por Karl Kertbeny em 1869, como uma tentativa de colocar na pauta política da Alemanha a questão da reforma sexual, em particular, a revogação das leis antissodomitas. Entretanto, em vez da homossexualidade ser descrita como uma variante benigna da normalidade, como pretendia Kertbeny, ela se tornou nas mãos de sexólogos como Krafft-Ebing uma descrição médico-moral e patológica. Ao catalogar a variedade de práticas sexuais e estipular o normal, a heterossexualidade (pensada invariavelmente no singular) acabou sendo instituída e vivenciada como a única possibilidade legítima (e natural) de expressão identitária e sexual – é o que se denomina de heteronormatividade (JUNQUEIRA, 2007). A partir da institucionalização da heterossexualidade como norma, as homossexualidades tornam-se desvio, crime, aberração, doença, perversão, imoralidade, pecado, etc.

entre outros. Como uma prática é considerada boa e a outra ruim, legitima-se e justifica-se os sentimentos hostis, como aversão, desprezo, ódio, desconfiança ou medo em relação a pessoas homossexuais ou assim identificadas. Assim, seriam indícios de homofobia “o ato de se evitarem homossexuais e situações associáveis ao universo homossexual, bem como a repulsa às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo” (JUNQUEIRA, 2007, p.4).

Ao buscar conferir outra espessura para o conceito de homofobia, que não essa atrelada ao discurso clínico, a tônica deixa de ser posta na “fobia”, enfatizando situações e mecanismos sociais relacionados a preconceitos, discriminações e violências contra homossexuais, bissexuais e transgêneros, seus comportamentos e estilos de vida (JUNQUEIRA, 2007). Com essa abertura do conceito, a homofobia passa a ser concebida como fator de restrição de direitos de cidadania, educação, saúde, trabalho, segurança e direitos humanos.

Desta maneira, falar de travestilidade e transexualidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é trazer à tona questões que há pouco tempo eram desconhecidas por grande parte de acadêmicos, da população em geral e dos profissionais de saúde (SIMPSON, 2015). Os termos travestilidade e transexualidade foram criados, introjetados e sustentados pelo movimento social organizado para afirmar uma questão identitária, de um modo de viver e de construção de cidadania através da garantia do direito ao acesso à saúde, por exemplo. Por isso, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT oportuniza a construção de ações para que essas pessoas consigam, de fato, acessar os serviços do SUS e buscar o cuidado em saúde que leve em consideração as especificidades d@s travestis e transexuais.

Muitas foram as histórias narradas, muitos foram os estranhamentos, muitos foram os desassossegos. Encerrando esse capítulo, concordo plenamente com a reflexão de Londero, Ceccim e Bilibio (2014, p. 254):

São estranhas as histórias de vida na rua e suas necessidades de saúde também. O CR, ao acolher, em exercício de alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se têm respostas prontas e pelas quais somos significativamente arrastados para fora de nossa zona de conforto do diagnóstico e recomendações ao autocuidado no domicílio. A rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente. O CR mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos.

Todos esses estranhamentos, desassossegos e tensionamentos, vividos no cotidiano das ruas, do Consultório na Rua, do CAPS AD, da RAPS, de profissionais e usuários, fazem-nos repensar o lugar do acolhimento, enquanto conceito, enquanto prática. Acolher o usuário de drogas na rede é, também, promover resistências e contra-ações às práticas de colhimento,

encolhimento e recolhimento. Temos muito a caminhar, mas como vimos, muito tem sido feito. Usuários e profissionais, ou melhor, pessoas acolhendo e sendo acolhidas cotidianamente nas ruas e nos serviços da nossa Porto Alegre.

PARTE III - SOBRE OS SABERES CONSTRUÍDOS NOS E ATRAVÉS DOS ENCONTROS - IMPLICAÇÕES PARA A NOÇÃO DE ACOLHIMENTO E A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PENSANDO OS DESASSOSSEGOS

Viver é ser outro. Nem sentir é possível se hoje se sente como ontem se sentiu: sentir hoje o mesmo que ontem não é sentir – é lembrar hoje o que se sentiu ontem, ser hoje o cadáver vivo do que ontem foi a vida perdida.

Apagar tudo do quadro de um dia para o outro, ser novo com cada nova madrugada, numa revirgindade perpétua da emoção – isto, e só isto, vale a pena ser ou ter, para ser ou ter o que imperfeitamente somos. [...].

Nunca houve esta hora, nem esta luz, nem este meu ser. Amanhã o que for será outra coisa, e o que eu vir será visto por olhos recompostos, cheios de uma nova visão. (PESSOA⁷⁴, 1986).

Chegamos, enfim, à última parte desta tese. Trilhamos e sentimos os desassossegos, agora propomos o exercício de pensá-los. Embora Fernando Pessoa nos advirta que “sentir hoje o mesmo que ontem não é sentir – é lembrar hoje o que se sentiu ontem”, penso que lembrar e relembrar é também sentir, mesmo que de outra forma, sendo *outro*. Após discutirmos as práticas de re-en-colhimento, no Consultório na Rua, na Área Técnica de Saúde Mental e no CAPS AD, vamos, no próximo capítulo apresentar algumas reflexões sobre o acolhimento, esforçando-se para sintetizar tudo o que foi vivido, sentido e pensado nos três contextos analisados. Neste capítulo, proponho também aquilo que, ainda de forma incipiente, estou denominando de “condição de acolhimento”.

No sétimo e último capítulo, vamos revisitar a Teoria das Representações Sociais, mas dessa vez não para apenas recapitular os aspectos históricos e conceituais da teoria, mas para, em alguma medida, repensá-la. Através de autores como Foucault, Deleuze, Guattari, Hannah Arendt, Spinoza e Lévinas, pretendo operar com o sentimento de desassossego e caminhar juntos com autores (Sandra Jovchelovitch, Ângela Arruda, Denise Jodelet, Caroline Howarth) que já vêm refletindo sobre o potencial crítico da TRS e a dinamicidade das representações sociais. Na conjunção entre as experiências que tive com a pesquisa e as leituras que fiz ao longo desses quatro anos de doutorado, proponho algumas reflexões e ideias ainda tímidas, tateando por uma teoria e um campo a ser construído.

⁷⁴ Em *Livro do Desassossego*, composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa.

6 DO RE-EN-COLHIMENTO À CONDIÇÃO DE ACOLHIMENTO

Historicamente, muitas das práticas em saúde têm partido da noção de um sujeito a-histórico, naturalizando aspectos sociais e psicológicos dos problemas e fenômenos encontrados cotidianamente. Os ditos aspectos “subjetivos” são tomados a partir de substancialismos, privilegiando o sujeito e sua “personalidade”, produzindo estratégias e intervenções deslocadas do contexto social em que as pessoas estão inseridas. Tomando como um desafio a constituição do coletivo em meio às forças privatizantes no campo das políticas sociais e a aposta na produção do comum nas práticas em saúde, Barros e Pimentel (2012, p. 6) nos ajudam a compreender que os “processos de subjetivação são múltiplos, heterogênicos e podem resistir às diferentes tentativas de modulações que caminham rumo à homogeneização das formas de existência”. Esta aposta na invenção de outros modos de existir no mundo, que não sejam pautados em práticas privatizantes, impele-nos a acompanhar a sugestão das autoras em, ao invés de pensar em sociedade, pensar em coletivos como plano de forças que não se confunde com a noção de social ou de sociedade. Coletivo, aqui, como exercício de composição, um trabalho constante, nunca dado de uma vez por todas, de construção de um mundo comum (ROMANINI; DETONI, 2014).

Os valores, ideias e sentidos que possuímos e/ou construímos ganham um registro singular, tornando-se matéria prima para a expressão dos afetos ou fluxo de afetos (SPINOZA, 2013) em cada um dos encontros vividos pelas pessoas, vividos por mim nessa pesquisa e vividos cotidianamente por profissionais e usuários da RAPS. A produção de subjetividades, da qual cada sujeito é um efeito provisório, é sempre um processo aberto, um fluxo, e produzir saúde, nesse sentido, é sempre produzir vida, produzir subjetividades. A difusão desses modos de subjetivação ocorre a partir de uma série de instituições e práticas vigentes em um determinado contexto sócio histórico (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Os modos de subjetivação são, portanto, processos de constituição da subjetividade, são “processos que tanto constituirão objetos, quanto conformarão modos de existir” (BARROS, 2009, p.45).

Embora a produção de subjetividades seja algo mutante, um fluxo aberto, através da qual é possível experimentar e inventar maneiras de perceber, agir e ser no mundo, ela pode ganhar força, tornando-se referência historicamente localizada. Como nos indica Barros (2009), existe um empreendimento que tenta nos convencer que existem riscos, perigos nas tentativas de romper com os valores capitalísticos de referência, colocando em xeque nosso estatuto de “humano”. Ou seja, corremos risco ao sermos ou atuarmos fora das convenções sociais, como ocorre com os usuários de drogas e/ou pessoas em situação de rua. E quem escapa de tais

convenções é considerado culpado por seu “fracasso”. Individualização e totalização. E, conforme Barros (2009, p. 63),

Individualização e totalização são efeitos de um mesmo modo de subjetivação, aquele desenvolvido a partir da instalação do Estado representativo moderno e que vem se aperfeiçoando até nossos dias. Neste jogo incessante de individualização/totalização, o que se produz é a oposição sistemática, mas complementar, entre indivíduo e comunidade. A comunidade era vista como uma soma de indivíduos, ficando clara a ênfase nos valores individuais como prioritários na comunidade.

A individualização, enquanto modo dominante de constituição dos objetos-sujeitos, é o que nos leva a pensar no modo indivíduo de subjetivação (BARROS, 2009). Através das práticas, Barros (2009) observa as produções cotidianas desse modo de subjetivação. Nas escolas, que separavam um tipo de ensino para o povo e outro para as camadas burguesas e aristocráticas, difundiu-se a ideia de igualdade de oportunidades e, por isso, a posição social almejada e conquistada dependia dos esforços individuais. Na saúde, por exemplo, viu-se o desenvolvimento de uma medicina liberal e privada, submetida às leis do mercado. Em resumo, a partir do século XVIII essas novas práticas passaram a constituir o modo indivíduo de subjetivação, marcado, constituído por diversos fatores, tais como:

Liberalismo econômico; crescimento da vida nas cidades em detrimento da atividade campesina; difusão das ideias iluministas (que aliavam a conquista da liberdade à razão e a uniam à crença na personalidade individual enquanto um princípio social); busca dos caminhos de exteriorização direta dos sentimentos e pensamentos, forjada pelo movimento romântico; mudança do papel do Estado, que passa a estender sua ação de modo mais difuso e amplo; separação das esferas pública e privada (trabalho versus família, por exemplo); mudanças nas instituições, como a escola (que passa a ter o papel cada vez mais preponderante de difusora e produtora dos ideais de igualdade) e a infância (que passa a ser objeto de preocupação e para a qual ficava reservada a frequência aos lugares chamados não-públicos); estabelecimento de uma polícia médica voltada para o bem-estar e a higiene de cada indivíduo e da população, privilegiando a infância e medicalizando a família [...]. (BARROS, 2009, p.52-53).

Esse modo de subjetivação, que se constituiu ao longo do século XVIII, vem se atualizando de diferentes formas ao longo do tempo e sendo atravessado por relações de poder situadas historicamente. Quando observamos o campo da saúde, através de suas inúmeras “subpastas”, áreas técnicas (em Porto Alegre, temos várias: saúde mental; atenção básica; atenção hospitalar; DST/Aids; dentre outras), políticas e programas, vemos sendo reproduzida, uma vez mais, uma “concepção segmentada da questão social e, em decorrência, a formulação e implementação de políticas sociais setorializadas sem um projeto para a sociedade que as articule e imprima um sentido político ao seu conjunto” (COHN, 1999, p.187). Cohn (1999, p. 187) ainda conclui que “ao invés de se enfrentar a pobreza de uma ótica estrutural, vale dizer, da ótica da sua superação, a concepção oficial é de aliviar a pobreza dos ‘grupos socialmente

mais vulneráveis””. Nesse debate, lembro-me de um morador de rua que me disse que os profissionais da saúde e da assistência social não existem para acabar com o problema dos moradores de rua, pois eles existem “para cuidar de quem tá na rua” [SIC]. Por isso, questiono-me, seguindo as reflexões apresentadas por Monteiro, Coimbra e Mendonça Filho (2006): as políticas de saúde e assistência social são políticas públicas? Ou são políticas *pretensamente* públicas?

Embora os autores partam de uma experiência no sistema prisional, Romanini e Detoni (2014) utilizam esses questionamentos para pensar nas sanções sociais a que os indivíduos são submetidos, seja na sua condição de dependência química seja na condição de pobreza. Historicamente, no campo da saúde, observou-se a concomitância de serviços privados e estatais, a compra de leitos hospitalares privados e a desconfiança pública em relação à efetividade dos serviços estatais (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014). Atualmente, na área da saúde, vemos que o público e o privado se “misturam”, através da noção de complementaridade dos serviços, já previsto na Lei 8080 do SUS, por exemplo. Ou seja, o Estado pode firmar convênios com instituições privadas, desde que os serviços prestados complementem a rede pública.

No caso da Política sobre Drogas, temos, nesse momento, uma urgência por internações de usuários de crack, como discutimos no capítulo anterior. Diga-se de passagem, uma urgência construída num determinado contexto de disputas políticas e ideológicas, sem que, com tal ponderação, desconsideremos a necessidade de intervenções, bem como a gravidade do problema. Só que tal fato, respaldado pelo aumento expressivo de ordens judiciais para internação involuntária e/ou compulsória de usuários de drogas, remete-nos ao difícil debate sobre o financiamento público das Comunidades Terapêuticas, que se fundamentam em uma moral religiosa. O desinvestimento dos serviços públicos, característica importante do neoliberalismo, justifica a contratação de serviços privados, como as comunidades terapêuticas e as clínicas particulares (ROMANINI; DETONI, 2014). Portanto, essa discussão nos remete a um dos paradoxos constituintes e estruturantes das políticas sociais na contemporaneidade, pois

as políticas públicas emergem nesse contexto neoliberal, ou seja, é o modo indivíduo de subjetivação predominante em nossa sociedade que, ao mesmo tempo em que justifica a “fundação” dessas políticas, limita sua atuação diante dos problemas sociais. As condições de possibilidade para sua emergência, tornam-se, elas mesmas, em fatores limitantes de sua atuação. Por isso, podemos conceber tais políticas como *pretensamente* públicas. (ROMANINI; DETONI, 2014, p. 215-216).

Tomando como referência as noções de risco, vulnerabilidade e individualização, Romanini e Detoni (2014) buscam evidenciar como a articulação entre elas faz funcionar a

culpabilização, através do fracasso como tecnologia de subjetivação, atualizando o modo indivíduo nas políticas de assistência social e sobre drogas. No campo da saúde e das políticas sobre drogas, vemos nas portarias e documentos ministeriais uma ênfase no estilo de vida dos indivíduos, que passam a ser “estimulados” a desenvolver procedimentos de autovigilância e práticas autodisciplinadas. O foco nos estilos de vida e nas noções de risco e vulnerabilidade cria um regime de disciplinarização de comportamentos e condutas individuais – como o imperativo “não use drogas!” –, gerando um processo de culpabilização dos/as usuários/as e despolitização do problema. A ênfase unilateral sobre os estilos e comportamentos individuais joga para o nível individual aquilo que tem um contorno sociopolítico mais ampliado (FERREIRA NETO et al., 2009).

Robert Castel (1987), ao abordar a noção de risco como produtora de um deslocamento das intervenções curativas terapêuticas para o gerenciamento administrativo preventivo das populações de risco, articula o autocuidado como um elemento de disciplina e regulação da vida. Dessa forma, Castel (1987) nos instiga a pensar que prevenir significa, sobretudo, vigiar e antecipar acontecimentos indesejáveis, como doenças e condutas desviantes. Somos compelidos, na saúde, a listar os riscos: se a criança nasceu de uma mãe solteira, empregada doméstica (ou sem profissão), menor de dezessete anos ou com mais de quarenta, tendo tido mais gravidezes do que a média para sua idade (CASTEL, 1987). Ou seja, uma mãe de riscos geraria um filho de riscos – a controversa situação das mulheres gestantes usuárias de crack e em situação de rua, como discutimos brevemente neste trabalho. Estamos imersos em cálculos de riscos e vulnerabilidades, que tem como efeito a culpabilização do indivíduo que deveria gerenciar a sua condição – a mulher na rua que não deve ter mais filhos!

Essa discussão aparece com força quando estamos falando no uso de drogas. Há, ainda, um discurso difundido na sociedade de que os jovens usam drogas porque fazem parte de uma família “desestruturada”, ou, ao contrário, que a família se desestrutura em função de algum familiar que usa drogas. Geralmente, no primeiro caso se tratam de famílias pobres – “causadoras” do uso. Entretanto, tais discursos desconsideram que a noção de família dissolvida ou desestruturada traz consigo o modelo de família burguesa oitocentista, e tudo o que foge desse padrão é considerado em desordem. Reside, portanto, nesses discursos, uma responsabilização e/ou culpabilização da dissolução da família pela situação de degradação social que vivemos, como se a crise social contemporânea não tivesse nenhuma relação com a degradação dos espaços públicos e de políticas sociais destinadas às camadas mais pobres da população (ROMANINI; ROSO, 2013).

Através das reflexões de Souza e Carvalho (2012), já vimos anteriormente que a recaída não aparece como um fracasso das instituições que ofertam a assistência em saúde, mas como um fracasso individual, uma fraqueza do indivíduo, uma falha moral. Vemos, portanto, que a abstinência como meta única, a dependência química como diagnóstico e a internação compulsória como medida de tratamento funcionam num círculo vicioso que individualiza o fracasso (SOUZA; CARVALHO, 2012), sustentando e reproduzindo o modo indivíduo de subjetivação nas políticas sobre drogas. O fracasso como tecnologia de subjetivação, tendo a culpabilização como seu principal efeito. Nessa direção,

percebemos que um problema de ordem social, atravessado por múltiplos fatores, acaba sendo reduzido à esfera individual. O indivíduo é culpado pelo seu fracasso – culpabilização –, pela recaída. Todos devem evitar o perigo das drogas (totalização). O indivíduo que não consegue acaba se tornando criminoso ou doente (ou ambos). Observamos, portanto, tanto nas políticas de assistência social quanto nas políticas sobre drogas, a atualização do modo indivíduo de subjetivação nessas políticas que se *pretendem* públicas. O fracasso, enquanto uma tecnologia de subjetivação, é atribuído ao indivíduo, culpabilizando-o por sua condição de pobreza ou por sua doença. A culpabilização, através das noções de risco, vulnerabilidade e individualização, sustenta e faz operar o modo indivíduo nessas políticas, políticas sociais, políticas *pretensamente* públicas, que trazem em seu bojo esse paradoxo. Ao nos debruçarmos sobre as políticas de assistência social e políticas sobre drogas, percebemos que as noções de vulnerabilidade, risco e individualização dos problemas atuam como vetores de força que atualizam o modo indivíduo nas políticas (*pretensamente*) públicas, tomando o fracasso como tecnologia de subjetivação e tendo como efeito a culpabilização dos indivíduos. Em ambas as políticas se recorre constantemente à individualização e à totalização, ora focando nas características e esforços individuais para o sucesso na sociedade capitalista, ora tornando o sujeito e seus direitos numa categoria abstrata e totalizante. Reproduz-se, assim, o modo indivíduo de subjetivação em políticas que se propõem a promover outras formas de viver, ser e estar no mundo e que, ao propor essas formas de viver, acaba enredando os sujeitos em suas próprias contradições. (ROMANINI; DETONI, 2014, p. 222-223).

O modo indivíduo, atualizado nessas políticas, coloca sérias limitações à construção de políticas *efetivamente* públicas, porque sustenta dicotomias como indivíduo e sociedade, bem e mal, certo e errado, o abstinente e o “fracassado”. Por isso, a aposta na construção do comum é fundamental, enfatizando a dimensão pública de uma política. O comum implica a abertura ao Outro – a questão da alteridade, a composição de singularidades, o acolhimento à multiplicidade, a capacidade de diferir – a pluralidade que constitui o plano político em Hannah Arendt (2010). Por isso, o comum sempre advém da experiência, é heterogêneo, acompanha práticas concretas e cria efeito de pertencimento – os encontros entre profissionais-gestores-usuários-pesquisador. Como afirmam Barros e Pimentel (2012), desestabilizam-se as fronteiras entre saberes e atores, ocorrendo o atravessamento de diferentes semióticas através da experiência da dimensão do coletivo. Coletivo como experiência do comum, potencializando

saberes até então excluídos. Essa desestabilização das fronteiras e a experiência do comum é o que venho chamando de “desassossego”.

Em duas passagens do “Livro do Desassossego”, Fernando Pessoa (1986), através do seu heterônimo Bernardo Soares, brinda-nos com sua bela poesia:

Nuvens... Existo sem que o saiba e morrerei sem que o queira. *Sou o intervalo entre o que sou e o que não sou, entre o que sonho e o que a vida fez de mim, a média abstrata e carnal entre coisas que não são nada, sendo eu nada também.* Nuvens... Que *desassossego* se sinto, que desconforto se penso, que inutilidade se quero! Nuvens... Estão passando sempre, umas muito grandes, parecendo, porque as casas não deixam ver se são menos grandes que parecem, que vão a tomar todo o céu; outras de tamanho incerto, podendo ser duas juntas ou uma que se vai partir em duas, sem sentido no ar alto contra o céu fatigado; outras ainda, pequenas, parecendo brinquedos de poderosas coisas, bolas irregulares de um jogo absurdo, só para um lado, num grande isolamento, frias (PESSOA, 1986, p. 166);

Preciso explicar-lhe que viajei realmente. Mas tudo me sabe a constar-me que viajei, mas não vivi. Levei de um lado para outro, de norte para sul... de leste para oeste o *cansaço de ter tido um passado, o tédio de viver o presente, e o desassossego de ter que ter um futuro.* Mas tanto me esforço que fico todo no presente matando dentro de mim o passado e o futuro. (PESSOA, 1986, p. 292) [grifos meus].

Nessas duas passagens, deparo-me duas vezes com a palavra desassossego. Na segunda, ele fala no “desassossego de ter que ter um futuro”. Desassossego como um sentimento do incerto, do imprevisível. Nossas ações nos levam à ideia de imprevisibilidade, como refletimos com Arendt (2010) no quarto capítulo. Mesmo que não saibamos as consequências de nossas ações, o desassossego não pode paralisar. A ação, para Hannah Arendt, é a atividade que condiciona o homem à pluralidade. Vivemos a pluralidade humana no encontro com o outro. Encontrar o outro é desassossegar-se. Encontrar o outro é, como nos diz Fernando Pessoa na primeira passagem, desassossegar-se porque nos damos conta de que somos “o intervalo entre o que sou e o que não sou, entre o que sonho e o que a vida fez de mim, a média abstrata e carnal entre coisas que não são nada, sendo eu nada também” (p. 292). Dessa forma, se desassossegar-se é dar-se conta da nossa incompletude e tem como efeito o borramento da fronteira entre o que sou e o que não sou, o desassossego é um sentimento, provocado nos encontros, que possibilita a construção do comum.

Além do encontro que desassossega, podemos pensar em tantas outras pistas para a construção do comum, de políticas efetivamente públicas: refletir sobre o processo de regionalização das ações em saúde e assistência social a partir do conceito de território, enquanto um espaço relacional (BARROS; PIMENTEL, 2012); a aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2009); repensar e reformular a formação dos psicólogos,

buscando a superação de perspectivas que tomem os/as usuários/as das políticas públicas como sujeitos a-históricos, descolados de seus contextos de vida (FERREIRA NETO, 2010; ROMAGNOLI, 2012); criação de dispositivos centrados no acolhimento, na escuta e na presença dos cuidadores, e o trabalho em equipe como instrumento para superação do paradigma médico (FERREIRA NETO, 2010); a redução de danos, que não reduz a dependência à química e à substância, e entende que a dependência não se contrapõe à abstinência, mas à liberdade. Liberdade como prática ético-política de criação de novas formas de existir e construir o comum.

Quando superamos as práticas de colhimento, encolhimento e recolhimento, pautadas no fracasso individual como tecnologia de subjetivação, passamos a refletir e propor práticas de acolhimento a pessoas que usam drogas. Acolher essa pessoa, tendo como pressuposto a necessidade de construção do comum, significa, portanto, subverter a lógica da individualização do fracasso, culpando o sujeito pela doença que adquiriu apenas por hábitos ou predisposições individuais (colhimento); desnaturalizar as representações e saberes que reduzem o sujeito à doença, que reduzem a dependência à química e intervenções que se propõe a curar a doença, e não tratar do sujeito (encolhimento); e desconstruir a noção amplamente difundida de que é o usuário de crack ou o morador de rua que empobrece e desvaloriza determinados espaços públicos, essas pessoas estão lá porque já eram espaços abandonados pelo Estado e que não é possível homogeneizar esse grupo, cada pessoa e cada subgrupo, nas ruas, estabelecem relações singulares com as drogas (recolhimento). É importante frisar que o recolhimento me parece ser o efeito da combinação do colhimento e do encolhimento. Nesse sentido, reafirmo que o acolhimento é uma diretriz ética – porque opera no encontro com o outro, na relação com a alteridade; estética – os profissionais inventam, cotidianamente, novas formas de acolher e, também, de ser acolhidos; e política, porque reafirma o compromisso coletivo com o cuidado do outro, o compromisso de construção do comum nas políticas de saúde (BRASIL, 2006).

Dos inúmeros e marcantes encontros com profissionais e usuários do CAPS AD, do Consultório na Rua e dos profissionais da RAPS, através da minha inserção junto à Área Técnica, além dos encontros com os autores que discutem a noção de acolhimento que nesta tese venho abordando (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BARRA; OLIVEIRA, 2012; ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007; CAVALCANTE FILHO et al., 2009; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; FRANCO; FRANCO, 2012; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009; BRASIL, 2006; 2011b; TEIXEIRA, 2003; 2004; NEVES; HECKERT, 2010; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009; MERHY, 2013a;

2013b; 2013c), proponho, agora, um movimento de retorno e síntese das diferentes formas de definir o acolhimento, tendo como base as observações, grupos de discussão e entrevistas realizadas no decorrer da pesquisa e discutidas na parte II.

Nos três contextos observados, vislumbramos a noção de *acolhimento como uma ação ou atividade*. Nesta forma de conceber o acolhimento, temos uma atividade de um profissional direcionada a um usuário que chega no serviço. Mas essa atividade é feita de modos distintos conforme o nível de formação do profissional. Trata-se de uma atividade de *recepção, triagem* ou *acolhimento inicial* quando é realizado por profissionais de nível básico ou técnico (principalmente os técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de nível administrativo e serviços gerais), e de um *procedimento técnico-especializado* quando realizado por profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros).

No primeiro caso, entende-se que o acolhimento acontece desde que o usuário entra no serviço, por isso se faz importante uma uniformidade das equipes na forma como se recebe esse usuário, pois se ele “for mal atendido” [SIC], não volta mais ou não “adere” ao tratamento. Vimos que os serviços se organizam de forma a diferenciar as atividades – no CAPS AD, um longo debate sobre qual profissional está de fato capacitado para fazer uma “escuta qualificada”; no CR, as técnicas de enfermagem fazem a recepção, a triagem e depois encaminham para o “acolhimento” dos médicos e enfermeiros. No segundo caso, os profissionais não “recebem apenas a pessoa” [SIC], mas escutam a história, a doença, a dependência química. Para escutar e trabalhar com tais elementos, os profissionais supõem que existam saberes necessários mínimos, que seriam ofertados ainda na formação universitária.

Nessa forma de conceber o acolhimento, espera-se dos profissionais uma “postura acolhedora”, o “bom profissional” recebe com um “sorriso no rosto” [SIC]. Mas essa postura de alegria e de uma certa benevolência é mais exigida dos profissionais que fazem a triagem e a recepção, porque dos segundos, além disso ser tomado como algo natural, espera-se deles a “técnica”. Como já discutido neste trabalho, essa concepção de acolhimento traz uma implicação importante aos processos de saúde: o usuário adere ou não adere ao tratamento proposto. Pois, se o profissional recebe bem o usuário, tem técnica para escutar sua história e para propor terapêuticas, se o usuário não volta é porque não tem a capacidade de aderir ao tratamento, ou em função de sua doença ou em virtude de características que demarcam a população atendida (no caso dos usuários de drogas, as recaídas são comuns, por isso eles vão e voltam, tem dificuldade em “aderir”; no caso dos moradores de rua, eles são itinerantes, não se acostumam com regras, por isso não “aderem”).

Se a atividade do acolhimento for bem desempenhada pelos profissionais, o acolher desdobra-se em verbos como garantir e ampliar o acesso, bem como em organizar ou reorganizar os processos de trabalho. Dessa forma, o acolhimento é concebido também como um *dispositivo de garantia e/ou ampliação do acesso* dos usuários aos serviços da RAPS. Acolher é garantir o acesso, vinculado aos princípios da universalidade e equidade do SUS. Com o aprofundamento e ampliação das ações de matriciamento e educação permanente em saúde, os CAPS AD, por exemplo, garantem não apenas o acesso dos usuários ao próprio CAPS, mas um acompanhamento ou continuidade do cuidado ao longo de uma linha de cuidado, que vai da atenção primária em saúde à atenção hospitalar, incluindo aí os serviços substitutivos e especializados. Na busca pela superação do modelo ambulatorial, o CAPS se “desencapsula” e consegue perceber o acolhimento para fora de suas próprias paredes que “protegem” profissionais e usuários das perigosas andanças pelas malhas finais e relacionais tecidas na rede. Se o acolhimento é atividade de um serviço específico, o usuário pode cair nos buracos dessa rede.

Com as equipes do CAPS AD, do CR e demais profissionais que representavam seus serviços nos Fóruns da RAPS, aprendemos que a atividade do acolhimento se faz em rede, caso contrário, perdemos os usuários em um fluxo interminável de encaminhamentos. Por isso, o acolhimento também funciona como um *dispositivo (re) organizador dos processos de trabalho*, sendo experimentado em diversas modalidades. Acompanhamos nas trajetórias coletivas dos serviços aqui observados que a atividade do acolhimento vai sendo remodelada a partir das reorganizações dos serviços, e que estas também vão reformulando as práticas de acolhimento. “Ser porta aberta”, como é o caso do CAPS AD GCC e do CR Centro, implica em uma determinada forma de acolher: “acolhe-se tudo, o cara alcoolizado, em crise, sem horário agendado e sem preconceitos” [SIC].

Mas “ser porta aberta” nos faz pensar na inclusão de uma terceira função das práticas de acolhimento: quando garante e amplia o acesso, e quando dispara processos de reorganização dos processos de trabalho, *o acolhimento, como efeito, é produto e produtor de uma desestabilização da noção naturalizada de que a rede é apenas a distribuição e implementação de pontos/dispositivos de atenção em um determinado território*. No caso do CAPS AD, vivenciamos a dificuldade em superar o modelo ambulatorial não apenas pelas intermináveis tentativas de implantar o CAD e por resistências de alguns profissionais da equipe, mas pelos impasses vividos na articulação com os demais pontos da rede, com a atenção básica e na própria relação tensa com a gestão. No CR, acompanhamos uma denúncia radical não apenas do número insuficiente de dispositivos de atenção na região centro de Porto Alegre,

mas da forma como funciona a rede, de como a rede não acolhe o “pobre, feio e sujo” [SIC]. Essa desestabilização ou esse estranhamento de uma noção consolidada de rede só foi possível a partir da vivência de práticas de acolhimento desassossegadoras, de práticas em que se encontra o outro e se percebe o quanto “não estamos dando conta desse sujeito” [SIC]. Esse encontro, dessa maneira, faz do *acolhimento uma postura ou tecnologia do cuidado*, tecnologia leve, relacional (MERHY, 1999; 2013a; 2013b; 2013c; BRASIL, 2011b; NEVES; HECKERT, 2010), “bidirecional” [SIC], através do qual profissionais e usuários afetam e são afetados.

O acolhimento, portanto, possibilita (ou torna-se possível através de) um encontro de saberes, entre profissionais e profissionais-gestores, entre profissionais e usuários, entre profissionais-gestores e usuários. Inscrito em um regime de alteridade (ARRUDA, 1998; JODELET, 1998; JOVCHELOVITCH, 1998) e de afetabilidade (TEIXEIRA, 2003; 2004; SPINOZA, 2013; NEVES; HECKERT, 2010; MERHY, 2013a; 2013b; 2013c), o acolhimento se transforma em um encontro dialógico (JOVCHELOVITCH, [1994]2011; 1998; 2000; 2002; 2008; 2011), sempre polifásico (JOVCHELOVITCH, 2002; [2000]2008; 2008; 2011; AIKINS, 2012; ARRUDA, 2011; HOWARTH, 2006; JODELET, [1989]2005; MOSCOVICI, [1961]2012; [2000]2010; RENEDO, 2010). Polifasia de saberes e afetos.

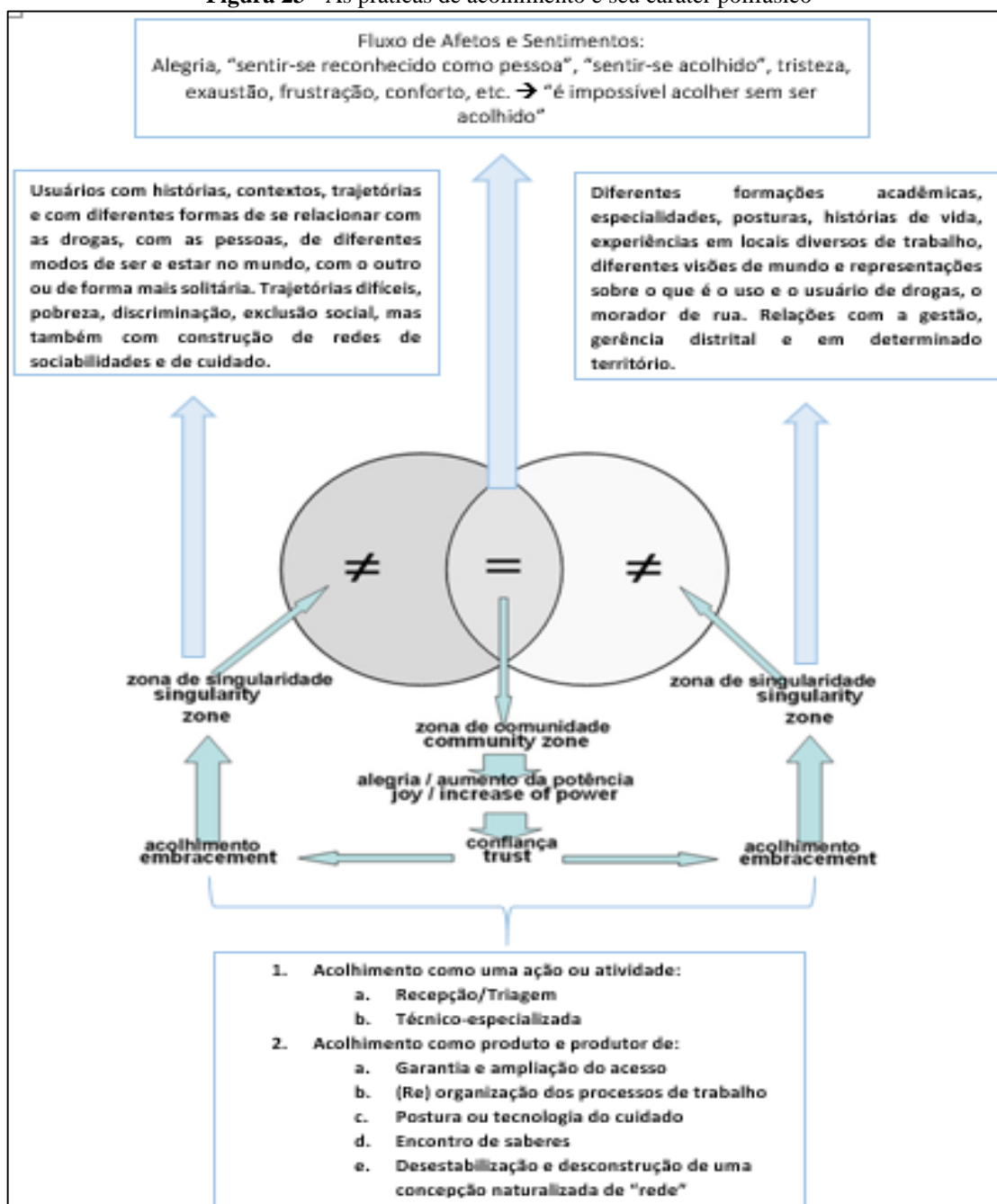
De um lado, profissionais com diferentes formações acadêmicas, diferentes especialidades, experiências em locais diversos de trabalho, diferentes visões de mundo e representações sobre o que é o uso e o usuário de drogas, o morador de rua. Profissionais com diferentes posturas, histórias, trajetórias, desejos. Mesmo estando no mesmo local de trabalho, estão e ocupam diferentes lugares diante de seus colegas e dos usuários. De outro lado, usuários com histórias, contextos, trajetórias e com diferentes formas de se relacionar com as drogas, com as pessoas, de diferentes modos de ser e estar no mundo, com o outro ou de forma mais solitária. Quando o eu e outro se encontram, quando diferentes mundos se encontram, temos apenas o imprevisível e busca pelo retorno da capacidade de prometer e de se comprometer com o outro.

Esses profissionais e usuários se encontram cotidianamente em serviços situados em um determinado território, com características sociais e históricas distintas, que respondem a uma determinada gerência distrital, a uma determinada área técnica, com gestores com estilos diversos de “gerir” – desde formas mais democráticas até formas mais autoritárias. Na base de todas essas diferenças, o acolhimento é o efeito de uma construção de algo comum, de uma zona de comunidade, como nos diria Teixeira (2003; 2004). A construção do comum é, ao mesmo tempo, causa e efeito, do sentimento de confiança.

Os usuários “sentem-se acolhidos” quando são “reconhecidos como pessoas”, quando são vistos como pessoas “dignas de confiança” – para além de sua doença e de suas condições de vida. Alegria, esperança, conforto e também desânimo, tristeza e frustração compõem esse complexo fluxo de afetos. Os profissionais, por sua vez, sentem-se também frustrados quando se deparam com situações difíceis, quando o usuário não se vincula ao serviço. Cansaço, exaustão, mas também alegria em encontrar com as pessoas, e não com os “doentes”. Percebem, às vezes a duras penas, que *não é possível acolher sem ser acolhido*, pois isto é o espaço intercessor (MERHY, 2013a; 2013b; 2013c), o comum, que tem como efeito a confiança. O acolhimento, portanto, é produto e produtor de um turbilhão de afetos e sentimentos, sentido por aqueles que estão “no olho do furacão” (MERHY, 2013d). Por trás de toda e qualquer definição, o *acolhimento é sempre um sentimento ou uma sensação*, por mais protocolar que possa parecer a ação.

Tendo como base as concepções de acolhimento discutidas acima, proponho um esquema que sintetiza esse caráter polissêmico e polifásico do acolhimento nos serviços da RAPS. Tomando como referência o esquema proposto por Teixeira (2004), proponho alguns elementos que complementem a sua definição (Figura 23). Como vimos, cada sujeito traz consigo sua bagagem simbólica, suas crenças, sua história, seus afetos, seus saberes, suas representações. Algumas representações sociais sobre o uso ou usuário de drogas, quando “lidos” e entendidos a partir da perspectiva de gênero, revelam que estas criam e/ou sustentam estereótipos de gênero vivenciados na sociedade dentro dos serviços de saúde (CAMPOS; REIS, 2010; JEIFETZ; TAJER, 2010; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006); outras representações podem estar contribuindo para a classificação de contextos familiares ou tipos de família (FERREIRA; SOUSA FILHO, 2007); outras acabam atribuindo uma identidade ou estigma ao usuário (CAMPOS; FERREIRA, 2007; VARGAS et al., 2013; JIMENEZ, 2007; BUSTOS, 2005); e outras, por fim, reforçam a categoria diagnóstica da dependência química, como uma doença crônica e incurável (ARAÚJO et al., 2006; CAMPOS; FERREIRA, 2007; HALPERN; LEITE, 2012; VARGAS et al., 2013).

Figura 23 - As práticas de acolhimento e seu caráter polifásico



Fonte: esquema elaborado pelo autor a partir do diagrama apresentado por Teixeira (2004)

Muitos dos profissionais e usuários que participaram dessa pesquisa trazem consigo essas representações. O que mais vimos foi a representação do usuário de drogas como um doente e como um criminoso. São representações construídas socialmente, na interação com seus grupos, familiares, amigos e inseridas em um contexto histórico-cultural. Nos encontros cotidianos que ocorrem nos serviços, esses saberes vão, aos poucos, transformando-se. Essa transformação, que produz e é produzida pelo desassossego diante do outro, é sentida e narrada tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, como foi extensamente descrito nessa tese. Dessa maneira, podemos afirmar que *os encontros de saberes entre profissionais e usuários,*

quando dialógicos, transformam as práticas de acolhimento. E o contrário também parece pertinente, ou seja, à medida que as equipes reinventam e reconstruem suas noções e práticas de acolhimento, os saberes de usuários e profissionais vão se transformando.

Ao acompanhar as práticas de acolhimento no cotidiano dos serviços, foi possível observar a prática concreta, os encontros concretos dos sujeitos. Esse encontro entre dois sujeitos, como Teixeira (2004) buscou vislumbrar através do diagrama, vai se complexificando se imaginarmos uma continuação desse mesmo esquema. Do lado do círculo que representa o usuário, podemos imaginar vários outros círculos fazendo intersecção, produzindo espaços intercessores com os usuários, como outras pessoas, familiares, amigos, outros profissionais, outros serviços de saúde e assistência social. Do mesmo modo, podemos imaginar outras intercessões com os profissionais, suas famílias, outros serviços, os gestores, a secretaria de saúde. Multiplicamos por n os círculos e suas intercessões e conseguimos compreender porque o acolhimento pode ser também concebido como uma “rede de conversações” (TEIXEIRA, 2004). São n relações e encontros. Ampliando essa visão [não no sentido valorativo, apenas do lugar em que olhamos], temos um panorama tão complexo quanto no nível micropolítico. Para compreender a complexidade desse debate, a relação entre a micro e a macropolítica se faz necessária (NEVES; HECKERT, 2010).

Os profissionais e os usuários fizeram esse movimento do micro ao macro e, aqui, faço o exercício de acompanhar esse deslocamento, que, a meu ver, é fundamental. Esse deslocamento ou ampliação do “zoom”, remete-nos à quarta pista apontada na primeira parte da tese sobre a noção de acolhimento: a ideia de uma condição de acolhimento. Vou destacar aqui alguns dos elementos problematizados por profissionais e usuários, no decorrer das observações, entrevistas e grupos de discussão. O primeiro ponto levantado e já abordado teoricamente neste trabalho é o ***problema das drogas***. Em uma das entrevistas realizadas, encontramos uma reflexão muito interessante sobre o tema:

o tema do acolhimento para nós tem uma, para a equipe que eu trabalho, e para as duas equipes aqui de professores que eu trabalho numa periferia, numa região de muita violência, muito conflito, uma espécie de território que as leis estão em suspensão, não valem o tempo todo, valem para um e não valem para o outro e tal, com muito assassinato e com muita violência de todo gênero... o acolhimento ele tem um significado de poder separar o aspecto humano de tudo o mais que é contingente, e isso é o grande desafio do professor porque a criança é antes de tudo um ser humano muito exposto aos determinantes e é muito rápido que a gente acaba cedendo e acaba pensando o determinante como sendo a pessoa e a gente pensa que quem diz que “bandido bom é bandido morto”, por exemplo, isso seria uma generalização fascista, mas ela é o extremo de outras generalizações assim. A gente pensar que alguém que não tem o pai e não tem a mãe não possa se desenvolver bem no mundo, isso é uma forma de dizer também e de atribuir um destino e uma função ao ser humano que é impossível de, é um preconceito, é uma conclusão, mas não encontra nada, porque na

verdade as crianças são crianças sempre, com pais ou sem pais, sozinhas ou não, em qualquer lugar que elas estejam acolhê-las enquanto crianças é que é o grande desafio, romper com o estigma. [...]. Onde é que vocês acham que dá lucro vender droga aqui em Porto Alegre? E os meus alunos como vivem em uma periferia onde a polícia está toda hora dando tiro, onde eles estão se matando constantemente, os adolescentes acham que eles são os grandes consumidores de cocaína, os adolescentes acham que eles, que aquele dinheiro que eles manipulam ali é o dinheiro da droga. Af eu tenho uma pesquisa que eu devo ter visto em algum lugar e que jamais vou esquecer ela, mas não lembro a fonte, a gente pode inferir o quanto de café as pessoas tomam numa região da cidade olhando o esgoto, pela urina das pessoas você vê qual é o bairro que mais bebe café. E o mesmo foi feito em Porto Alegre para a cocaína e a gente achou os bairros de maior consumo na classe média que é quem pode pagar e trabalhar para continuar pagando. Não é a Restinga, o Mário Quintana, o Rubem Berta que movimentam o mercado da droga, eles operam um teatro que está relacionado à violência, ao conflito entre gangues e que mantém a atenção das pessoas voltada para esse lugar. Onde a droga de fato dá lucro, há propina suficiente para que a polícia não tenha que tirotear com o traficante. É só isso que explica que o dado de quinhentos bilhões de dólares no mundo. Se ele fosse um mercado de quinhentos bilhões de dólares que fosse operado por bandido que usa fuzil e chinelo de dedo e que não podem sair da sua rua porque na rua ao lado querem te matar, não poderia ter esse recurso envolvido. Então muito importante pensar no sofrimento, na pessoa que está com problema com drogas, porque ela está denunciando algo muito maior, algo muito mais importante simplesmente do que ela não para de fazer que é usar droga. E só ela faz, na verdade o consumo e o tráfico estão onde as pessoas podem usar e no outro dia trabalhar e ganhar dinheiro e comprar mais droga, como é com o açúcar, como é com a gordura, com o sal, com todos os outros produtos e coisas que a gente usa e que fazem mal. Elas só dão lucro porque a gente pode fazer isso por um longo tempo. É isso. (FRANCO B.).

Franco B. ainda faz uma bela reflexão sobre o uso de drogas como uma estratégia de sobrevivência. Para falar disso, ele usa o exemplo da Guerra do Vietnã, mas podemos pensar também nas pessoas em situação de rua, como Luma N., que usa o crack para suportar a realidade em que vive, ou em Pedro A., que chegou a usar crack para se manter acordado à noite toda pelo medo de sofrer agressões ou ser violentado:

mas a doidera acaba sendo uma ferramenta para sobreviver em determinadas situações extremas e depois a gente viu em algum lugar que o consumo de drogas entre os combatentes no Vietnã, os jovens combatentes, era muito alto, mais de 90% fumavam maconha e 70% usavam heroína, isso era uma... inclusive o exército tinha e permitia que a droga chegasse ao *front* porque ele, enfim, mantinha os soldados de alguma maneira lúcidos ou, enfim, a guerra podia acontecer. A droga era uma ferramenta. O interessante é que na volta para os Estados Unidos no final do conflito, quando eles terminavam o turno deles, o consumo desaparecia junto com o contexto. Então a pessoa não é um drogado, está numa situação de drogadição e que, muitas vezes, a droga tem uma função, no caso dos Estados Unidos, manter um cara combatendo num terreno que ele não tinha inimigos e ia do outro lado do mundo matar pessoas que ele não conhecia, que não tinham atacado ele, então realmente sem droga era muito difícil manter um contingente tão grande de jovens e a guerra acabou durando muito porque era economicamente rentável, mas quando ela acabou, acabou porque ninguém tinha nada a ver com ela. Então, isso, pra mim, a chave dessa... da ideia de acolhimento é essa: não confundir o contexto com o fenômeno humano que é mais, que é complexo, e a gente não pode depender, já é difícil fazer uma análise da conjuntura, que dirá pregar o sujeito à conjuntura e chegar num estruturalismo assim. Eu não nego os determinantes, mas o que o ser humano faz com os determinantes é que é impressionante, e ele está atuando no determinante sempre. (FRANCO B.).

Entender que a pessoa não é um “drogado”, mas está em uma situação de “drogadição” e compreender que a droga exerce funções diferentes na vida das pessoas é, de fato, acolher o sujeito, não confundindo o contexto com o “fenômeno humano”. Antes de prosseguirmos, é importante destacar que aqui estamos tratando drogadição como sinônimo de toxicomania. Nesta perspectiva, o simples fato de consumir drogas não constitui uma toxicomania. “O tóxico não é a droga”, diz Le Poulichet (1990, p. 80). O que pode fazer da droga um tóxico é o lugar que ela (a droga) assume na relação com o Outro⁷⁵. O que marca a toxicomania, então, é a tentativa de constituição de uma relação dual com a droga, eliminando qualquer terceiro da mesma. A toxicomania, como uma relação intensa e exclusiva com a droga, é proposta por Le Poulichet (1990) como uma condição em que a droga se sobrepõe ao próprio sujeito. Como consequência, na toxicomania, há a exclusão do Outro e de seus recortes pulsionais. Sendo assim, a toxicomania pode ser entendida como uma tentativa de realizar um ideal narcísico de autossuficiência, excluindo o outro como parceiro possível para a satisfação pulsional.

Dessa forma, a condução ideal do tratamento seria a do deslocamento da fixidez da relação com a droga para um lugar onde o exercício do seu desejo não se encontre fixado em um único objeto degradante. Ou seja, um outro saber fazer com o corpo, que não “substitui” necessariamente essa relação inicial, mas que implica o sujeito a estabelecer outras formas de relação e a constituir-se enquanto um sujeito desejante, podendo fazer outras coisas com o seu corpo. Assim, podemos pensar que a ameaça está em “apostar todas as fichas” (economia libidinal) em um único objeto (as drogas). Como disse Freud ([1930]1974, p. 103)

Qualquer escolha levada a um extremo condena o indivíduo a ser exposto a perigos, que surgem caso uma técnica de viver, escolhida como exclusiva, se mostre inadequada. Assim como o negociante cauteloso evita empregar todo seu capital num só negócio, assim também, talvez, a sabedoria popular nos aconselhe a não buscar a totalidade de nossa satisfação numa só aspiração.

Conte (2003), ao abordar o tratamento das toxicomanias, abstém-se de falar do ideal de cura (abstinência total), buscando a plasticidade subjetiva como direcionamento terapêutico, no sentido de encontrar uma saída na relação de extrema dependência e alienação em que o sujeito se encontra em relação à droga. Assim, entendemos que tal perspectiva se aproxima da proposta da Redução de Danos, e que este outro saber fazer com o corpo pode ser construído através do

⁷⁵ Encontramos uma referência sobre o Outro, no Seminário XI de Jacques Lacan. A noção de um Outro está intimamente ligada às duas outras operações de constituição do sujeito: a alienação e a separação. Conforme Müller-Granzotto (2008, p. 7), em ambas operações “trata-se de descrever o advento do sujeito enquanto duplo efeito de “falta” gerado pela sobreposição de dois campos distintos: o campo do ser (ou das pulsões parciais) e o campo do significante (em que propriamente encontramos a teoria lacaniana do grande Outro)”. Ver Lacan (1979) e Müller-Granzotto (2008).

acolhimento, do encontro no qual afetamos e somos afetados, corpos atravessados pelos afetos no cuidado em ato.

As práticas de acolhimento, portanto, ocorrem num contexto de debates em torno do fenômeno das drogas, sendo representado basicamente pelas concepções da “guerra às drogas”/proibicionismo e da redução de danos. Mas além do fenômeno das drogas em nossas sociedades, os profissionais e serviços da RAPS deparam-se, cotidianamente, com *questões políticas e governamentais*, como, mais uma vez, Franco B. nos ajuda a pensar:

porque a gestão está apostando numa coisa que está indo contra a política, contra o, a gente sempre vive isso, todos os setores do serviço público estão sob o mesmo guarda-chuva, é o mesmo Prefeito, é o mesmo Governador que manda na Polícia, e manda na Assistência Social. A política integra todos esses serviços. Então você tem uma parte dos teus colegas fazendo higienização e outra parte tentando fazer reabilitação. [...]. A gente teve no período da copa do mundo uma disputa, uma tensão entre higienizar a cidade e esconder os moradores de rua, esconder os loucos, os usuários de crack, e uma tentativa de integrar eles à paisagem urbana, e cuidar, pega São Paulo é assim. São Paulo tem um governo do estado tentando mandar todo mundo para a comunidade terapêutica, ser um cartão de comunidade terapêutica, uma indústria de fazer dinheiro, as Igrejas que já não pagam impostos. Por outro lado, na Prefeitura, tem o “Braços Abertos”, então, no mesmo território. É isso, é confuso, é complexo.... (FRANCO B.).

Nina S. nos traz outros elementos para essa complexidade apontada por Franco B. Ela fala das dificuldades com os espaços de representação, como o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que são espaços que vem se esvaziando e sendo tomados por disputas políticas de propostas terapêuticas: mais uma vez, as comunidades terapêuticas vêm fazendo frente nesse campo de disputas. Nina S., refere-se, então, a um momento político perigoso:

fazendo a representação da política ali e ouvindo os trabalhadores. Ouvindo e fui ficando mais assustada ainda do que eu já estava porque eu fui me dando conta da precarização do trabalho, fui me dando conta do quanto a gente tinha parado os investimentos em saúde mental, e do adormecimento que eu sofri enquanto eu fiquei sete anos dentro da emergência, porque muita coisa eu não via acontecer, e aconteceu na época, a gente começa vinculada à política e depois ela se separa e passa para o setor de urgência e emergência, como segue até hoje. Então, assim, uma cisão administrativa que a gente não sabia o que estava acontecendo...[...]. Eu vejo um momento assim extremamente perigoso assim, sombrio da política. Todas as iniciativas da política e os planos políticos que chegam até nós, chegam no sentido de, chegam com a diretriz da higienização. A gente tem feito um movimento de resistência e quando nos chamam para os gabinetes centrais da gestão da Prefeitura, a gente problematiza assim: precisamos de redutores de danos, precisamos de CAPS-AD, precisamos de acompanhante terapêutico, precisamos de unidades de acolhimento, precisamos de todos os pontos de atenção para poder acolher sim a população em situação de rua nas suas necessidades. [...]. Esse discurso, ele tá aí, ele tá presente, ele tá muito evidente nas ações que o governo tem trazido pra gente; a gente faz um movimento de resistência no sentido de levar a diretriz que esta preconizada pelo ministério da saúde, de se recusar enquanto secretaria da saúde, a participar de qualquer intervenção na rua que seja de higienização, na verdade, fora o consultório na rua, não tem nem uma outra equipe, neste momento, autorizada a fazer

a abordagem às pessoas em situação de rua, por que nós não estamos fazendo a discussão, então do que eu tô falando. (NINA S.)

Esse momento perigoso a que Nina S. se refere tem relação com as tentativas de higienização nas regiões centrais da cidade. Em um momento próximo a esse narrado por Nina S., temos a implantação do Programa “Crack é possível vencer” no município de Porto Alegre, o que traz, também, implicações políticas para a gestão em saúde mental da cidade:

no final de 2011 e início de 2012 vem o plano crack, de cima para baixo, o Ministério da Saúde vem, o Ministério da Justiça, a SENAD, vêm todos os ministérios em Porto Alegre e diz: ‘você são a capital que vai ter que aderir e que tem essa diretriz de trabalho, vocês tem que instituir o comitê e vocês tem que ampliar serviços e tem dinheiro pra isso e tá aqui o dinheiro, e então faz’. E aquilo foi assim, nós ficamos muito enroladas no sentido de entender o que era aquilo e aí começamos a trabalhar, tinha que constituir o serviço, vamos constituir o que foi possível, foi o CAPS-AD IAPI e qualificou, ficou 24 horas, o Consultório na Rua no centro e deixou de ser estratégia e passou a constituir o consultório na rua; CAPS a gente tinha que qualificar o bloco da Cruzeiro-Cristal, bom mais aí vamos dar estrutura física, vamos dar melhores condições de trabalho. Então, por aí foi, mas não era só isso. Porque além disso, tinha as estruturas, ah leitos, comunidade terapêutica e aquela coisa toda que está no plano crack. Mas também entender quem é esse usuário, quem é essa pessoa que está ali em uso de drogas e um uso geralmente problemático e que precisa de atendimento, precisa de acolhimento nosso e de serviços. [...]. Eu acho que a gente, dentro da política pública, a gente tem que investir permanentemente sabe, muito, o tempo todo, porque ela tá muito, a gestão ela tá muito e ela não é só uma gestão técnica, ela é política e política partidária muitas vezes, então a gente tem desinvestimentos muito sérios assim, e que se a gente não estiver atento, isso agora... por exemplo, a gente está vivendo um momento de que não tem recursos financeiros, então a gente não vai abrir CAPS na Restinga, a gente não vai abrir consultório na rua na Restinga, a gente não vai ter contratação de recursos humanos, não tem dinheiro. Isso é horrível porque a gente sabe que precisa material para as oficinas, há anos a gente vem pleiteando isso, e não é uma coisa que a gestão e que ao entrar lá o administrador entenda como relevante, se ele tiver que me dar dinheiro para comprar material para as oficinas ou comprar medicação, ele vai comprar medicação. Porque isso também tem um efeito social muito mais importante do que o material para as oficinas. (NISE S.).

Em meio às dificuldades impostas pelo jogo “político-partidário” e de planos e programas implantados de maneira vertical, existe a preocupação em entender quem é o usuário que está chegando nos serviços, quais suas demandas, sua história e como a RAPS pode acolher essas pessoas. Nise S. ainda se refere à dificuldade com os *recursos financeiros*, que estão escassos e que acaba dificultando a aquisição, por exemplo, de materiais para oficinas. Realidade sentida no cotidiano do CAPS AD GCC: “na Prefeitura eu vi que a luta é diária, porque o descontentamento também é diário, porque é uma burocracia tremenda, não tem investimento na saúde como falam ou como deveria ter, o SUS anda a passos vagarosos mesmos” (TARSILA A.). Já havíamos discutido, também, o *desconhecimento que os gestores têm sobre o papel da RAPS*, a função de cada serviço. Desconhecem a realidade e o cotidiano

da/na saúde mental. Isso acaba criando obstáculos para a implementação de práticas de acolhimento.

Essa carência de recursos financeiros nos leva a outro elemento importante: *as condições estruturais, materiais e de recursos humanos dos serviços*. Zuleika A., em sua entrevista, fala da importância desse elemento para o trabalho no CAPS AD:

Outra coisa que a gente focava no acolhimento e que me parece muito importante é a questão do espaço físico. Quando o CAPS era... de 2008 até 2012 ele foi dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, no local, área 13, que era um ambulatório, feito pra ser um ambulatório, aquela coisa feita pra ser dura e fria assim, portaria, três consultórios, era muito difícil assim, a gente se esforçou bastante pra se tornar acolhedor dentro de um prédio que parece um hospital, do lado o pessoal do SAE, o pessoal da Fisioterapia, não sei o que, então você sai, saía pra outros ambulatórios, pessoal de branco, de crachá, não raro maca, então assim difícil fazer isso ficar acolhedor como traz a portaria, não é? E a gente consegue vir em julho de 2012 pra esta casa onde é hoje o CAPS e aqui se consolida o tratamento. (ZULEIKA J.).

Frida K. também se refere a esse momento do CAPS AD, quando o espaço físico se limitava a uma área do Centro de Saúde, mas também fala da chegada de novos profissionais: “E foi chegando aos poucos mais gente e a gente foi montando mais oficinas e aos poucos a gente começou há mudar um pouco a cara assim do espaço físico que era muito ruim assim”. A profissional também pondera, em sua entrevista, que à medida em que os usuários vão se apropriando do tratamento e da proposta do CAPS, as demandas por mais espaço e mais materiais vêm dos próprios usuários:

Até foi depois do projeto Mosaico que foi um projeto muito legal que a gente fez, fez todo o mural, foi bem difícil, mas foi muito gratificante e aí a gente viu que precisava expandir assim. A gente precisava ter uma horta, eles traziam muito isso assim, a gente tem que ter uma horta, tem que ter churrasqueira, a gente tem que ter espaço para passar o dia e eles começaram a trazer muito isso, acho que tem a ver também que a gente a todo momento, a gente dizer que um CAPS não era aquilo que a gente tinha. Que não foi só os usuários, eles se deram conta que tinha de ter um serviço pra ficar. A gente também fez um movimento de dizer, bom olha esse espaço não é o ideal e eles começaram a comprar a ideia, e aí o pessoal da gerência veio dizer que não teve nada a ver, que já era um plano da gerência da gente vir para uma casa... fazia mais de ano que se estava falando disso e naquele momento [do trabalho do Mosaico no auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciários], em seguida a gente conseguiu. Depois de um movimento da gente ir ao conselho distrital, a gente conseguiu realmente alugar a casa. A gestão conseguiu alugar a casa. Não teve nada a ver, mas pra mim teve tudo a ver. (FRIDA K.);

Por fim, outra profissional também se refere à falta de materiais como algo que compromete o trabalho dos profissionais:

Acaba tendo muita falha, por essa quebra de vínculo. Falha nos tratamentos. Que nem os curativos. A gente observa que eles vêm; que eles fazem o curativo; a gente teve melhora, assim, nas úlceras de pressão de muitos pacientes porque vêm todo dia e tá. E aí a gente se depara com a situação de não termos o material que nós precisaríamos. Aí vem a questão das frustrações. De tu querer fazer, mas...Poxa vida, seria tão fácil tu mandar mais um, dois, profissionais. Olha o dinheiro que tá empenhado nessa campanha da tuberculose. Era tão mais fácil mandar o material pra gente fazer o curativo e tá. (ANITA G.).

Mas além de as equipes demandarem mais recursos materiais e humanos para os serviços, temos também como elemento fundamental a *formação profissional* e a *educação permanente em saúde*, como aparece em um trecho do grupo de discussão realizado com a equipe do Consultório na Rua:

a gente não aprende isso na faculdade, nem no curso, nem nos livros, a gente só aprende aqui quando tá começando agora assim, tá aprendendo uma rotina diferente de qualquer outro serviço, não tem nada parecido. [...]. Tu vai criando um conhecimento novo e novas formas de atuar. Tu tens que se reinventar todos os dias, e aí quanto mais tempo tu fica no serviço, mais flexível tu acaba ficando, tu acaba criando ferramentas novas e aprimorando a tua ação. Então eu acho importante até para a equipe respeitar os novos, aqueles que estão começando agora e tem que ter paciência, porque os novos estão aprendendo coisas que não tem como aprender fora daqui. É uma construção. (GRUPO DE DISCUSSÃO).

Entretanto, essa construção de novas formas de atuação, intervenção, não pode ficar restrita somente à área da saúde. Os profissionais trazem muito a ideia do *preconceito*, do preconceito que os próprios serviços de saúde têm com os usuários de drogas, o que torna as pactuações de fluxo na rede muito difíceis, pois “a gente começa e se depara com o preconceito, o preconceito é assim, ele usa drogas porque é sem vergonha e não quer trabalhar e aí tu tens que lidar com isso no teu cotidiano de serviço, de trabalho” (NISE S.). O Programa “Crack é possível vencer”, no cotidiano da área técnica de saúde mental, atualizou o debate acerca da *intersetorialidade* como um dos elementos mais importantes para que possamos efetivar práticas de acolhimento a pessoas que usam drogas:

a gente fez o levantamento de quem são os usuários que estão nos CAPS AD e deu assim: 49% são usuários de álcool, adultos, entre 30 e 50 anos, com anos de uso e basicamente homens e usuários de álcool e desempregados, ou com baixa renda, de até dois salários mínimos, muitos com vínculo familiar ainda, mas solteiros, e onde estão os usuários de crack? Que é o grande investimento do Ministério da Saúde. [...] E aí a gente se deu conta de que a gente não tem uma política de fato para os usuários de crack. E aí eles estão nas internações e nas emergências, e a gente tem uma porta giratória, chega na emergência, interna, fica 20, 30 dias, sai, fica 30 dias na rua, volta a usar, vai para a emergência, volta para a internação e aí faz essa porta giratória porque a gente, de fato, não tem e são assim, a média de internações são entre 17 e 25 anos, que não estão no CAPS, que a grande maioria está acima a partir de 30 anos. [...] A gente precisa incidir nessa faixa etária, antes inclusive com ações de promoção, de prevenção, mas aí é para além da saúde, não é só saúde, a gente precisa de todas as outras políticas, a gente precisa da educação, da cultura, da assistência... (NISE S.).

Por fim, a questão da integralidade nos remete ao que apareceu com mais frequência nas narrativas de profissionais e usuários – para além do uso de drogas, temos *questões sociais, como inequidades, pobreza, violência e o tráfico de drogas*. Uma das falas que melhor representa essa noção compartilhada de uma falha social, de uma conjuntura que precisa ser analisada antes que se julgue a pessoa que faz uso de drogas, é a de Zuleika J.:

O que mais a gente vê é o desnível do nosso País, o desnível de renda, a questão da vulnerabilidade social, algumas camadas da nossa população elas continuam tipo, parecem ilhadas nas suas dificuldades, então quando você olha um País que atravessa todas as dificuldades que tem, tu ainda encontra pessoas analfabetas, não raro sabem apenas escrever o nome, e a assistência social não dá conta sozinha das coisas, porque as questões básicas no nosso País em realidade é a questão da moradia, a questão da paternidade responsável, essas famílias completamente desorganizadas gerando famílias desorganizadas com o tráfico permeando, com a violência permeando, vou te dizer assim, tem muitas vezes que as coisas são tristes de se ver. Alguns sobrenomes de pacientes que a gente atende, quando eu vejo eu conheci o pai, a avó, o avô, nós estamos na quarta ou quinta geração de usuários, eu diria do estado, porque eles tem assim o bolsa família, o vale gás, muitas vezes os filhos estão se tratando aqui e nós já estamos na quarta geração, porque em 85/86 eu vim ali na vila e atendi a avó e, então isso é muito, muito complicado a gente perceber que por mais que a ciência avance e com a tecnologia que nós temos algumas pessoas simplesmente não tem chance. Que chance tem um menino que nasce na Cruzeiro, que não sabe quem é o pai dele, que a mãe fuma crack, que chance que ele tem se comparado com o meu filho, que o teu vai ter? Isso dói muito assim, existem mundos diferentes sim, guetos diferentes sim, pessoas que nascem e não vão sair deste círculo assistencial que os nossos políticos amam tanto a cada eleição dizer que vão dar jeito, que vão fazer todos os milagres, não, sempre a situação se repete ano após ano, eleição após eleição essas condições assim. [...]. Então eu digo assim, é a desigualdade do nosso País, eu atendo muito adolescente da FASE e hoje em dia e você vê, assim, eles não têm chance, o tráfico paga mais do que qualquer estágio em qualquer lugar, a competição é absolutamente desigual. Uma criança pedindo numa sinaleira ganha muito mais do que qualquer bolsa família. [...]. Porque muitos dos nossos usuários não conseguem se mover dessa situação em que ficaram, é super triste, é o adoecimento físico, moral, emocional e eles não conseguem sair daquele lugar e a única coisa que lhes resta é o prazer da droga e, então aí, vem se tratar para tirar o único prazer que ele ainda tem, então é esta contradição assim sabe que tu aprende a respeitar, que não vão conseguir, que não tem jeito, eu vou conseguir pelo menos, como o CAPS, nós não temos a lógica da abstinência, nós vamos conseguir pelo menos estabilizar as condições melhores de saúde, condições melhores de vida, alguns tu observa que não são assim e tu respeitar que não vai conseguir. (ZULEIKA J.)

Embora os determinantes não definam a pessoa, como alertou Franco B., esses “determinantes sociais” condicionam, e muito, as formas de ser e estar no mundo das pessoas. Zuleika J. faz uma reflexão séria, profunda e mostra que, como assistente social, encontra no CAPS AD a quarta geração de uma família que ela atendia quando trabalhava no Centro de Saúde. Os serviços de saúde acabam, como discutimos no grupo com os profissionais do CR, sendo “a contra mola do sistema”, “nadando contra a maré” [SIC]. Então, um CAPS AD que é avaliado como não conseguindo vincular seus usuários, é, necessariamente, por que os profissionais não conseguem acolher? Uma equipe de CR, que não consegue dar continuidade

ao tratamento de um morador de rua com tuberculose e sífilis, é por que os profissionais não conseguem acolher? São os usuários que não “aderem” em função de suas características?

Ou seja, se não olharmos para essas condições estruturais acabamos, mais uma vez, individualizando o fracasso: ou são os profissionais que não querem ou não conseguem fazer o seu trabalho; ou são os usuários que não “aderem”. Isso não significa que estamos desresponsabilizando usuários e profissionais, pois ambos têm papel fundamental na formação do vínculo e na construção do cuidado, mas que devemos ficar atentos a esses elementos. Como disse Sílvia L. em sua entrevista: “demorei a ver isso, também... que a droga, ela é o alívio de uma dor social, assim. Ela é o alívio de muitas perdas, de muita violência. Violência cultural, violência financeira, violência de vínculos afetivos familiares... E quem sou eu pra mexer nisso? Não sou ninguém”. Fernando P. reflete sobre a condição da rua, vivida por ele, ajudando-nos a pensar nessa condição de acolhimento:

Pra ele tá na rua é melhor. Ele tem mais liberdade. Pra que ele vai voltar pra casa, se ele não tem saudade de nada que tinha em casa. Só vai voltar pra algum lugar se tu sentir saudades. Só vai voltar pra casa se você achou que teve uma vida boa lá e agora tá achando que tem uma vida ruim. Mas isso aí pra eles é totalmente contrário. Eles acham que lá não é vida pra eles, porque eles ficam à mercê de regra; em casa, ou em qualquer lugar que ele for. Num abrigo, num albergue, eles têm. E eles não aceitam. Então por isso que eles não querem sair da rua. Ficar na rua que é melhor. Então é aquele lance que eu disse: você não ter a falta; não vai achar a falta duma coisa que você não teve. (FERNANDO P.).

Nesse trecho da entrevista, Fernando P. nos dá outra pista para a construção do comum: criar lugares, espaços, relações das quais se sente saudade. Se a droga e a rua é a melhor coisa que a pessoa tem, nossas políticas (*pretensamente*) públicas estão falhando. Por melhores que sejam as intenções, como vamos construir espaços e relações onde a saudade seja um sentimento construído no e através do comum, do coletivo, se trabalhamos pressionados para responder as exigências pactuadas num programa em que o crack é o foco? Escutei de vários usuários do CAPS AD e do CR: “estava com saudade daqui, de vocês” [SIC]. Profissionais e usuários ainda têm muito a nos ensinar. A construção de um lugar que se tem saudade, que não seja o lugar da droga, é um avanço importante na construção de práticas efetivas de acolhimento. Para acontecer isso, um dos primeiros passos é, assim como a Reforma Psiquiátrica nos proporcionou, colocar a doença, a dependência química, a droga entre parênteses, mas não devemos negar a doença e o sofrimento.

Devemos lembrar constantemente que “droga é ênfase, não é nem demoníaca e nem paradisíaca: é um agente químico que amplifica os fenômenos, os processos micro/macrossociais” (ROTELLI, 1992, p. 67). Ao demonizar as drogas e, mais

especificamente, o crack, o problema enfrentado é o da droga e não o do fenômeno da dependência química ou da pobreza e desigualdade social como vimos acima. Quando tomamos o crack como problema central, o que interessa não é escutar e acolher os usuários e dependentes, mas “acolher” o “fenômeno droga”, normatizá-lo. Normatizando a droga, dissocia-se a substância droga do usuário. A intervenção do Estado, nesse sentido, é pobre, na medida em que se fundamenta cada vez mais no código penal (ROTELLI, 1992). O perigo mais sério da lei, se ela for altamente repressiva, é que funcione.

Diante da questão do crack, das pessoas que estabelecem uma relação de dependência com o crack e vivem situações de violência, exclusão, o que fazer? Quem sabe essas pessoas têm outras coisas a nos dizer? Será que conseguimos acolher essas pessoas senão através de novas práticas sociais? Rotelli (1992) provoca uma resposta: ser mais sedutores que a droga, saber desenvolver circuitos de ampliação não-químicos, concorrentes.

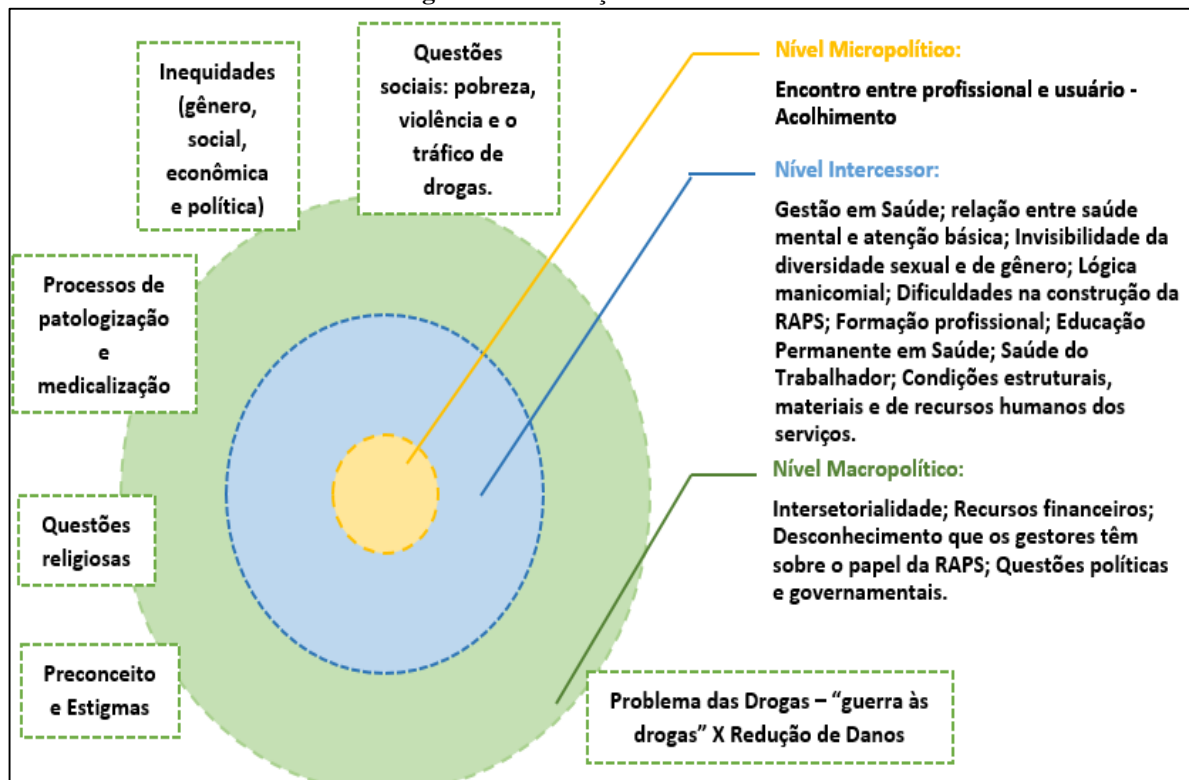
Sabe-se muito bem o que deveria ser feito: espaços, âmbitos, lugares, pessoas, grupos, instituições inventadas, associações, iniciativas, ter capacidade de uma discussão pedagógica fortemente centralizada nos sujeitos, com uma grande sedução ético-estético-operativa. É o que chamamos de empreendimento social. Lugares bem no interior do viver concreto, o praticamente verdadeiro dos valores, da produção, da cooperação, do trabalho reparador, do valor cultural, da imagem-vídeo, do mundo informático, da autovalorização, da história do trabalho humano, da música, da comunicação não-repetitiva, do fazer qualidade da quantidade, fugir da institucionalização total da experiência da coisa-coisa. Pois, o que a droga é senão “a coisa”, a caricatural, espetacular, auto-irônica e trágica dependência da “coisa” (a inércia, o prático inerte, a repetição sartriana)? A identificação na “coisa”. (ROTELLI, 1992, p. 71).

Criar circuitos de ampliação não-químicos, para concorrer com a satisfação proporcionada pela droga, ou para que a droga não ocupe um lugar central na vida das pessoas, que a usam para “suportar a realidade” [SIC]. Lembro-me de uma ida ao cinema com os usuários do CAPS AD GCC. Um dos usuários que foi junto com o grupo vivia em situação de rua e se considerava dependente de crack. Naquele momento, havia saído da rua, passava os dias no CAPS e às noites em um albergue. Quando olhou para a tela do cinema e o filme iniciou, esse homem chorou, como uma criança. Muito emocionado disse: “não imaginava que existia algo tão lindo como isso” [SIC]. Criação de um circuito concorrente à droga. Como sentir falta de algo que nunca se teve?

Além de todos esses elementos que apresentei aqui, vimos outros no decorrer desta tese: *gestão em saúde, relação entre saúde mental e atenção básica, a invisibilidade da diversidade sexual e de gênero*, os *processos de patologização e medicalização*, a *lógica manicomial* ainda presente na cultura, os *processos de trabalho e a saúde do trabalhador*, as *dificuldades na construção da RAPS*, as *inequidades* (de gênero, social, econômica e política), *preconceitos e*

estigmas e *questões religiosas* são alguns dos aspectos identificados nesta pesquisa que constituem o que chamo aqui de “Condição de Acolhimento” (conforme figura 24).

Figura 24 - Condição de Acolhimento



Fonte: Esquema elaborado pelo autor.

Inspirado em Hannah Arendt (2010), proponho a noção de “Condição de Acolhimento”. Conforme a autora, os seres humanos são condicionados à vida na Terra. Existem, portanto, determinadas condições que possibilitam ao homem exercer três atividades fundamentais: o trabalho, a obra ou fabricação e a ação. A condição humana do trabalho é a própria vida; a condição da obra/fabricação é a mundanidade; e a ação corresponde à condição humana da pluralidade (ARENDR, 2010). Poderíamos arriscar a transpor essa ideia de Arendt ao campo da saúde – poderíamos, quem sabe, encontrar as figuras do *animal laborans* (trabalho), do *homo faber* (obra/fabricação) e do ser político (ação) entre os profissionais que participaram dessa pesquisa.

Mas o que quero aqui é, mesmo que de forma metafórica, propor uma nova atividade que corresponde a uma determinada condição. Nos serviços da RAPS, o “encontro com o outro” (outro-usuário, outro-gestor, outro-familiar, outro-profissional) é uma atividade fundamental que corresponde à condição de acolhimento. A condição de acolhimento, portanto, é um arranjo de elementos presentes em um determinado contexto social e histórico que cria as condições de

possibilidade para os encontros cotidianos nos serviços da RAPS. Esses elementos estão dispostos em três níveis: micropolítico, intercessor e macropolítico.

No nível micropolítico temos o acolhimento concebido como encontro de saberes entre profissionais e usuários, produto e produtor de: a. Garantia e ampliação do acesso; b. (Re) organização dos processos de trabalho; c. Postura ou tecnologia do cuidado; d. Encontro de saberes; e. Desestabilização e desconstrução de uma concepção naturalizada de “rede”. Os encontros micropolíticos estão sempre atravessados por um fluxo de afetos, sentidos pelas pessoas envolvidas. No nível intercessor, encontramos elementos que borram as fronteiras entre o micro e o macro, como um elemento de passagem, não podendo ser definidos como constituintes apenas de um ou outro. No nível macropolítico, temos elementos que escapam da esfera dos serviços particulares, pois são questões que dependem de articulação de vários pontos da RAPS e setores diversos, mas que são sentidos no cotidiano de profissionais e usuários. A intersectorialidade, por exemplo, para ser efetivada, depende dos três níveis, ela acontece através dessa articulação entre o micro, o intercessor e o macro. Por fim, existem alguns elementos que gravitam em torno do cuidado em saúde – os preconceitos, os processos de patologização e medicalização, o problema das drogas e questões sociais como desigualdade, pobreza, violência e tráfico de drogas – e que tem seus limites porosos, eles adentram o campo da saúde e interferem nas práticas de acolhimento e, ao mesmo tempo, são processos historicamente situados e naturalizados que merecem a nossa atenção como pontos importantes no processo de desinstitucionalização.

Portanto, tal definição, ainda precária, tem potencial para contribuir com propostas de reinvenção cotidiana das práticas de acolhimento, que vão desde os encontros micropolíticos, repletos de afetos, até questões macropolíticas que ora são sustentadas por práticas de acolhimento, encolhimento e recolhimento, e ora são tensionadas por práticas acolhedoras. Nessa forma de conceber o acolhimento, ele, além de ser um dispositivo político, ético e estético, pode vir a ser considerado um elemento estratégico que articula outros dispositivos da PNH e do SUS, colocando em funcionamento práticas mais críticas de educação permanente em saúde, clínica ampliada e construção de projetos terapêuticos singulares, tensionando ainda mais a necessidade de cuidar do cuidador e buscando a garantia da equidade, universalidade e integralidade do cuidado a pessoas que usam drogas.

7 DESASSOSSEGO, TENSÃO E O POTENCIAL CRÍTICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Foi a partir da Teoria das Representações Sociais que iniciei os estudos para ir delineando o problema e as questões que nortearam essa pesquisa e a escrita desta tese e é para a teoria que retorno ao final desse longo percurso. No capítulo anterior, em um esforço de síntese dos saberes construídos com as pessoas que encontrei no decorrer de aproximadamente um ano, busquei a elaboração de uma noção de condição de acolhimento. As trajetórias coletivas que apresentei na tese representam não apenas os consensos construídos cotidianamente entre profissionais, usuários e gestores da RAPS, mas os dissensos, as tensões. Tanto os consensos quanto as tensões sinalizam para os desafios da construção do comum nas políticas públicas de saúde, especificamente nas políticas sobre drogas.

No decorrer desta escrita, embora não de forma explícita em alguns momentos, conceitos como o de alteridade, encontro de saberes, polifasia cognitiva, o princípio de familiaridade e o próprio conceito de representações sociais operaram na complexa tarefa de compreender como os encontros entre profissionais e usuários sustentavam e/ou transformavam as práticas de acolhimento. Além de funcionar como operadores teórico-conceituais, esses conceitos foram utilizados como “plataformas para ver o mundo”, são “lentes”, uma forma de olhar para os saberes construídos. Entretanto, esses saberes não apenas se tornaram possíveis em função da utilização desta ou de outra teoria, eles se tornam possíveis porque também fazem o movimento oposto – são gerados a partir de um ponto de vista teórico, mas geram também implicações para a teoria, que de uma forma ou outra, deu-lhe sustentação.

Esse movimento inverso, de repensar alguns aspectos da teoria, é o que constitui o presente capítulo. Inspirado em alguns autores da TRS e, também, em autores como Michel Foucault, respeitadas as diferenças epistemológicas, buscarei trazer reflexões e inquietações, algumas ainda incipientes. A noção de tensão, utilizada ao longo da tese, será fundamental nessas reflexões, entendendo-a como um efeito do desassossego provocado pelos inúmeros encontros vividos neste percurso. Antes de mais nada, duas observações teórico-metodológicas se fazem pertinentes nessa discussão. Arruda (2015) discute alguns hábitos metodológicos no campo das Representações Sociais que limitam a teoria na análise de fenômenos sociais acelerados, fragmentados, que envolvem processos de inovação.

Desses abordados pela autora, três hábitos nos interessam neste trabalho. O primeiro é a “objetificação” do grupo, ou dos grupos estudados. Uma das fortes críticas que se faz aos estudos em representações sociais é que se naturalizam os sujeitos nas pesquisas, tomando o

grupo como algo garantido e olhando para ele como algo estável e com uma tendência para a homogeneização – como uma entidade em si mesma (ARRUDA, 2015). Estudos como “representações sociais de professores sobre o uso de drogas” recebem críticas por definirem a priori um grupo – o dos professores – como estável, homogêneo. Quando são apresentados os resultados, as representações também parecem estáticas, sendo produtos e produtoras dessa homogeneidade do grupo estudado. Esse conceito de grupo, conforme Provencher (2011 apud ARRUDA, 2015), é muito rígido e desarticulado com o que acontece hoje em nossas sociedades, pois

[...] a categorização dos indivíduos em termos de uma única dimensão (p. ex., a sua fé religiosa) ignora o fato de as pessoas serem sempre indivíduos complexos e multifacetados que selecionam as suas identidades a partir de uma vasta gama de alternativas econômicas, culturais e ideológicas. A teorização da relação individual social com os grupos tem por isso de ser redefinida de modo a considerar esta noção de pertença a grupos múltiplos e voláteis. (PROVENCHER, 2011 apud ARRUDA, 2015, p. 270).

A pertença, portanto, já não pode ser considerada como algo inequívoco. Alguns autores da TRS já vêm trabalhando com a ideia de grupos fluidos, ainda de forma tímida (ARRUDA, 2015). O que se está começando a reconhecer, no campo da TRS, é que os indivíduos parecem ter crenças contraditórias como reflexo das suas relações múltiplas, com múltiplos grupos, e que, por isso, já não podemos mais defender a ideia de que as crenças, atitudes e valores serão partilhados da mesma forma e com a mesma intensidade pelos membros de um “mesmo” grupo (PROVENCHER, 2011 apud ARRUDA, 2015). Nesta pesquisa buscamos evidenciar a heterogeneidade dos grupos pesquisados. As denominações “usuários” e “profissionais”, amplamente empregadas nos textos das políticas ministeriais, podem parecer uma tentativa nossa de tratar esses grupos como uma entidade homogênea. Da mesma maneira, quando nos referimos à equipe da área técnica de saúde mental, ao CAPS AD GCC e ao CR Centro. Embora tenha se construído aqui uma trajetória coletiva dos “grupos” acompanhados, essa ideia de coletivo está mais relacionada à noção de “comum”, discutida no capítulo anterior, do que à ideia durkheimiana de coletivo como uma “massa”, uma unidade. A utilização de heterônimos, confundindo papéis e lugares pré-estabelecidos, a interlocução constante entre entrevistas, registros de observações, materiais de leitura e midiáticos, teve também como objetivo evidenciar a heterogeneidade e fluidez da constituição de tais grupos. Portanto, acreditamos que as escolhas metodológicas dessa pesquisa buscaram superar esse primeiro hábito.

O segundo, intimamente relacionado com o primeiro, refere-se ao método da observação participante, que foi o “carro-chefe” desta pesquisa. Segundo Arruda (2015), quando a

observação participante ocorre nos estudos em representações sociais, ela tende a servir como ponto de apoio àquilo que será investigado nas entrevistas ou questionários. Como consequência,

as entrevistas a pessoas de quem se pode esperar que partilhe uma representação proporcionam uma visão estática de uma RS; este procedimento só revelaria uma sobre de uma representação caso não fosse acompanhada por uma interação de uma observação de uma interação social concentrada ao longo do tempo (ARRUDA, 2015, p. 121).

Nesta pesquisa, as observações participantes, registradas em diário de campo, conduziram a escrita da tese, sendo apoiadas por saberes formalmente elaborados através das entrevistas narrativas e grupos de discussão. As representações sociais sobre drogas e sobre as práticas de acolhimento eram um dos elementos que compunham o campo problemático estudado, mas não era o foco. Talvez por isso os saberes construídos através das diversas estratégias metodológicas não tenham perdido a dinamicidade que lhes são inerentes. Embora tenham sofrido um processo analítico, as entrevistas, com seus elementos indexados e não indexados (análise narrativa das entrevistas), expressaram consensos e também tensões, sendo utilizadas não como estruturantes do texto, mas em seus meandros.

Por fim, o terceiro hábito apontado por Arruda (2015) é o fato de as ferramentas da TRS tornarem-se mais adequadas para a confirmação *ex-post*, identificando os processos quando (e se) as RS já estão estruturadas. Nesse sentido, “apesar de sua natureza e história dinâmicas, as RS têm dificuldade em captar os processos da preparação em *progresso*” (ARRUDA, 2015, p. 121). Esse problema me parece ser uma consequência do primeiro: a definição *a priori* de grupos homogêneos, fixos, para estudar “quem” representa “o que”, acaba diluindo ou negligenciando o processo, o “como”. Esse hábito ou problema é ainda mais questionado diante da crítica da modernidade, das grandes narrativas e do retorno ao sujeito através dos estudos no campo da subjetividade e processos de subjetivação (JODELET, 2009; JODELET, 2015a; ARRUDA, 2015).

Arruda (2015) nos chama a atenção para o retorno e redefinição da noção de sujeito nas ciências sociais, na filosofia e nos estudos culturais, em fins do século XX e início do século XXI. Conforme a autora, estamos, talvez, enfrentando um campo de estudos sobre a subjetividade muito vasto, cuja fundação é a figura do sujeito múltiplo e fragmentado, opondo-se radicalmente à visão essencialista e estática de sujeito. Questionando a construção binária ocidental tendo como base a estrutura e a ordem, o sujeito contemporâneo não é unificado, nem

constantemente idêntico (idêntico a si mesmo, como referia o conceito mais clássico de identidade), tendo como um dos efeitos a afirmação da diferença.

Uma primeira (r)evolução na forma de conceber o sujeito é compreendida por duas perspectivas. A primeira centra-se nos sujeitos e identidades nômades, transversal a diversas possibilidades no tempo e no espaço: mudanças na profissão, nas crenças, nos espaços habitados, dentre outros. Esse nomadismo tem como principal consequência a fragilidade de qualquer definição baseada na identidade – o sujeito nômade é caracterizado pela mobilidade, pela capacidade de mudança. A segunda perspectiva, tributária dos Estudos Culturais, concebe o “sujeito pós-colonial” e os “sujeitos subordinados”, que, em busca de visibilidade e respeito, disseminam ideias dissidentes na sociedade, podendo vir a funcionar como fatores de transformação das representações (ARRUDA, 2015).

A segunda (r)evolução abarca definições mais radicais e estão inscritas em um paradigma pós-estruturalista, concebendo uma subjetividade sem o sujeito e um sujeito pós-humanista, sendo tributária a autores como Foucault, Deleuze, Guattari e Latour (ARRUDA, 2015). Deleuze e Guattari (1995), por exemplo, concebem uma produção coletiva da subjetividade, na qual o sujeito é um terminal, uma interseção de forças, e, portanto, uma mera circunstância. Para os autores, a subjetividade, no devir histórico, assume traços que vão sendo territorializados e desterritorializados conforme as condições políticas, históricas, econômicas e culturais, tal como buscamos tornar evidente no debate sobre o modo indivíduo de subjetivação.

Esses autores denominados “pós-estruturalistas” podem, conforme Jodelet (2015a), inspirar-nos em nossas tentativas de reintroduzir o sujeito na abordagem da TRS. No artigo sobre “o retorno do sujeito”, Jodelet (2009) colocou as representações sociais no centro de três esferas interligadas: a subjetiva, a intersubjetiva e a transubjetiva. Nessas esferas, a autora reflete sobre os processos através dos quais o sujeito social e socializado, localmente situado em contextos concretos de vida, apropria-se das representações que circulam no espaço comum e contribui para sua elaboração. A esfera da subjetividade se refere à experiência vivida, articulando o corpo, as sensibilidades e as emoções, ao lado dos saberes construídos. Por isso, Jodelet (2015a) insiste que a consideração do corpo e das emoções deve se tornar uma chave fundamental para pensarmos a subjetividade, sua relação com o mundo, bem como para estudarmos a produção das significações e dos saberes do senso comum, percorrendo a “cartografia dos territórios existenciais” [referindo-se a uma ideia de Guattari].

A esfera da intersubjetividade está relacionada às trocas e interações através das quais se forjam, tanto no consenso quanto no dissenso, representações compartilhadas nos grupos

(fluidos). Já a esfera da transsubjetividade nos remete a “elementos reguladores das visões de mundo, das ideias e dos conhecimentos, dos valores, das condutas que os indivíduos e os grupos têm em comum em razão de sua implicação em uma mesma situação material ou de uma mesma condição social” (JODELET, 2015a, p. 324). A abordagem desses três níveis é um desafio e deve ser feito numa perspectiva interdisciplinar, conjuntamente, pois “as representações sociais que nós estudamos nos meios concretos, onde os indivíduos desenvolvem sua atividade diária, se acham na intersecção dos processos que marcam cada um dos níveis” (JODELET, 2015a, p. 324).

Esse modelo proposto por Jodelet (2009; 2015a), e representado nesta tese pela tentativa de se deslocar entre a micropolítica dos encontros entre usuários e profissionais à macropolítica da “condição de acolhimento”, busca dar conta dessa saturação do indivíduo moderno que, na pós-modernidade, deixa de existir através de uma identidade singular e exclusiva, emergindo identificações e pessoas. “A pessoa intrinsecamente plural (*persona*) apresenta diferentes máscaras de acordo com as circunstâncias através de identificações múltiplas. A pós-modernidade traria a aceleração, que precipita e enfraquece; o pluralismo, que remove o territorialismo” (ARRUDA, 2015, p. 116). O lugar do sujeito na construção das RS, portanto, não pode ser ignorado, tanto do ponto de vista histórico e social, quanto de um ponto de vista situacional e circunstancial. Na tentativa de reintroduzir a noção de sujeito na TRS, Ângela Arruda (2015) busca traçar convergências entre essa forma de pensar o sujeito e a TRS, destacando que temos, em primeiro lugar,

a abordagem construcionista social que, ao mesmo tempo, contempla três pilares teóricos abrangentes. O primeiro seria o fim de dicotomias como, por exemplo, indivíduo/sociedade, sujeito/objeto, razão/emoção e a adoção do triângulo ego-alter-objeto como protagonistas na construção do significado. Ao mesmo tempo, a posição de Moscovici na criação da TRS com contornos fluidos, como um trabalho em progresso, está em harmonia com o espírito de negação de que a ciência é uma verdade acabada. A TRS não adota a forma dominante da criação científica, estabelecendo o movimento como núcleo da sua construção. Este é o segundo pilar teórico. [...]. A TRS não adota como sujeito a figura que é contestada pelos autores de estudos culturais e de teorias feministas, com os quais convergem novamente. Além disso, como antropologia do mundo moderno, afasta-se das explicações generalizadas abrangentes quando utiliza as microvisões expressas pela variedade de “grupos” que as formulam. [...]. A TRS não pode abranger a eliminação do sujeito, já que este é o seu protagonista. As RS não podem dispensar a figura do sujeito, apesar de este não ser necessariamente um indivíduo; também não é um sujeito solipsista que se isola da sociedade, mas um sujeito que a atravessa e é atravessado por ela. (ARRUDA, 2015, p. 116-117)

Esse debate é fundamental para os futuros desenvolvimentos da TRS e nos coloca na tarefa de rever seus pressupostos ontológicos, epistemológicos e éticos. Toda a discussão sobre os aspectos epistemológicos e teóricos da TRS nos remete ao debate empreendido por Marková

([2003]2006) em relação às pressuposições dos conceitos de estabilidade e mudança. A autora defende que nossa habilidade de entender e avaliar eventos em termos de mudança e estabilidade é um aspecto essencial do conhecimento social, comumente compartilhado. O conhecimento social é, segundo Marková, o conhecimento em comunicação e o conhecimento em ação. Entretanto, as epistemologias fundacionais tendem a tomar o estado de estabilidade como critério para o estudo da mudança. Ou seja, a partir de sucessivos estados de estabilidade, entende-se a mudança como as alterações percebidas entre um estado e outro. Em contraposição a essas epistemologias, Marková ([2003]2006) sugere que a TRS está inserida no quadro mais geral das epistemologias dialógicas, através das quais se concebe a mente como um fenômeno historicamente e culturalmente constituído em comunicação, tensão e mudança.

O caráter ontológico da realidade é um ponto controverso nas ciências humanas e, mais especificamente, na psicologia social. Vale ressaltar que a ideia de uma realidade externa pronta, que se reproduz na mente das pessoas, é questionada por Moscovici ([1961]2012) desde o início de sua obra. Para o autor, a representação não deve ser confundida com a imagem, pois a imagem é a impressão do objeto no sujeito e a representação, por sua vez, é uma reconstrução deste objeto. Nesse sentido, Moscovici ([1961]2012) insiste na distinção entre as representações coletivas de Durkheim, que são consideradas realidades constituídas e externas aos sujeitos e que lhes são impostas e os constroem, e as representações sociais, entendidas como realidades constituintes, essencialmente dinâmicas e construídas nas interações cotidianas. As representações sociais, portanto, têm um caráter processual e construcionista, pois são construídas na interação e constroem o objeto do qual são uma representação, negando a dicotomia sujeito/objeto (BANCHS, 2000; 2011). Moscovici ([2000]2010), portanto, propõe a ontologia do objeto de estudo da TRS ao afirmar que as

as representações são entidades sociais, com uma vida própria, comunicando-se entre elas, opondo-se mutuamente e mudando em harmonia com o curso da vida; esvaindo-se, apenas para emergir novamente sob novas aparências. Geralmente, em civilizações tão divididas e mutáveis como a nossa, elas coexistem e circulam através de várias esferas de atividade, onde uma delas terá precedência, como resposta à nossa necessidade de certa coerência, quando nos referimos a pessoas ou coisas. (MOSCOVICI, [2000]2010, p. 38).

As representações sociais, dessa forma, enquanto dotadas de caráter processual e da marca cultural transgeracional, são ao mesmo tempo forma e significado, estruturas e processos, icônica e simbólica (BANCHS, 2000; 2011). Na TRS, portanto, a definição de conhecimento não está condicionada pela verdade das coisas, já que a relação do ser humano com a realidade não é um dado, mas o resultado de processos, que podem eles mesmos serem objetos de

transformação (ALAYA, 2011). Por isso, Moscovici reivindica o caráter criativo e inovador do sujeito epistêmico.

Por outro lado, adverte-nos Banchs (2000), o social nas representações não se polariza entre o micro e o macro. Moscovici ([1961]2012) nos fala de uma determinação social lateral (micro) e outra central (macro) das representações. A determinação social lateral se relaciona com nossos grupos de pertencimento, nossa implicação dentro de uma parte particular do mundo. Já a determinação central se refere ao nosso pertencimento a uma nação, uma cultura com uma história e uma memória social que atravessa as representações. Entretanto, não devemos entender essas duas formas de determinação social em um sentido causal unidirecional, pois, como nos diz Banchs (2000, p. 10), *“a la par que el individuo se constituye y constituye sus representaciones tambien constituye su mundo social y construye y reconstruye permanentemente su propia realidad social y su propia identidad personal”*.

Esses postulados ontológicos, epistemológicos e teóricos trazem importantes implicações éticas à Teoria das Representações Sociais. Em primeiro lugar, a ruptura com os paradigmas da ciência moderna nos leva a questionar o que entendemos por ciência ou científico e, como consequência, buscamos compreender como fazemos ciência e saber para que queremos fazer ciência. Com a TRS, apostamos, sobretudo, em uma democratização dos saberes e o aprofundamento dos saberes cotidianos – uma reabilitação do senso comum, sem idealizá-lo, como nos indica Jovchelovitch (2002; [2007]2008; 2008; 2011). Trata-se também de um processo de humanização da ciência, que significa abandonar a deusa Razão e abrir espaço às emoções e afetos, sem diviniza-los. Banchs (2011) pensa que isso significa assumir a responsabilidade pelas consequências de nossos trabalhos.

Marková (2013) acredita que a TRS nos possibilita compreender e assumir a capacidade dos humanos para tomar escolhas éticas. Com Guareschi (1989; 1998; 2012), tomamos emprestado o conceito de pessoa como relação, em consonância com os pressupostos da TRS. Mas aqui relação não significa apenas troca, comunicação, e que para haver relação é necessário que haja ao menos duas pessoas. O autor propõe um redimensionamento do conceito de relação, entendido como o ordenamento, o direcionamento intrínseco do próprio ser em direção a outro ser. Trata-se, sobretudo, de uma percepção dialética, na qual as pessoas necessitam de outras para serem elas mesmas. Tal conceito de relação transforma nossas concepções de social, grupos e ética. Ética, nesse sentido, não pode mais ser conferida como uma qualidade ou atributo pessoal, mas ela é sempre relacional. E isto está na base da arquitetura dos processos representacionais (Eu-Outro-Objeto), amplamente discutido por Jovchelovitch ([2007]2008).

As consequências mais fundamentais de concebermos o ser humano como pessoas-relação, é de que temos como valores constituintes de nossas relações o solidarismo, o amorismo e o comunitarismo. O tipo de sociedade que almejamos é a comunidade, na qual as condutas são atravessadas por relações de solidariedade, cooperação e participação (GUARESCHI, 1998, 2012). Mesmo sendo um tipo ideal, não deixa de ser uma aposta, uma aposta em relações éticas. A noção de consciência e ação, trabalhadas também por Guareschi, podem ser consideradas como implicações éticas da TRS. Ao tomarmos consciência de quem somos e o que são as coisas que me rodeiam, vamos nos responsabilizando por nossas ações. Nessa forma de entender o ser humano e o mundo, é impossível não agir, pois “agir é fazer acontecer ou impedir uma mudança no mundo (natureza) intencionalmente. De acordo com tal definição, permitir uma ação é tanto deixar algo sem mudar ou fazer acontecer algo” (VON WRIGHT, 1968 in GUARESCHI, 1989, p.17).

Nessa perspectiva crítica, é impossível não agir, porque temos, de um lado, uma ação positiva (quando coloco um ato), através da qual eu faço ou impeço que algo aconteça, e de outro lado, uma ação negativa (quando não coloco um ato), através da qual eu permito que algo aconteça ou omito-me (GUARESCHI, 1989; 2012). Nas quatro situações estamos agindo e, portanto, estamos implicados no mundo e nas relações que estabelecemos. Como discutido acima, sujeito e objeto não estão separados, constituem-se mutuamente num processo reflexivo de construção social dos saberes e das realidades.

Guareschi (2005) ainda nos indica que no pensamento moderno, nas teorias científicas pautadas em seus pressupostos, há uma ética subjacente que leva à exclusão, pois na medida que essa ciência se considera absoluta, total, ela necessariamente precisa excluir alguém, o diferente. Conforme Guareschi (2005), Moscovici mostrou, ao propor a reabilitação do senso comum, lutando contra a ideia de que “o povo não pensa”, seu respeito com o que as pessoas pensam, o respeito com as próprias pessoas. O conhecimento do senso comum não poderia mais ser tratado como algo irracional, incluindo esse outro geralmente excluído do pensamento científico, constituindo-se num terceiro fator entre conhecimento científico e ideologia (MOSCOVICI, [2000]2010).

A TRS é, portanto, uma teoria que traz em seu bojo implicações éticas importantes. Reconhecer o outro como interlocutor legítimo nos diálogos e na construção de saberes requer um reposicionamento na forma de entender o ser humano, o mundo e o modo como “fazemos ciência”. Jodelet (2015b) retoma essa discussão ética do encontro de saberes, referindo que, além e por *entre* os “saberes declarativos” (um saber sobre o mundo, o “saber que”) e “saberes procedimentais” (operações do conhecimento, o “saber como”), temos os “saberes existenciais”

ou “saberes experienciais”, colocando em relevo a presença de “sensibilidades singulares e representações de si” (JODELET, 2015b, p. 71). Esse saber transforma o paciente em “paciente especialista”, que partilha o seu saber com outros atores do sistema de saúde, transmitindo-o no percurso de formação dos cuidadores e, tornando-se, também, em um “paciente formador”, um parceiro cuja experiência é fundamental na construção, desconstrução e reconstrução de saberes que sustentam e transformam as práticas de acolhimento.

Como vimos, nessa pesquisa ficou evidente que profissionais e usuários se colocam no lugar de especialistas e de formadores, provocando transformações mútuas no decorrer dos encontros. São, de fato, alterações, *alterações*, ações realizadas pelo outro que transformam o sujeito. Quando o profano se transforma em especialista, o usuário se transforma no “especialista da sua experiência e do modo como ele vive a sua relação com a doença, no quadro dos saberes coletivamente partilhados e acompanhados” (JODELET, 2015b, p. 75). Essas reflexões éticas me conduzem a algumas pistas finais sobre o potencial crítico da TRS, através das quais buscarei trazer à tona o debate sobre a tensão, o princípio de familiaridade e as possibilidades de resistência no âmbito teórico e prático da Teoria das Representações Sociais.

Geralmente, toma-se como consenso que uma das principais funções das representações sociais é a de tornar familiar o não familiar. Aquilo que não nos é familiar soa estranho, incompatível com nossos saberes cotidianos e, para ser incorporado ao nosso arcabouço de saberes, sofre transformações através dos processos de ancoragem e objetivação. A explicitação desses processos, iniciada com a obra de Moscovici ([1961]2012; [2000]2010), ajuda-nos a entender que existe uma história e uma trajetória relacionadas às questões que nos engajamos e aos objetos e fenômenos que buscamos apreender, e que outras pessoas, antes de nós, também o fizeram. Essa história ou memória social compõe um ambiente que nos constitui (e que também é constituído por nós) e introduz em nossa autointerpretação a solidez dos fatos sociais. Como afirma Jovchelovitch ([2007]2008, p. 189),

Em todas as formas de representação existe uma batalha entre a história do objeto e a intenção de apreendê-lo renovadamente, de enredar o que já foi em uma rede totalmente nova de significação. O objeto tal como se apresenta agora oferece material para o desenvolvimento dos processos representacionais ao longo do tempo, construindo projetos e novas possibilidades representacionais, o mundo do ainda-não-conhecido.

Moscovici ([1961]2012), ao revelar alguns dos mecanismos mentais através dos quais as pessoas se apropriam do desconhecido, acomodando-o ao que já se conhece, propõe a ancoragem, cujo processo consiste em fundar formas cotidianas de saber amparadas em conteúdos prévios, ligando o objeto ou fenômeno com o passado e suas significações. O

processo de ancoragem expressa uma tendência que temos de recuperar e manter sentidos instituídos, por isso que Arruda (1998) indica que esse processo confirma sua longevidade na abordagem da diferença e seu lugar na construção das representações hegemônicas.

A familiarização ou o princípio de familiaridade, como função resultante dos processos de ancoragem e objetivação, é amplamente aceito na TRS, mas tem sido questionado por alguns autores. Ama de-Graft Aikins (2012), por exemplo, revisita o princípio de familiaridade e aponta algumas limitações conceituais no mesmo. A autora destaca que existem duas dimensões interdependentes no princípio de familiaridade. A primeira é que indivíduos e comunidades têm grande tendência e preferência pelo que é familiar. A segunda se refere à resistência de indivíduos e grupos à intrusão de estrangeiros em suas comunidades. O não familiar atrai e intriga as pessoas, ao mesmo tempo em que as coloca em situação de alerta.

Nessa direção, Aikins (2012) destaca e analisa duas funções do medo na tese de familiaridade de Moscovici. Primeiro, o medo exerce uma função de distanciamento em relação ao outro, que nos é estranho. Esse distanciamento possibilitaria às pessoas e comunidades um senso de continuidade, de entendimento mútuo e preservação das tradições e práticas cotidianas. Em segundo, o medo proporcionaria uma motivação para a domesticação do não familiar, trazendo-o para dentro do nosso universo, tornando-o próximo, através dos processos de ancoragem e objetivação. Aikins (2012) observa, entretanto, que o familiar nunca é algo “quieto”, desprovido de tensão, com Joffe (1996) e Morant (1995) temos a indicação de que o não familiar pode coexistir com o familiar no coração das representações.

Morant (1995) enfatiza a importância de distinguir entre dois tipos de objetos estranhos ou não familiares: o não familiar derivado de posições sociais marginalizadas, percebido como ameaça e amedrontador, e o não familiar porque é considerado uma novidade. Quando se trata de novidade, a autora pondera que essa alteridade pode não ser considerada ameaçadora. Além disso, Aikins (2012), ao revisar alguns estudos, como os de Jahoda, Duveen e do próprio Moscovici, destaca o papel de diferentes emoções nos processos que envolvem a construção de representações sociais. Inúmeras são as emoções que mediam nossa vida social cotidiana, a comunicação e nossas relações. Para além do medo em relação ao não familiar, Aikins (2012) enfatiza a motivação despertada pela curiosidade em relação à novidade e ao não familiar, a solidariedade, a hospitalidade, interesse e atração e a esperança como mediadores legítimos da produção de saber social.

Nessa proposta de revisitar o princípio de familiaridade, a noção de tensão é fundamental (AIKINS, 2012; MARKOVÁ, [2003]2006; BAUER; GASKELL, 1999), pois ela expressa ímpeto a uma ação (de familiarizar, por exemplo) ou a uma mudança. A tensão está

implícita em todas as situações da vida, apesar de não ser reconhecida como tal. Portanto, a tensão é inerente na relação Alter-Ego e, por implicação, na Teoria das Representações Sociais e na comunicação, pois, como diz Marková ([2003]2006, p. 212), “não pode haver comunicação alguma, a menos que os participantes se juntem pela tensão. Não pode haver ação social alguma – a menos que as oposições em tensão se confrontem, sejam negociadas, avaliadas e julgadas”.

Ao incluirmos a noção de tensão na TRS, podemos pensar que as representações sociais não apenas familiarizam o desconhecido, mas também permitem o estranhamento do familiar. A proposta de revisitar o princípio de familiaridade (AIKINS, 2012) expõe lacunas da teoria abertas à discussão. Se concordamos com a afirmação de Aikins, de que as representações não servem apenas à integração do estranho, mas ao estranhamento do familiar, construir representações significa também transformar o familiar, transpondo-o a novos quadros, readequando-o ao presente. Dessa maneira, o processo de ancoragem não se limitaria a uma reação ou adequação do novo, mas, como afirma Arruda (1998), a busca do novo que reordenará o familiar, mesmo que num primeiro momento isso signifique desordená-lo.

Essa discussão se mostrou muito atual e pertinente no campo desta pesquisa. Principalmente a partir da experiência com o Consultório na Rua, passo a pensar na potencialidade do cotidiano que faz estranhar o familiar, fazendo-me ao mesmo tempo questionar a função das representações sociais enquanto possíveis “domesticadoras” daquilo que se apresenta como novo, estranho, e pode nos provocar medo. O trabalho com a população de rua e com os usuários de drogas nos coloca na posição apontada por Morant (1995), do não familiar derivado de posições sociais marginalizadas, percebido como ameaça e amedrontador. A seguir apresentamos um trecho do diário de campo, que traz reflexões sobre mais um dia de observações com o CR:

Ao olhar com atenção aos locais em que essas pessoas moram, uma atitude era quase inevitável: a classificação entre os mais organizados e os menos desorganizados. O que concebíamos como organização? Ao lado de um viaduto da cidade de Porto Alegre, chamava nossa atenção [minha e de alguns profissionais da equipe] a “organização” de uma moradora de rua. Sua “casa” bem “estruturada”, muito semelhante àquilo que concebemos ser uma casa, com peças separadas, móveis dispostos. Considerávamos essa organização como um sinal de saúde mental, em meio a todo o caos em que ela vivia. Mas, baseados em que pensamos assim? Nas nossas representações do que é viver em sociedade e de como devemos habitar os espaços, públicos e privados. Quanto mais semelhante ao nosso modo de viver, menos estranhamento nos causava. Sem perceber, acaba-se criando uma hierarquia entre os próprios moradores de rua – dos mais organizados aos menos organizados. Se não tivéssemos tido consciência desse olhar classificatório, para que ou para quem serviriam nossas representações sobre os modos de viver nas cidades? Qual função desempenhariam? De libertação ou de dominação? Representar, pois, pode se tornar sinônimo apenas de classificar, julgar, segregar, dominar. Representações

ideológicas... O olhar sobre o Parque da Redenção pode ainda ganhar outros contornos, desde que estejamos abertos ao estranhamento.

Além desse trecho do diário de campo, relembro aqui, uma passagem que apresentei no capítulo sobre o Consultório na Rua: mesmo olhando agora para os cantos do Parque da Redenção, de espaços “marginalizados” que antes não compunham meu “território existencial”, continuo admirando a beleza do parque e das antigas árvores; mas porque não incluir nessa beleza a heterogeneidade e a pluralidade de territórios existenciais dentro de um mesmo espaço? Nesses questionamentos parece-me clara a função da tensão na constituição e dinâmica das representações sociais. Se uma das funções das representações sociais fosse a de tornar familiar o não familiar, não seria possível cogitar a coexistência dessa pluralidade de territórios existenciais. O familiar e o estranho coabitando o mesmo espaço. O estranho desorganizando o familiar, como bem pontuou Arruda (1998). Do medo inicial ao estranho, outros sentimentos compuseram essa “geografia existencial” e esses encontros com os moradores de rua: angústia, empatia, solidariedade, tristeza, alegria. Acredito que somente com essa variedade de sentimentos é que é possível se aproximar do outro, estar com o outro, seja nos bancos do Parque, seja embaixo de um viaduto. Portanto, acredito que a reflexão crítica sobre as nossas próprias representações sociais pode ser uma forma de resistência, que mantém a tensão constante na forma como concebemos e tratamos o outro. Por isso, nunca de maneira acabada, e sim um processo contínuo de reflexões e inquietações.

Na sequência dessa reflexão, o artigo de Caroline Howarth, intitulado “*A social representation is not a quiet thing*”: *Exploring the critical potential of social representations theory*” nos servirá de inspiração. Howarth (2006), aponta as importantes implicações teóricas e políticas nas questões levantadas por Moscovici: qual o objetivo ou meta das pesquisas com a perspectiva das representações sociais? Elas servem para sustentar ou para criticar a ordem social? Para consolidar o instituído ou para transformá-lo?

A TRS tem, em seu amplo espectro de abordagens e temas estudados, fundamentalmente se ocupado de problemas sociais contemporâneos, com propostas de engajamento prático e intervenções. Embora poucos estudos tenham demonstrado empiricamente o potencial crítico da teoria, Howarth (2006) enfatiza que as ferramentas conceituais da teoria têm potencial de crítica da ordem social, principalmente a partir de três áreas de análise: a que estuda a relação entre os processos psicológicos e as práticas sociais; a que se dedica à análise da reificação e legitimação de diferentes sistemas de saber; e aquela que investiga a agência ou organização e resistência na co-construção do *self* e das identidades.

Howarth (2006) destaca que as representações sociais são vivas e dinâmicas, e que elas existem apenas nas relações, por isso a pluralidade e o hibridismo das representações estão no centro da teoria. Ao questionar-se sobre o que as RS fazem, a autora pondera que a multiplicidade e a tensão nas representações sociais possibilitam a comunicação, a negociação, resistência, inovação e transformação. Ela busca, em diferentes estudos, o que as RS fazem no cotidiano, como, por exemplo, no estudo de Jodelet ([1989]2005), quando a autora mostra que as representações sociais sobre a loucura atuam como protetoras da identidade da comunidade que “hospeda” os “loucos”, atuando, através de rituais e práticas cotidianos, na exclusão da loucura. Ou no estudo de Duveen (2010), que salienta como as representações sociais sobre gênero reproduzem relações e identidades de gênero, servindo para manter e defender as diferenças consideradas “naturais” entre os gêneros.

Seguindo o pensamento de Howarth, dar-se conta do que as RS fazem é um passo importante para reconstruir o potencial crítico da teoria. Ela ainda nos fornece outras indicações para tornar a teoria mais crítica, num processo reflexivo sobre a própria teoria. Uma delas é a necessidade do aprofundamento da análise das relações entre representações e práticas sociais, bem como entre as representações sociais e as relações de poder. Para tal, precisamos entender que as representações sociais são mais que ferramentas sociais e psicológicas que orientam nossa compreensão do mundo em que vivemos (HOWARTH, 2006).

Outra pista deixada por Howarth (2006) para potencializarmos a TRS, é a de que devemos explorar a ambiguidade, tensão e disputa nas representações sociais. Aqui temos a importante contribuição de Martin Bauer (2011), em seu estudo sobre a popularização da ciência. Ao refletir e analisar como o conhecimento se transforma quando circula para além de seu próprio contexto de produção, Bauer insiste na resistência como fator criativo, como uma parte essencial da pragmática (das ações) das representações sociais. A noção de resistência, tensão, bem como a de polifasia cognitiva, podem abrir caminhos para uma profícua articulação entre a teoria do conhecimento social (MOSCOVICI, [1961]2012; [2000]2010) e a teoria da mudança social, ou teoria da inovação de Moscovici (2011). E especialmente em países latinoamericanos, onde as injustiças de ordem econômica, raciais e de gênero imperam, “a teoria das representações sociais, enquanto uma visão crítica do mundo, pode avançar, para tentar auxiliar não só a compreender os problemas que enfrentamos, mas também transformá-los. Acomodação/resistência/inovação são tríades inseparáveis que nos dizem das representações humanas” (GUARESCHI; ROSO, 2014, p. 37-38).

Por fim, Caroline Howarth (2006) destaca a importância e necessidade de estudos que reflitam sobre o papel do conflito e disputa nas representações sociais, bem como as

consequências sociais e políticas de diferentes representações. Sobre essa dimensão política das RS, acreditamos na potência do pensamento de Hannah Arendt. Jovchelovitch (2000; [2007]2008) resgata a obra dessa importante autora para analisar as esferas públicas, a noção de política e toma conceito de pluralidade para aprofundar a ferramenta teórica da polifasia cognitiva. Mas acreditamos que Hannah Arendt pode contribuir ainda mais com a TRS, atribuindo-lhe, talvez, uma dimensão política, como veremos ao final do capítulo.

Em “A condição humana”, Hannah Arendt (2010) se propõe a refletir sobre o que estamos fazendo. Para isso, ela se detém em três atividades humanas fundamentais, que já abordamos nesta tese: o trabalho, a obra ou fabricação e a ação, que é a única atividade que se exerce diretamente entre as pessoas sem a mediação das coisas ou da matéria e que corresponde à condição humana da pluralidade. Para a autora, a ação autêntica – a política é a possibilidade de dizer a palavra, expressar a opinião, manifestar o pensamento na comunidade-sociedade, necessariamente com os outros. A noção de pluralidade em Arendt (2010) nos remete também ao antigo problema da alteridade. Acreditamos que a análise da “condição humana” possa nos ajudar a avançar no debate sobre a dimensão política da TRS, evidenciando seu potencial crítico.

A ação humana como aquilo que as RS “fazem” no mundo. Se não as concebemos apenas como formas de perceber o mundo, mas de agir nele, as RS deixam de ser neutras, ou seja, elas estão sempre imbuídas de um caráter ético e político. Nesse ponto, um último trecho do meu diário de campo pode nos ajudar a pensar:

Após uma tarde conversando com moradores de rua, pelos bancos da redenção e ao lado de um viaduto, o que restou foi um forte aperto no peito e uma vontade de chorar. Desses dez meses de campo, talvez esse tenha sido um dos dias mais impactantes. Sinto como se tivesse levado um soco no estômago... enquanto converso com eles, chegam transeuntes curiosos com seus belos cachorros, e sentem medo que os seus peguem pulgas dos cães que acompanham os moradores. O olhar para os cães é de ternura, cuidado. Para as pessoas que ali estavam comigo, era de nojo, medo, desconfiança. Um senhor me olhou e disse: "viu, somos piores que lixo. O crack que eu uso ou a cachaça que bebo não definem a pessoa que sou". Outro me conta sua vida e, lacrimejando, mostra os hematomas no corpo, resultado de um espancamento na noite anterior. Esse mesmo senhor me diz que toda moeda tem dois lados, o ruim e o bom. E que seu problema é desejar demais. Outra, fuma crack ao meu lado, bebe sua cachaça e agride e é agredida pelo namorado. Disse-me que somos sozinhos mesmo, inclusive eu, mesmo com "minha vida normal". Mas antes de tudo isso, um homem me olha profundamente e diz: "tu é só mais um! Tu é um cara legal, de boa, mas tu é só mais um! Não me faça falar da minha vida, porque nada vai mudar...". Como falava hoje pela manhã com uma profissional, para mim é muito cômodo ir na redenção, almoçar num bom restaurante e depois escutar histórias. Meu almoço nunca foi tão indigesto. Para que ou para quem serve o que fazemos? Pensativo e, sim, melancólico.

Em primeiro lugar, parece-me claro que, no caso dos moradores de rua, as representações sociais produzem e/ou reforçam a exclusão que sofrem cotidianamente. Soma-se aí a questão do uso de drogas, outra prática socialmente condenável e alvo de preconceitos e estereótipos. Além disso, o questionamento feito por um dos moradores de rua – “tu é só mais um!” – provocou uma tensão e um estranhamento na forma como nos concebemos enquanto pesquisadores. Para que serve esse estudo? Quais consequência terá? Serão “mapeadas” as representações sociais, e depois? O “tu só é mais um” nos convoca a um lugar desconfortável, porém necessário, e que nos remete inevitavelmente à dimensão ética e política da qual falávamos, apoiando-nos em Hannah Arendt (2010).

A partir de todas essas considerações, aceito o desafio proposto por Arruda (2011) de entender as representações como uma rede de significados – assim como funciona o pensamento social, em rede e em relação direta com a ação. Os processos representacionais acontecem na teia do social, na qual a linguagem e a comunicação são fundamentais, já que a comunicação é o suporte que possibilita a criação das representações sociais. Essa teia ou rede de significados não separa os fenômenos uns dos outros nem de seu contexto, pelo contrário, “as ramificações de todos os lados são o que compõe o quadro da representação. A representação social é um rizoma que cresce, urdida na tessitura da sociedade, uma rede sem fim, sempre em produção, sempre acolhendo novidades” (ARRUDA, 2011, p. 362).

Eis um grande desafio: tratar das representações sociais como uma rede de significados e em constante movimento e transformação. Nessa direção, questionamo-nos: Como o conceito de representação pode abrir brechas, fazer rupturas nos modos de viver as relações sociais? Sim, o poder circula, como nos ajuda a pensar Foucault (1984, p. 277), mas também

Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo o poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último a possibilidade de se matar, de pular pela janela ou de matar o outro. Isso significa que nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência – resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação -, não haveria de forma alguma relações de poder. Sendo esta a forma geral, recuso-me a responder à questão que às vezes me propõem: ‘Ora, se o poder está por todo o lado, então não há liberdade’. Respondo: se há relações de poder em todo o campo social, é porque há liberdade por todo o lado. Mas há efetivamente estados de dominação. [...]. Nesse caso de dominação – econômica, social, institucional, sexual – o problema é de fato saber onde vai se formar a resistência.

Então, a TRS não deverá se focar no poder em si, mas naquilo que o poder produz, no caso, a resistência. A resistência, em nosso modo de entender a TRS, só pode emergir sem a domesticação ou familiarização do novo, do estranho. Ao familiarizar o tempo todo, para nos

manter estáveis e protegidos, acabamos por estabelecer e/ou sustentar relações de dominação. Essa voz que diz “tu é só mais um!” precisa ecoar para além de um mapeamento de RS. Se não aparecer, perdemos a dinamicidade e, conseqüentemente, a noção de resistência. Os cantos habitados no Parque da Redenção, as diferentes formas de habitar e estar no espaço público não precisam necessariamente ser categorizados com o intuito de entender as representações sociais. Tratam-se de fronteiras móveis, dinâmicas, constituídas na e pela resistência (e inovação) das pessoas – isso os moradores de rua nos ensinam cotidianamente.

Para além da resistência dos grupos a que nos dedicamos compreender, o processo de implicação do pesquisador me parece igualmente fundamental. Estar em uma situação-limite, como a narrada no trecho do diário, pode ser uma boa oportunidade para o pesquisador se rever enquanto tal, enquanto ser humano. Aquilo que acreditamos como certo, verdadeiro, entrando em choque, conflito, com o certo e o verdadeiro do outro. Um precisa excluir o outro? Os conceitos de alteridade e polifasia cognitiva, amplamente debatidos na TRS, mostram que não. O encontro com o outro pode e deve fazer com que questionemos as nossas representações, entrando, em alguns momentos, num “vazio simbólico”, sem ponto de ancoragem.

A desorganização ou o estranhamento do familiar, aliados às noções de alteridade e polifasia cognitiva, podem ser as chaves teórico-práticas para colocarmos em evidência a tensão, a resistência, as relações de poder. O cotidiano do campo da pesquisa fez-me apostar nessas ferramentas para elucidar o movimento, a dinamicidade das representações sociais, para além dos mapas categorizados e estáticos. Mas, para além disso, faz-me acreditar que uma das funções do estudo das representações sociais pode ser justamente o de observar as nossas próprias mudanças, como as representações que construímos ao longo de nossas vidas se desestabilizam ou se modificam a cada encontro com o outro.

Aceitando, então, o desafio proposto por Arruda (2011), de conceber as representações sociais como uma rede de significados e em constante movimento e transformação, sugiro, ainda de maneira incipiente, a inclusão ou revisão de três pontos nos debates sobre a TRS, além do exposto sobre o “estranhamento do familiar”. O primeiro ponto, que iniciei no parágrafo anterior, diz respeito à ferramenta da análise de implicação (LOURAU, 2004a; 2004b; 2004c; 2004d; 2014), amplamente utilizada nas propostas de pesquisa-intervenção (PAULON, 2005; COIMBRA, 1995; ROCHA; AGUIAR, 2003). Partimos do pressuposto de que, na análise de implicação, “analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história” (COIMBRA, 1995, p. 66).

Jovchelovitch ([2007]2008) já vem destacando a análise de implicação como uma ferramenta importante nos estudos em RS, evidenciando dois níveis: o reconhecimento da pertença, que se refere a esses lugares ocupados nas relações sociais, e o processual, que se refere à natureza da relação do pesquisador com o campo. Em relação ao segundo nível, o meu envolvimento com o campo foi muito intenso, como acho que tenha ficado visível nas linhas que escrevi até aqui. Essa relação com o campo é sempre marcada com movimentos de aproximação e distanciamento. Nos três contextos observados, senti-me parte do cotidiano. Com a área técnica, principalmente nos Fóruns AD, não apenas observava, mas participava ativamente das discussões. Cheguei a participar de um curso em saúde mental para profissionais da Atenção Básica, propondo um debate sobre acolhimento. No CAPS AD, participava das oficinas no lugar e ao lado dos usuários, fazendo as receitas na Oficina de Culinária e velas na Oficina de Velas. Nesta última, os usuários me ensinavam como fazer as velas. Participava das reuniões de equipe, implicando-me nas discussões como se fosse um dos profissionais do CAPS. No Consultório na Rua, acolhi um morador de rua na base fixa, conversava e ajudava a equipe nas abordagens de campo. Vivi o cotidiano deles. Era o meu cotidiano também, minhas experiências compartilhadas com as *deles*.

Contudo, mesmo que eu estivesse com eles, usuários e profissionais, ao lado deles, aprendendo com eles, era eu quem estava lá, não posso “ocupar” o lugar do outro. Posso sentir com eles do lugar em que ocupo e a partir das minhas relações sociais. Nascido em Três Passos, interior do Estado do Rio Grande do Sul, pais comerciantes, classe média, proveniente de famílias descendentes de alemães e italianos, homem, branco, cresci escutando de meus pais, familiares e professores que eu deveria me manter longe dos “maconheiros” da cidade, pois eles eram “más influências”. Além disso, tenho ensino superior completo, doutorando, psicólogo, meus pais me deram condições financeiras para que eu pudesse estudar. Ou seja, uma série de identificações que me colocam num determinado lugar social, singular, que me aproximam ou me distanciam das pessoas que encontrei nesse percurso. Para ser acolhido como fui nos diferentes espaços, construir o comum talvez tenha sido o maior dos desafios.

Para construir o comum ou a zona de comunidade, fui tomado por desassossegos que desestabilizaram meus saberes, que foram, aos poucos, desconstruindo minhas representações sobre os usuários de drogas e o morador de rua, por exemplo. Como relatei no capítulo sobre o CAPS, essa zona comum foi sentida por mim no momento em que eu estava na cozinha com os usuários, quando “o doutor estava colocando a mão na massa”. Mesmo que por momentos, que às vezes parecem fugidios, o comum desperta o sentimento de confiança, base para acolher e ser acolhido. Com a análise de implicação, vislumbramos que todos somos polifásicos,

múltiplos. Sujeitos polifásicos, ortônimo e heterônimos. E a noção do sujeito, no seio da TRS, faz-nos repensar também no conceito de alteridade, nosso segundo ponto.

Um autor ainda pouco estudado na Psicologia Social é o filósofo Emmanuel Lévinas. Sua obra consiste, em termos gerais, na investigação da racionalidade do psiquismo humano a partir da relação intersubjetiva, na relação de um com outro (KUIAVA, 2014; HUTCHENS, 2009). Acredito que o pensamento de Lévinas pode representar uma valiosa contribuição no debate sobre a inclusão da noção de sujeito na TRS (ARRUDA, 2015; JODELET, 2009; JODELET, 2015a), pois em sua concepção de subjetividade, a alteridade está inscrita em sua própria estrutura, como transcendência que se movimenta em direção ao outro. A relação entre o eu e o outro não pode ser definida por um conceito *a priori*, pois o outro é infinitamente transcendente e estranho, avesso a essencialismos. O outro é inteiramente outro, é uma exterioridade metafísica, por isso que em Lévinas considerar o outro como *alter ego* é o mesmo que aniquilar a alteridade do outro (LÉVINAS, 2010; KUIAVA, 2014; HUTCHENS, 2009).

Pensar o outro dessa maneira traz uma consequência importante: o *eu* sai de si mesmo, de seu egocentrismo, e vai na direção do outro. O encontro entre o mesmo e o outro, entre o eu e o outro, implica em uma relação dialógica que “obriga” ambos a entrarem no diálogo. A busca do outro, portanto, representa uma volta ao sujeito, um sujeito ético. Ética, entendida por Lévinas, como uma relação concreta com o *rosto* do outro. O rosto, para o filósofo, é a maneira como o outro se apresenta e ultrapassa a ideia que se possa ter sobre ele – o rosto possui uma estrutura ética porque está além do fenomênico, além do ser. A dimensão ética da relação começa com a significação do rosto, pois a relação com o outro pode ser dominada pela percepção, mas o rosto não se reduz a ela, ele é o primeiro discurso, um modo de aparecer por detrás da aparência, da forma, uma abertura na abertura (LÉVINAS, 2010) – a diferença como valor, assim como fazem os autores pós-estruturalistas que inspiraram as reflexões de Jodelet (2009; 2015a) e Arruda (2011; 2015).

Quando os profissionais referem a alegria de encontrar o sujeito atrás da doença, parece-me que estão falando dessa dimensão ética do rosto, já que o encontro, no sentido atribuído por Lévinas, faz falar ao invés de tematizar, representar, classificar – pensar, significa antes de qualquer coisa, escutar. Reconhecer a alteridade do outro, então, é acolher a sua expressão, não matar o outro. E, conforme Kuiava (2014, p. 332),

Não matar significa, ainda, não reduzir toda e qualquer alteridade vulnerável aos esquemas mentais seguros e confortáveis do eu pensante, isto é, não reduzir o outro a um conteúdo representativo da consciência, eliminando a singularidade do outro, a diferença. A mensagem do imperativo é um chamado à responsabilidade: tu és responsável pelo outro e o és infinitamente, pois a exigência do outro é absoluta e infinita. Na relação ética não há meias palavras: ou o eu mata o outro, pois o outro é nudez e vulnerabilidade, ou o escuta e responde sem violência.

Essa noção de alteridade, portanto, mostra-se promissora para a TRS, pois rompe com a dicotomia clássica eu-outro e a noção mais essencialista de identidade, ainda presente no debate sobre alteridade. Essa noção rompe com o primado do eu sobre o outro, pois o rosto desestabiliza o eu, provoca desassossego. O outro me afeta, como diria Spinoza (2013). E essa “afetação” ou fluxo de afetos na relação com o rosto, leva-nos ao último aspecto que gostaria de pontuar. A articulação entre o “estranhamento do familiar”, a análise de implicação e a revisão do conceito de alteridade colocam os afetos e sentimentos em lugar estratégico, ainda pouco explorado pela TRS.

Jodelet (2009; 2015a), Jovchelovitch ([2007]2008), Arruda (2011) e Pombo-de-Barros e Arruda (2010) já vem apontando que os saberes construídos trazem, consigo, uma dimensão afetiva, que é impossível separar a razão da emoção, dos afetos. Pombo-de-Barros e Arruda (2010) encontraram pontos de afinidade entre a TRS e a Teoria do Desenvolvimento Emocional, de Donald Winnicott, apontando o papel da afetividade na construção das representações:

Vimos que a relação entre o desenvolvimento emocional e o uso e construção de representações sociais é complexa e retroalimentar. Identificamos dois movimentos fundamentais dessa relação: (a) o sujeito emerge da relação com a sociedade, parte da indiferenciação para o reconhecimento do outro e de si, sendo o outro fundamental em sua constituição; (b) por outro lado, e também por isso, o sujeito está numa luta constante para se afirmar, construir-se enquanto indivíduo diferenciado, por meio da afirmação de sua potencialidade. Assim, os afetos perpassam processos que vão a duas direções: a da pertença social e a da potencialidade individual. As representações sociais são uma forma de conhecimento que viabiliza esse movimento, pois funcionam para manter o vínculo social enquanto também permitem apropriações individuais, ou melhor, negociações entre os sujeitos que as partilham. (POMBO-DE-BARROS; ARRUDA, 2010, p. 357).

Minha proposta, entretanto, é a de pensar como os afetos podem desconstruir as representações. Quando estou diante de alguém que não partilha as mesmas representações comigo, o que faço? Torno familiar o não-familiar? Os afetos servem apenas para manter o sentimento de pertença a vínculos sociais anteriormente estabelecidos, ou podem construir outros vínculos a partir do encontro com o novo? Como discutimos extensamente neste capítulo, o desassossego que senti em vários momentos da pesquisa me levaram a pensar que as representações sociais, às vezes, capturam e enquadram a novidade, o “outro estranho”, em

noções pré-estabelecidas por mim, através das minhas relações e dos lugares que ocupo no mundo.

Tomando como pressuposto que o encontro com o outro está inscrito num fluxo de afetos (o encontro como produto e produtor de afetos), que esse encontro é dialógico, de escuta e acolhimento da expressão do outro em sua radical diferença (rostos) e que, por isso, me desestabiliza, me desassossega, podemos pensar em uma dimensão afetiva das representações sociais. Como procurei demonstrar nesse capítulo, os afetos servem tanto para construir quanto para desconstruir as representações sociais. No segundo caso, a desconstrução só pode acontecer no encontro com o outro, no acolhimento do outro em sua diferença, porque, assim, o outro me afeta, desestabiliza, desassossega. Esse processo, sempre situado em um contexto concreto, acontece no encontro e, portanto, na condição humana da pluralidade (ARENDRT, 2010). A ação, para Arendt (2010), é, mais uma vez, a atividade humana condicionada por essa pluralidade. É no âmbito da ação e da pluralidade que encontramos a noção de política para a autora. Dessa forma, essa dimensão afetiva da TRS é, antes de mais nada, uma dimensão política. Portanto, pensar nos afetos como forma de desconstrução das representações têm implicações políticas fundamentais, contribuindo, inclusive, com os processos de desinstitucionalização da loucura, da descriminalização e despatologização do uso de drogas e de tantos outros processos e fenômenos que tornam a vida das pessoas mais difícil. Tudo começou com meros desassossegos...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final de um longo trabalho, de uma pesquisa que tanto me desassossegou e me transformou. Não apenas durante a realização da pesquisa, mas ao longo desses quatro anos de doutorado, conheci muitas pessoas, participei de muitos encontros, fiz muitas amizades e, também, muitas leituras. Nos diferentes espaços em que fui vivendo e me colocando no mundo, esta tese foi sendo construída. Ela é o resultado de todos esses encontros e pessoas... e uma composição, que foi agregando novos autores e ideias, que teve início na graduação em psicologia, quando iniciei meus estudos sobre a questão das drogas.

A ideia do título desta tese surgiu em um desses muitos encontros. Em uma conversa com minha amiga e parceira de reflexões dentro e fora do nosso grupo de pesquisa da UFRGS, Maria Isabel Lopes, falava de como eu me sentia diante das muitas situações e histórias que conheci, escutei. Tentava explicar a ela meus sentimentos, os afetos que atravessavam meu corpo, mas que não conseguia nomear. Repentinamente, sem falar nada, ela pega seu computador e me mostra um vídeo, no qual uma pessoa declamava a poesia de Fernando Pessoa – ele falava em desassossego. O que eu sentia eram desassossegos! A partir de então, aproximei-me da obra de Fernando Pessoa e, dele, partiu a segunda inspiração: o uso de heterônimos. Tanto o desassossego quanto os heterônimos acabaram se constituindo, no decorrer da escrita, em operadores teórico-metodológicos. O desassossego operou no sentido de contribuir no processo de desconstrução e reconstrução de saberes, num movimento ininterrupto. A noção-sentimento de desassossego me levou a repensar, por exemplo, a própria teoria, através da qual fui construindo o campo problemático, ainda na elaboração do projeto. O heterônimo, enquanto ferramenta teórico-metodológica, deu visibilidade ao pressuposto de que somos sujeitos polifásicos, constituídos por relações e identificações múltiplas e singulares. A heteronímia me possibilitou um deslocamento de mim mesmo, em direção ao outro, que não precisa de mim para legitimar e compartilhar seus saberes – por isso, em função de uma escolha ética, mantive longos trechos de suas contribuições, a partir das entrevistas e grupos, reafirmando o lugar do outro, do seu lugar de alteridade radical.

Como toda pesquisa, esta revela um conjunto de saberes parciais, transitórios, construídos em tempos e espaços concretos e determinados. Como nos diz Todorov, a história vai se fazendo e se reconstruindo em movimentos imperceptíveis, por isso, por mais que se conheça a história, nunca é possível prevêê-la. Busquei, nesta tese, analisar, ou melhor, acompanhar como o encontro de saberes entre profissionais e usuários sustenta e/ou transforma as práticas de acolhimento. Ao longo da pesquisa, contudo, percebi que esse objetivo não é

unidirecional, pois também acabei acompanhando como determinadas formas de conceber e praticar o acolhimento transformam os saberes de usuários e profissionais. Exaustivamente busquei discutir, elucidar, refletir sobre essa complexa inter-relação entre saberes e práticas.

Com as equipes da Área Técnica de Saúde Mental, do CAPS AD, do CR e da RAPS, de um modo geral, aprendemos e aprofundamos as noções e práticas de acolhimento. Nos três contextos observados vislumbramos a noção de acolhimento como uma ação ou atividade técnico-especializada, um dispositivo de garantia e/ou ampliação do acesso, um dispositivo de (re) organização dos processos de trabalho e como uma postura e/ou tecnologia do cuidado. Acreditamos que esta tese traz novos elementos para pensarmos no acolhimento como um encontro de saberes entre profissionais e usuários, saberes que vão se transformando no encontro com o outro. Neste sentido, o acolhimento possibilita (ou torna-se possível através de) um encontro de saberes, entre profissionais e profissionais-gestores, entre profissionais e usuários, entre profissionais-gestores e usuários.

Inscrito em um regime de alteridade e de afetabilidade, o acolhimento se transforma em um encontro dialógico, sempre polifásico e marcado por tensões. Além disso, propomos que, como efeito, o acolhimento é produto e produtor de uma desestabilização da noção naturalizada de que a rede é apenas a distribuição e implementação de pontos/dispositivos de atenção em um determinado território. O acolhimento como uma sensação de “sentir-se acolhido” também provoca os mais variados sentimentos: alegria, confiança, tristeza, cansaço, impotência. Neste fluxo de afetos, o acolhimento, portanto, é uma conquista na árdua tarefa de construção do comum nos serviços de saúde e nos encontros. Para isso, frisamos que é impossível acolher sem ser acolhido.

Partindo da ideia de que os encontros cotidianos são atravessados por outros elementos, como o problema das drogas em nossa sociedade, questões políticas e governamentais, os recursos financeiros, o desconhecimento que os gestores têm sobre a função da RAPS, as condições estruturais e materiais dos serviços de saúde, a formação profissional, a intersetorialidade e questões sociais como as inequidades (de gênero, social, política, econômica), a pobreza, a violência e o tráfico de drogas, propomos um deslocamento da micropolítica do acolhimento para a macropolítica e, com isso, sugerimos a noção de “condição de acolhimento”. Inspirado em Hannah Arendt, sugiro nesta tese que, nos serviços da RAPS, o encontro com o outro (outro-usuário, outro-gestor, outro-familiar, outro-profissional) é uma atividade fundamental que corresponde à condição de acolhimento. A condição de acolhimento é um arranjo (sempre em construção e desconstrução) de elementos presentes em um

determinado contexto social e histórico que cria as condições de possibilidade para os encontros cotidianos nos serviços da RAPS.

Tal concepção, embora aqui restrita à discussão inscrita no campo das políticas sobre drogas, pode ser repensada em outros contextos. Desta interlocução com os atores da RAPS, apresentamos também algumas implicações para a Teoria das Representações Sociais. A partir da noção de desassossego e de tensão, resgato e acompanhamento o pensamento de autoras como Denise Jodelet, Sandra Jovchelovitch e Ângela Arruda para trazer à tona o debate sobre o retorno da noção de sujeito para dentro da TRS. Buscando uma articulação dessas autoras com o pensamento de filósofos como Lévinas, Arendt e Spinoza, proponho o aprofundamento de uma dimensão afetiva da TRS. Afetos, que surgem no encontro entre as pessoas e, portanto, diretamente relacionadas à condição da pluralidade humana e do ser político, que nos ajudam a pensar na desconstrução das representações sociais, e não apenas em sua construção.

Uma tese nunca estará terminada. Mas chega um momento em que é preciso parar e esperar que, com o tempo, outros desdobramentos, outras aberturas possam emergir do próprio texto, de sua releitura, dos pontos tensos que foram expostos e não desenvolvidos com maior profundidade, ou porque nesse momento não foi possível pela necessidade de mais leituras e reflexões que o tempo de um doutorado não permite, ou porque faz a função de despertar ou instigar a realização de outros “pesquisares”. Neste momento quero falar das limitações, das dificuldades deste estudo e desses pontos “cegos”, apenas levantados nesta escrita.

Em primeiro lugar, o desenho metodológico da pesquisa ficou demasiadamente amplo. No furor acadêmico de tentar “abraçar o mundo”, propus uma pesquisa extensa, complexa. Como disse no capítulo 2, com exceção do momento em que estive acompanhado de uma pesquisadora no Consultório na Rua, toda a pesquisa, que envolvia observação participante, realização de grupos de discussão e entrevistas, foi executada apenas por mim. Assim como foi com a análise de todo o material construído. Por desconhecimento meu, não foi utilizado nenhum tipo de *software* que ajudasse na análise qualitativa dos grupos e entrevistas. Portanto, uma pesquisa ampla como essa necessita de uma equipe trabalhando em conjunto, inclusive para observar e refletir sobre outras nuances desses saberes que talvez tenham passado despercebidos por mim.

Apesar de extensa, a tese traçou várias discussões que não tiveram o aprofundamento que merecem, dentre elas destaco: o debate sobre a reabilitação psicossocial; a questão da invisibilidade da diversidade sexual e de gênero nos serviços de saúde mental; a controversa questão das mulheres gestantes usuárias de drogas e em situação de rua; dentre outros. Essas limitações são, ao mesmo tempo, contribuições, pois acredito que as reflexões apresentadas

podem despertar o interesse para pesquisas futuras. Em relação às questões teóricas, faltaram-me tempo e leituras para aprofundá-las, mas caminhos começam a ser trilhados. No penúltimo capítulo parti de um esquema proposto por Ricardo Teixeira e ousei propor um esquema complementar, trazendo outros elementos que compõem o encontro entre profissionais e usuários no cotidiano dos serviços. Ainda, propus a noção de “condição de acolhimento”, que, ainda que incipiente, pode ser uma aposta para continuarmos pensando nos desdobramentos dessa ideia, que pode contribuir na construção de linhas de cuidado e continuidade do tratamento a pessoas que usam drogas.

Em relação à Teoria das Representações Sociais, considero-me um iniciante, com muito ainda a estudar e aprofundar. Talvez por falta de entendimento de minha parte, alguns aspectos da teoria e dos estudos dela derivados me incomodam. E isso aumentou ou tomou outros contornos quando, nas disciplinas e leituras que fiz no doutorado, entrei em contato com outros autores e ideias, alguns desconhecidos por mim. Foucault, Deleuze, Guattari, Bergson, Varela, Butler, e tantos outros me instigaram e confundiram. A confusão foi ainda maior pela ojeriza dentro da Psicologia Social à TRS. Entretanto, mesmo sabendo que meu conhecimento é bastante limitado em relação a esses autores citados e entendendo as diferenças epistemológicas, alguns desses autores compuseram minha escrita. Não no sentido de comparar ou tratar da mesma forma, mas operando em movimentos de distanciamento e aproximação, de diálogo e tensão. Como disse anteriormente, inspirado em trabalhos de Sandra Jovchelovitch, Ângela Arruda e Denise Jodelet, arrisquei-me nessa complexa composição. Por isso, entendo que essa questão teórica é tanto uma limitação quanto uma contribuição deste trabalho.

As estratégias metodológicas escolhidas também merecem uma atenção nesse momento final. Os grupos de discussão e as entrevistas narrativas mostraram-se muito potentes. Uma profissional do CAPS AD, após a entrevista, elogiou o método escolhido para a realização da pesquisa, pois, se não fosse pela construção da narrativa, ela não teria parado para pensar em sua trajetória e no quanto o seu trabalho tem valor. Nos grupos, escutei mais de uma vez que a proposta realizada aqui foi uma intervenção importante para os profissionais, agregando-se às ações de Educação Permanente em Saúde. A observação participante e a escrita do diário de campo foram mais que métodos, eles constituíram uma postura, uma relação ética com aqueles que eu estava encontrando e me relacionando. Com as pessoas em situação de rua, entretanto, as entrevistas narrativas não funcionaram muito bem. Em virtude da dinâmica das ruas, parar para participar de uma pesquisa e falar sobre sua vida requer tempo, e tempo para quem mora na rua é muito mais precioso do que eu poderia imaginar. As observações e as conversas informais registradas no diário de campo mostraram-se suficientes, e necessárias. Além disso,

a entrevista acaba formalizando um vínculo que havia se construído, o TCLE dificulta ainda mais – no cotidiano das ruas, a palavra dita vale muito mais que a palavra escrita. Assinar o próprio nome e deixar sua voz gravada em um aparelho parece ser uma “prova” contra si mesmo, pois, ao confiar no pesquisador, fala-se sobre tudo.

Para concluir, quero refletir sobre o que ou como essa pesquisa pode contribuir em diferentes dimensões. Primeiro, no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde, da RAPS e da gestão, acredito que a tese é um dos meios possíveis para pensarmos no reconhecimento do outro, do lugar que o outro ocupa – seja esse outro um usuário, um profissional, um familiar, um serviço. Vimos, no decorrer da escrita, que há nos encontros concretos que acontecem no cuidado *em ato* uma potência de vida incomensurável. Mas precisamos investir em tecnologias e estratégias que apostem mais na alegria do encontro, nos *alívios produtivos*, em práticas que cuidem dos cuidadores e em práticas de produção de saúde e subjetividades, portanto, acolhedoras. Criar as condições para acolher e ser acolhido. Acho que esta tese apresenta elementos importantes a serem considerados nos processos de decisão e implementação de políticas, recursos e de linhas de cuidado, bem como a necessidade de criar mecanismos para que os gestores (principalmente aqueles que ocupam altos cargos na Secretaria de Saúde) conheçam, de fato, a realidade da rede que estão gerindo. Colocamos em evidência os saberes de usuários e profissionais, e como eles se transformam mutuamente.

Em segundo lugar, acredito que essa pesquisa traga, também, algumas implicações para a academia. Vivemos dentro das universidades um clima de “guerras teóricas”, com fronteiras muito rígidas entre elas. Com a ideia de polifasia cognitiva e as noções pós-modernas de sujeito, partimos do pressuposto de que somos sujeitos polifásicos, ou seja, somos constituídos, num movimento contínuo, por formas diversas de subjetivação e lançamos mão, para tentar explicar e compreender as coisas da vida, de saberes diferentes, muitas vezes paradoxais. Se teoricamente afirmamos o valor da diferença, por que, na prática, a temos excluído? Como nos diria Lévinas, no encontro com outro, ou o matamos, ou o escutamos numa postura dialógica. Prefiro a escuta e o diálogo. Senão acabamos reproduzindo aquilo que tanto criticamos, dentro de nossas salas protegidas das universidades. Como professor, pesquisador, doutorando e psicólogo, compartilho agora um trecho de um diário íntimo escrito por mim, que diz um pouco das implicações que esta pesquisa (e as reflexões que fiz naquele momento) traz para a vida acadêmica:

Estou eu aqui corrigindo trabalhos e mais trabalhos, elaborando provas e vendo colegas professores também no ritmo alucinante de final de semestre. Lembrei-me de uma reflexão que fiz essa semana, fruto de muitos debates, e que compartilhei com alguns colegas da Unisc nessa semana. Estávamos em uma orientação coletiva de

estágio. Estudantes mostrando seus belos trabalhos desenvolvidos nos estágios integrados, mas também ressaltando as inúmeras dificuldades encontradas. Dentre elas, duas se destacam, como complementares uma a outra: 1) a grande demanda de trabalho dos profissionais da rede acaba transformando os serviços em ambulatórios de atendimento clínico-especializado, dificultando, assim, a construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares; 2) como efeito, causa ou consequência, sustentam-se processos de trabalho pautados na falta de diálogo, bem como nas lógicas do especialismo, encaminhamento e produtividade - que deve aparecer no Fly Saúde ou outros sistemas que contabilizem a "produção de saúde". Pois bem, uma excelente discussão acadêmica que pode contribuir para a melhoria dos serviços e do acesso à saúde. Entretanto, e voltando ao ponto inicial, o que estamos fazendo dentro das universidades? Nós estamos formando esse profissional que está na rede. Final de semestre: inúmeros trabalhos, provas e notas registradas nos sistemas acadêmicos (produtividade); trabalhos em grupo divididos em partes, na qual cada estudante fica com uma parte e depois se junta tudo (lógica do encaminhamento sustentada pela grande demanda de trabalho); professores e estudantes, inter e intra grupalmente, sentem dificuldades em dialogar, pois apontar problemas no trabalho parece sempre como uma ofensa pessoal, fica o dito pelo não dito; e, por fim, produz-se um número elevado de trabalhos (assim como a lógica dos números na saúde e a produção incessante de artigos para conseguir se manter nas regras do jogo Capesiano, por exemplo), sem profundidade e reflexão teórico-crítica, aí ficamos em nossas ilhas isoladas fazendo e corrigindo trabalhos - as estátuas pensantes de Norbert Elias. Queixamo-nos que todos, professores e estudantes, leem cada vez menos. Aqui penso termos um paradoxo importante a ser enfrentado: como é possível ler e refletir cada vez menos, e produzir cada vez mais? Como disse numa turma essa semana, qual a nossa responsabilidade diante da desordem da qual nos queixamos?

Encerro esta tese, portanto, não com um ponto final, mas com reticências... porque a história, como disse anteriormente, não é acabada, ela vai se fazendo em movimentos imperceptíveis. Espero ter contribuído com os usuários e profissionais, pois, uma das minhas grandes inquietações foi para que [e para quem] servem esses trabalhos acadêmicos, a não ser para aumentar as páginas do currículo *lattes* e conquistar titulações, como a de doutor. Em meio ao cansaço de concluir o doutorado, o que mais me motivou foi a confiança que usuários e profissionais depositaram em mim. Claro que a tese precisava ter um “tom acadêmico” para que eu pudesse ser “aprovado”, mas enquanto a escrevia eu a endereçava não aos membros da banca, mas a esses sujeitos que encontrei no decorrer da pesquisa. Que esta tese, então, sirva, ao menos, como instrumento ético e político de uma luta por um SUS e uma saúde mental de qualidade, garantindo a universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Que este trabalho nos lembre cotidianamente que, sem a construção de encontros efetivamente dialógicos, continuaremos reproduzindo e sustentando práticas de re-en-colhimento. Que sigamos, em nossos tão diversos modos de andar a vida, de ser e estar no mundo, construindo o comum, nos encontros, nos desassossegos...

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. A Educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. p. 183-212. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- ADORNO, R. C. F. A produção das cracolândias: razões de mercado, pânico moral e elogio da violência do estado – a epidemia de uma miséria política brasileira. In: Congresso Internacional da ABRAMD, 4., 2013, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRAMD, 2013.
- ADVB – Associação dos Dirigentes de Vendas do Brasil. **Caminhos do gol**. 2014. Disponível em: <http://www.advb.com.br/topdemarketing/cases2014/CAMINHO_DO_GOL.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- AIKINS, A. de-G. Familiarising the unfamiliar: cognitive polyphasia, emotions and the creation of social representations. **Papers on Social Representations**, n. 21, p. 7.1-77.28, 2012.
- ALAYA, D. B. Abordagens filosóficas e a teoria das representações sociais. p. 261-281. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.
- ALICE - Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação. **Boca de rua / boquinha**. 2013. Disponível em: <<http://www.alice.org.br/mais-projetos/linha-1---novos-canais-de-comunicacao/boca-de-rua/>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
- ALLANSDOTTIR, A.; JOVCHELOVITCH, S.; STATHOPOULOU, A. Social representations: the versatility of a concept. **Papers on Social Representations**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 1993.
- ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.
- ALMEIDA, R. C. B. de. **Simpatia e amor à humanidade: aproximações em David Hume**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Curso de Filosofia, São Leopoldo, RS, 2013.
- AMARANTE, P. D. de C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARALDI, J. C. et al. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 135-148, 2012.

ARAÚJO, L. F. de. et al. Estudos das representações sociais da maconha entre agente comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 827-836, 2006.

ARAÚJO, L. F. DE; GONTIÉS, B.; NUNES JÚNIOR, J. Representações sociais da cocaína: estudo comparativo entre universitários das áreas de saúde e jurídica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 315-323, 2007.

ARDOINO, J. L'analyse multiréférentielle des situations sociales. **Psychologie Clinique**, v. 3, p. 33-49, 1990.

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL. **Relatório da SMS Porto Alegre sobre o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas "Crack é possível vencer"**. Porto Alegre: SMS, 2014. (Relatório não publicado).

ARENDT, H. **A Condição humana**. 11. ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARRUDA, A. Modernidade & cia.: repertórios da mudança. p. 103-128. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (Org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

_____. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. p. 17-46. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. Representações sociais: dinâmicas e redes. p. 335-369. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

AZEVEDO, B. M. S.; CARVALHO, S. R. O Diário de Campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S. R. et al. (Orgs.). **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

BANCHS, M. A. Leitura epistemológica da teoria das representações sociais: reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido. p. 225-258. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

_____. Aproximaciones processuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **Papers on Social Representations**, v. 9, p. 3.1-3.15, 2000.

BARBOSA, A. P. Entre sociabilidades e representações sociais: uma experiência etnográfica na Vila Cruzeiro do Sul, Porto Alegre. **Illuminuras**, Porto Alegre, v. 16, n.38, p.165-180, jan./jul. 2015.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRA, S. A. R.; OLIVEIRA, L. M. L. de. O acolhimento na atenção primária à saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? **Revista APS**, v. 15, n. 2, p. 126-138, 2012.

BARROS, M. E. B. de; PIMENTEL, E. H. do C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Rev. Polis e Psique**, v. 2, n. 2, p. 3-22, 2012.

BARROS, R. B. de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2009.

BARROSO, P. F.; KNAUTH, D. R.; MACHADO, P. S. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social – o tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, p. 107-130, 2014.

BATALLER, M. A. S. O estudo da Gentrificação. **Revista Continentes**, UFRRJ, ano 1, n. 1, p. 9-37, 2012.

BAUER, M. W. A popularização da ciência como “imunização cultural”: a função de resistência das representações sociais. p. 183-207, 1994. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____.; GASKELL, G. Towards a paradigm for research on social representations. **Journal for the Theory of Social Behavior**, v. 29, n. 2, p. 163-186, 1999.

_____.; _____.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. 2000, p. 17-36. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K.; MARTINEZ, H. A. Experiência de gestão em saúde: reflexões sobre as práticas em um município do sul do Brasil. p. 109-128. In: SCARPARO, H. B. K.; BEDIN, D. M. (Orgs.). **Gestão em saúde: experiências de campo e pesquisa com inserção social**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005a.

_____.; _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BERGERON, H. **Sociologia da droga**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2012.

BERNARDES, J. de S. História. p.19-35. In: STREY, M. N. et al. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea – livro-texto**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BERTONI, N.; BASTOS, F. I. Em nome do grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”. Capítulo 4 – Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. p. 45-67. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014a.

_____.; _____. Em nome do grupo de Pesquisa “Scale-up”. Capítulo 9 – Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? Resultados da Pesquisa Nacional sobre Crack, 2012. p. 131-145. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014b.

BILLIG, M. **Argumentando e pensando**: uma abordagem retórica à psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, [1996]2008.

BOCA DE RUA. **É proibido proibir**. Porto Alegre, ano XII, n. 49, jul./ago./set. 2013a.

_____. **Movimento Renasce**. Porto Alegre, ano XII, n. 49, jul./ago./set. 2013b.

BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BOHM, A. M. **Os “monstros” e a escola**: identidade e escolaridade de sujeitos travestis. 2009. 103f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande de Sul, Porto Alegre.

BOURGOIS, P. Crack and the political economy of social suffering. **Addiction Research and Theory**, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2003.

_____. Useless suffering – The war on homeless drug addicts. In: GUSTERSON, H.; BESTEMAN, C. (Eds.). **The Insecure American** – How We Got Here and What We Should Do about It. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 2010.

BLOG da Saúde. **Conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS**. 23 abr. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35440-conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus-partei.html>>. Acesso em: 22 set. 2015a.

_____. 03 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35589-teste-rapido-pode-detectar-hiv-em-apenas-30-minutos.html>>. Acesso em: 22 set. 2015b.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v.6, p. 51-62, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Brasil. Observatório crack. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acesso em: 22 maio 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS**: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. (Cadernos de Atenção Básica n.28, volume I). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 7.637**, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Brasil, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas a usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde** – texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. (4 ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. (2 ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Mídia e drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira**. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. (2a.ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002 – Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos, 2002.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento** – CTA: manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRUXEL, Mateus. Toque de recolher: três unidades de saúde são fechadas na Vila Cruzeiro após criminosos decretarem toque de recolher. **ZH Notícias**. 23 abr. 2014. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/04/tres-unidades-de-saude-sao-fechadas-na-vila-cruzeiro-apos-criminosos-decretarem-toque-de-recolher-4482176.html>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R. G. (Orgs.). **A arte de ensinar e fazer saúde**. UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

BUSTOS, S. S. Representaciones Sociales de sustancias psicoactivas ilícitas en universitarios de la ciudad de Santiago. **Cuaderno Medicina Social**, Chile, v. 45, n. 2, p. 117-137, 2005.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de R. Aguiar, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Cosman conhece comunidade terapêutica Marta e Maria**. 29 jun. 2010. Disponível em: <http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?reg=12592&p_secao=56&di=2010-06-29>. Acesso em: 03 mar. 2015.

CAMARGO, P. O.; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-169, 2014.

CAMPOS, E. A. de; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 539-550, 2010.

CAMPOS, G. M. de; FERREIRA, R. F. A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 24, n. 2, p. 215-225, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARVALHO, J. C. de. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. **VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade**. Programa de Pós-Graduação em História/UERJ, 2011. Disponível em: <<http://www.neip.info>>. Acesso em: 01 maio 2012.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. **As metamorfoses da questão social** – uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, p. 113-126, 2001.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 2, p. 300-327, 2005.

CETAD. Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas. **Consultório de rua: origem e trajetória**. Salvador, BA: CETAD, UFBA, 2016. Disponível em: <<http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, v. 3, n. 1, p. 80-99, 2013.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social**, v. 11, p. 183-197, 1999.

COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**, v. 7, n. 1, p. 71-79, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.057/2013**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf>. Acesso em 30 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Documento de Referências Técnicas para a atuação de psicólogas (os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

_____. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2 ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONTE, M. Necessidade–demanda–desejo: o tempo lógico na direção do tratamento nas toxicomanias. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 24, p. 41-60, 2003.

COSTA et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. p. 41-66. In: RONZANI, T. M. et al. (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____; LAPORT, T. J.; PAIVA, F. S. de. Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições do paradigma ecológico no processo de intervenção em álcool e outras drogas. p. 189-218. In: RONZANI, T. M. et al. (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero (L. Schneid, Trad.). **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CUNHA, A. M. C.; YASUI, S. Apoiador matricial: uma possibilidade de promover a interdisciplinaridade entre profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011.

DANY, L.; APOSTOLIDIS, T. Study of the social representations of drugs and cannabis: motivation for prevention. **Sante Publique**, v. 14, n. 4, p. 335-344, 2002.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 1995.

DIÁRIO DE SANTA MARIA. **PM mata invasor de escola**. 2011. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/dsm/rs/impressa/4,42,3207597,16495>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan.-mar. 2009.

_____. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 95-127, 2012.

_____. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

_____.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. p. 39-60. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

DINIZ, C. S. **Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta**. 2000. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade_voluntaria.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

DOMANICO, A. **“Craqueiros e Cracados: Bem vindo ao Mundo dos Nóias!”** – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil, 2006.

DORNELLES, A. E. et al. O retrato censitário da população adulta em situação de rua em Porto Alegre. p. 43-58. In: DORNELLES, A. E.; OBST, J.; SILVA, M. B. **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. Belo Horizonte, MG: Didática Editora do Brasil; Porto Alegre, RS: Fundação de Assistência Social e Cidadania, 2012.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DUAILIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 545-57, 2008.

DUARTE, M. J. de O. Saúde Mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 39-48, dez. 2013.

DUVEEN, G. Introdução – O poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais – investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [2000]2010.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas** – Usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu** – trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FAGUNDES, S. M. S.; SILVA, M. C. C. Porto Alegre: nossa cidade e a saúde mental coletiva – 20 anos – recorte do movimento em atos. p. 8-28. In: LEITE, L. S.; SCARPARO, H.; SANTOS, S. J. E. (Org.). **Saúde Mental ConVida** – Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2013.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003.

FARR, R. M. **As raízes da psicologia social moderna**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, [1996]2010.

_____. Representações Sociais: a teoria e sua história. p. 27-51. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, [1994]2011.

FASE-RS. Disponível em: <<http://www.fase.rs.gov.br/wp/institucional/historico/>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. Introdução. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FERNANDES, L. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. **Monografias Humanitas** – Uso de drogas y drogodependencias. Barcelona, v. 5, p. 147-162, 2006.

FERREIRA NETO, J. L. A Atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia Ciência & Profissão**, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010.

_____. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FERREIRA, V. M.; SOUSA FILHO, E. A. de. Maconha e contexto familiar: um estudo psicossocial entre universitários do Rio de Janeiro. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 52-60, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde Debate**, Londrina, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan.-dez. 2008.

_____.; _____. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.129-138, 2009.

FLORES, A. R. **O núcleo da praça da Alfândega de Porto Alegre: requalificação e convergência.** 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FONSECA, T. M. G. Epistemologia. p. 36-48. In: STREY, M. N. et al. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea** – livro-texto. 9 ed.. Petrópolis: Vozes, 1998.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. **Ditos e Escritos V**, Editora Forense Universitária, 1984.

_____. A vida dos homens infames. p.203-222. In: FOUCAULT, M. Estratégia, poder-saber. **Ditos e Escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

FRANCO, S. da C. **Porto Alegre: guia histórico.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1992.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

_____.; FRANCO, C. M. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim/Rio de Janeiro. **Revista APS**, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.

FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.** 2004. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade.** 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 16. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, C. N. de; SOUZA, L. L. Saúde mental integrada à atenção primária. p. 121-126. In: LEITE, L. dos S. et al. **Saúde Mental ConVida** – registros da trajetória da Saúde Mental na cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2013.

FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRASIL). **Carta de apresentação da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos.** Brasília: Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, 2012.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Tradução de J. Salomão, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, [1930]1974.

FREYER, R. G., JR. et al. **Measuring the impact of crack cocaine.** Cambridge: NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, 2005.

FRÚGOLI JR., H. **São Paulo: espaços públicos e interação social.** São Paulo: Marco Zero, 1995.

_____.; CAVALCANTI, M. Territorialidades da(s) cracolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, v. 2, p. 73-97, dez. 2013.

GARCIA, C. C. **Ovelhas na névoa**: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1995.

GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA-CRUZEIRO-CRISTAL. **Apresentação da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos, 2014. (Apresentação em PowerPoint não publicada).

GIACOMOZZI, A. I. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 776-795, 2011.

GOLDENBERG, R. (Quem tem medo do) DSM-IV? In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011.

GOLDIM, José Roberto. **Eugenia**. 19 abr. 1998. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eugenia.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, n. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: FERRARI, I. F.; ARAÚJO, J. N. G. (Org.). **Psicologia e Ciência na PUC MINAS**, Belo Horizonte: PUC Minas, p. 291-312, 2004.

GOVERNO do Estado pretende construir presídio para dependentes químicos em 2013. **Zero Hora**. 09 ago. 2012. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/policia/noticia/2012/08/governo-do-estado-pretende-construir-presidio-para-dependentes-quimicos-em-2013-3848106.html>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

GUARANHA, C. et al. Reflexões sobre acolhimento em situações de violação de direitos no campo do gênero e da sexualidade. p. 167-198. In: NARDI, H. C.; MACHADO, P. S.; SILVEIRA, R. da S. **Diversidade sexual e relações de gênero nas políticas públicas**: o que a laicidade tem a ver com isso? Porto Alegre: Deriva/Abrapso, 2015.

GUARESCHI, P. A emergência da consciência ética – perspectiva psicossocial. In: GUARESCHI, P. A.; SUSIN, L. C. **A consciência moral emergente**. Aparecida, SP: Santuário, 1989.

_____. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. p. 149-161. In: ARRUDA, Â. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. O que é mesmo a Psicologia Social? Uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje. p. 37-52. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

_____. **Psicologia social crítica como prática de libertação**. 5. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, Mundo Jovem, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo** – Racionalidade da ação e racionalização social. V. 1. São Paulo: WMF Martins Fontes, [1929]2012a.

_____. **Teoria do agir comunicativo** – Sobre a crítica da razão funcionalista. V. 2. São Paulo: WMF Martins Fontes, [1929]2012b.

HALPERN, E. E.; LEITE, L. M. C. Representações de adoecimento e cura de pacientes do Centro de Dependência Química do Hospital Central da Marinha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1079-1089, 2012.

HARTMAN, D. M.; GOLLUB, A. The social construction of the crack epidemic in the print media. **J Psychoactive Drugs**, v. 31, n. 4, p. 423-33, 1999.

HELMAN, C. G. Psiquiatria Transcultural. In: HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HENAO, S. Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia, 2000. **Rev. Faculdade Nacional Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 26-37, 2012.

HESS, R. & WEIGAND, G. A escrita implicada. **Cadernos de Educação**, n.11, 2000.

HORTA, R. L. et al. **Drogas & internet**. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2009.

HOWARTH, C. A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. **British Journal of Social Psychology**, v. 45, n. 1, p. 65-86, 2006.

HUTCHENS, B. C. **Comprender Lévinas**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

IZAGUIRRE, G. Elogio do DSM-IV. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JEIFETZ, V.; TAJER, D. Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y Prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. **Anuario de Investigaciones – Facultad de Psicología UBA**, XVII, p. 317-320, 2010.

JESUINO, J. C. Um conceito reencontrado. p. 33-57. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

JIMÉNEZ, M. de la V. M. Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. **Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas**, v. 3, n. 2, p. 1-15, 2007.

JOBIM, D. J. dos S. **Movimento Popular da Grande Glória**. Série Depoimentos. Porto Alegre: Unidade Editorial EU/Secretaria Municipal da Cultura, 2000.

JODELET, D. Social representations: the beautiful invention. **Journal for the Theory of Social Behavior**, v. 38, n. 4, p. 411-430, 2008.

_____. A alteridade como produto e processo psicossocial. p. 47-68). In: ARRUDA, Â. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. A fecundidade múltipla da obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, [1989]2005.

_____. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, n. 156, p. 314-327, 2015a.

_____. O encontro dos saberes. p. 59-79. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (Org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015b.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

JOFFE, H. AIDS research and prevention: a social representation approach. **British Journal of Medical Psychology**, v. 69, p. 169-190, 1996.

JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber** – Representações, comunidade e cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, [2007]2008.

_____. Re(des)cobrando o outro – para um entendimento da alteridade na Teoria das Representações Sociais. p. 69-82. In: ARRUDA, Â. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **Representações sociais e esfera pública** – A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.

_____. Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão em psicanálise, sua imagem e seu público. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011a.

_____. Re-thinking the diversity of knowledge: cognitive polyphasia, belief and representation. **Psychologie & Societé**, v. 5, n. 1, p. 121-138, 2002.

_____. The rehabilitation of common sense: social representations, science and cognitive polyphasia. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 38, n. 4, p. 431-448, 2008.

_____. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. p. 53-72. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [1994]2011.

_____.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. p. 90-113. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [2000]2008.

_____.; PRIEGO-HERNANDEZ, J. **Sociabilidades subterrâneas**: identidade, cultura e resistência em favelas do Rio de Janeiro. Brasília: UNESCO, 2013.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas**, Natal-RN, v. 1, n. 1, jul./dez. 2007.

KEHL, M. R. **Em defesa da família tentacular**. 2003. Disponível em: <<http://www.mariaritakehl.psc.br>>. Acesso em: 10 set. 2011.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev. Psiquiatria RS**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

KOZENIESKI, E. M.; MEDEIROS, R. M. V. O processo de reterritorialização dos moradores no Condomínio Campos do Cristal em Porto Alegre/RS. **4º Encontro Nacional de Grupos de Pesquisa – ENGRUP**, São Paulo, p. 759-781, 2008.

KUIAVA, E. Ética da alteridade. p. 324-341. In: TORRES, J. C. B. (Org.). **Manual de ética**: questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis, RJ: Vozes; Caxias do Sul, RS: Universidade de Caxias do Sul; Rio de Janeiro: BNDES, 2014.

LACAN, J. **O seminário**. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução de M. D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LAHLOU, S. Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. p.59-97. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura**, n. 1, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

LANE, S.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social** – o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, [1984]2007.

LEACH, J. Análise retórica. p. 293-318. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [2000]2008.

LEITE, L. dos S.; SCARPARO, H. B. K.; OLIVEIRA, M. A. P. de. A gestão da saúde mental em Porto Alegre: um breve recorte. p. 129-140. In: SCARPARO, H. B. K.; BEDIN, D. M. (Orgs.). **Gestão em saúde**: experiências de campo e pesquisa com inserção social. Porto Alegre: Sulina, 2013.

LE POULICHET, S. **Toxicomanias y psicoanálisis** – Las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.

LÉVINAS, E. **Entre nós** – ensaios sobre a alteridade. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LIAKOPOULOS, M. Análise argumentativa. p. 218-243). In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [2000]2008.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu [online], v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014.

LÓPEZ, G. E. C. La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. **Anales de Psicología**, v. 23, n. 1, p. 85-91, 2007.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____. Objeto e método da análise institucional. p. 66-86. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a.

_____. Uma apresentação da análise institucional. p. 128-139. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b.

_____. Implicação e sobreimplicação. p. 186-198. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004c.

_____. Implicação-transdução. p. 212-223. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004d.

MACEDO, F. dos S. de; ROSO, A.; LARA, M. P. de. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 4, p. 1285-1298, dez. 2015.

MACERATA, I.; DIAS, R.; PASSOS, E. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiência de cuidado na cidade dos mega-eventos. p. 21-70. In: LOPES, L. E.; BATISTA, V. M. (Org.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack**. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 801-821, 2007.

MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, R. DE C. C.; MELO, J. R. F. de. Alcoolismo em indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 98-111, 2012.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et al. (Orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA, CEETAD/UFBA, 2004.

_____. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. 2010. Disponível em: <<http://www.neip.info>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

MÃE pede que filha viciada em crack seja esterilizada. **Zero Hora**. 19 dez. 2012. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2012/12/mae-pede-que-filha-viciada-em-crack-seja-esterilizada-3987556.html>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

MARINHO, M. B. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n.17, p. 343-54, mar/ago 2005.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, [2003]2006.

_____. Ethics in the theory of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 22, p. 4.1-4.8, 2013.

MARTINI, J. G.; FUREGATO, A. R. F. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. especial, p. 1-7, 2008.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MATEUS, M. D.; MARI, J. J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de Saúde Mental**: baseado no curso de Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-119, jan./mar. 2012.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. p. 47-62. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? – representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, maio/ago. 2004.

MEAD, G. H. **Mente, self e sociedade**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, [1934]2010.

MENDES, A. M. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. p. 59-76. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, F. J.; LOMBA, L. Positive and negative social representation of ecstasy among consumers in Coimbra (Portugal). **Adicciones**, v. 20, n. 1, p. 81-88, 2008.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. p. 19-67. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. p. 68-94. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

_____. O cuidado é um acontecimento e não um ato. p. 172-182. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013c.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. p. 213-225. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013d.

_____. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: CFP, 2012.

MILHOMEN, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. de. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare enferm.**, v. 12, n.1, p. 107-114, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Blog da Saúde**. Acessado em 31 de janeiro de 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz, 2010a.

_____. Hospital Federal de Bonsucesso. **Rotina para prevenção de transmissão de Tuberculose Nosocomial**. Rio de Janeiro: Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro, 09 dez. 2010b.

_____. Gabinete do Ministro. Assessoria para assuntos parlamentares. **Formulário de posicionamento sobre proposição legislativa**. 2012. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-ms-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Integrando CAPS e saúde da família: apoio matricial em saúde mental. p. 61-82. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 7-12, 2006.

MORANT, N. What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. **Papers on Social Representations**, v. 4, n. 1, p. 1-12, 1995.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais** – investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, [2000]2010.

_____. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, [1961]2012.

_____. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, v. 18, n. 3, p. 211-250, 1988.

_____. **Psicologia das minorias ativas**. Petrópolis, RJ: Vozes, [1979]2011.

_____. **Representações sociais** – Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA, D. B. et al. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. p.85-106. In: RONZANI, T. M. et al. (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, L. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

MÜLLER-GRANZOTO, M. J. Merleau-Ponty e Lacan: a respeito do estranho. **Revista AdVerbum**, v. 3, n. 1, p. 3-17, 2008.

NARDI, H. C. A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, jan./jun. 2003.

_____.; RAMMINGER, T. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 680-693, 2007.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p.8-15, 2009.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, Ano 10, n.1, p.151-168, 2010.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. p. 17-41. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.

NOTO, A. R. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, 2003.

NUÑO-GUTIÉRREZ, B. L.; ALVAREZ-NEMEGYEI, J.; RODRÍGUEZ-CERDA, O. Social representations used by the parents of Mexican adolescent drug users under treatment to explain their children's drug use: gender differences in parental narratives. **Adolescence**, v. 43, n. 170, p. 351-371, 2008.

OLIVEIRA, D. C. **Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil, 2009.

OLIVEIRA, E. M. DE.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. 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.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C. et al. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, J. F. de.; MCCALLUM, C. A.; COSTA, H. O. G. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 611-618, 2010.

_____; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

_____; _____. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/Aids em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 625-631, dez. 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

PACHECO, M. E. A. G. Políticas públicas e capital social: o projeto Consultório de Rua. **Fractal Rev. Psicol.**, v. 26, n. 1, p. 43-58, jan./abr. 2014.

PACTO POA. Disponível em: <<http://www.pactopoa.com.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações sociais e psicologia social. p. 305-332. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, 2010.

_____.; _____.; HENNINGTON, É. A. (2011). Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

- PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. p. 67-86. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.
- PAULON, S. M. A Análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 18-25, set-dez. 2005.
- _____. et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 73-94, 2012.
- _____. et al. Da loucura de trabalhar com a loucura: notas acerca dos (des)cuidados na Saúde Mental. p. 189-209. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimentos e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.
- _____.; NEVES, R. Apresentação. p. 11-16. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, 2008.
- PENIDO, C. M. F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. p. 17-38. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 150-160, 2011.
- PESAVENTO, S. J. Lugares malditos. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 195-216, 1999.
- PESSOA, F. **Livro do desassossego** – por Bernardo Soares. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- PET Saúde Mental, 2013. Disponível em: <<http://prosaude-ufrgs.blogspot.com.br/p/pet-saude-mental.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.
- PETUCO, D. R. S. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2010.
- _____. O cuidado de pessoas que usam drogas: Contribuições de uma redução de danos fecundada pela educação popular. **Trabalho apresentado no V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas**, Brasília, DF, Brasil, 2011.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PICKSTONE, J. **Medicina, Sociedade e Estado**. In: PORTER, R. **História da medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

PINHO, L. B. DE; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 612-619, 2009.

PIZZATO, R. M. S. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. p. 69-86. In: DORNELLES, A. E.; OBST, J.; SILVA, M. B. **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. Belo Horizonte, MG: Didática Editora do Brasil; Porto Alegre, RS: Fundação de Assistência Social e Cidadania, 2012.

POMBO-DE-BARROS, C. F.; ARRUDA, A. M. S. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 351-360, 2010.

PORTAL Médico. Pareceres. **Conselho Federal de Medicina**. 2011. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/37_2011.htm>. Acesso em: 25 maio 2015.

PORTO ALEGRE TRAVEL. Caminhos do gol. **Área do torcedor**. Disponível em: <http://www.portoalegre.travel/site/area_torcedor.php?idIndice=42&bitPesquisa=1>. Acesso em: 04 jan. 2016.

PROCEMPA. **Mapa gerado na plataforma Observa POA**. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Disponível em: <<http://observapoa.com.br/>>. Acesso em: 19 jan. 2016a.

_____. **Análises intraurbanas**. Porto Alegre: Observatório da Cidade de Porto Alegre. Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=1_9_0>. Acesso em: 19 jan. 2016b.

PULCHERIO, G. et al. Crack – da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 803-815, 2015.

_____.; _____. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.

_____.; _____. Uso de crack na cidade de São Paulo/Brasil. **Revista Toxicodependências**, Edição IDT, v. 16, n. 2, p. 29-37, 2010.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. Crack in the rearview mirror: deconstructing drug war mythology. **Social Justice**, v. 31, n. 1-2, p. 182- 199, 2004.

_____.; _____. The crack attack – Politics and media in the crack scare. In REINERMAN, C.; LEVINE, H. G. (eds.). **Crack in America**: demon drugs and social justice. Berkeley: University of California Press, 1997.

RENEDO, A. Polyphony and Polyphasia in Self and Knowledge. **Papers on social representations**, v. 19, p. 12.1-12.21, 2010.

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RIGHI, L. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização**. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ROCHA, M.; AGUIAR, K. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a lógica dos danos. **Revista Verve**, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 3, 2003a.

_____. **Narcotráfico: uma guerra na guerra**. São Paulo: Desatino, 2003b.

_____. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC, FAPESP, Hipótese, 2004.

RODRÍGUEZ, E.; MEGÍAS, E. Una aproximación al cambio en las representaciones sociales sobre drogas en España. **Transtornos Adictivos**, v. 3, n. 3, p. 181-192, 2001.

ROMAGNOLI, R. C. O SUAS e a formação em psicologia: territórios em análise. **ECOS**, v. 1, n. 2, p. 120-132, 2012.

ROMANI, O. Informação sobre drogas: ações, valores e orientações. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade – faces de um tema proscrito**, v. 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

ROMANINI, M. **“Rodas de conversa” sobre a (além da) campanha “Crack, nem pensar”**: a saga do “Super-Homem Moderno” em tempos de crack. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011.

_____.; ROSO, A. Mídiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013a.

_____.; _____. Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo “Refugio Humano”. **Psico USF**, v. 18, n. 3, p. 373-382, 2013b.

_____.; _____. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, 82-97, 2012.

_____.; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Rev. Polis e Psique**, v. 4, n.2, p. 206-229, 2014.

RONZANI, T. M. et al. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1751-1762, 2009.

ROSA, L. C. S. **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

ROSO, A. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. **Psico**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 155-169, 1997.

ROTELLI, F. Onde está o senhor? In: COSTA, J. F. et al. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, n. 3, p. 66-76, 1992.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, C. **Pleasure and danger**. Boston: Routledge, 1984. p. 217-319.

RUI, T. **Nas tramas do crack** – etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

RUSCHEL, S. P. **A modernidade na avenida Farrapos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. Sobre o pensamento social e sua gênese: algumas impressões. p. 283-302. In: ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

_____. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, supl. 1, p. 651-664, 2009.

SAFFIOTI, H. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **Série Estudos/Ciências Sociais/FLASCO-Brasil**, 2009.

Disponível em:

<http://www.flasco.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

SALAZAR, T. R. El debate de las representaciones sociales em la psicología social. **Relaciones**, v. XXIV, n. 93, p. 52-80, 2003.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, B. de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, M. O retorno do território. p. 15-20. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território globalização e fragmentação**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1996.

_____. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. p. 97-118. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

SCARPARO, H.; LEITE, L. S.; SANTOS, S. J. E. Saúde mental em Porto Alegre: considerações sobre nossos caminhos. p. 140-147. In: LEITE, L. S.; SCARPARO, H.; SANTOS, S. J. E. (Org.). **Saúde mental ConVida** – Registros da trajetória da saúde mental na cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2013.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.12, n.1, p.130-140, março 2009.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A “situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais. p. 11-26. In: DORNELLES, A. E.; OBST, J.; SILVA, M. B. **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. Belo Horizonte, MG: Didática Editora do Brasil; Porto Alegre, RS: Fundação de Assistência Social e Cidadania, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Projeto da saúde sensibiliza servidores na luta por desigualdade**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=184240&PROJETO+DA+SAUDE+SENSIBILIZA+SERVIDORES+NA+LUTA+POR+IGUALDADE>. Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. **Relatório anual de gestão 2013**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2013.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2013.

_____. **Relatório anual de gestão 2014**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v. 7, n. 12, 101-122, 2003.

SIERRA, D. R. et al. Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. **Adicciones**, v. 17, n. 4, p. 349-360, 2005.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, abr. 2014.

SILVA, J. C. A. da. **Reorganização espacial e a iniciativa privada**. Estudo de Caso – Barra Shopping Sul. Trabalho de Conclusão apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Geografia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Geografia. Orientadora: Ana Regina de Moraes Soster. Porto Alegre: PUCRS, 2009.

SILVA, S. L.; ADORNO, R. C. F. A etnografia e o trânsito das vulnerabilidades em territórios de resistências, registros, narrativas e reflexões a partir da Cracolândia. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 21-31, 2013.

SIMERS. Consultórios de Rua: apenas marketing. **Vox Medica**, Porto Alegre, Ano XI, n. 60, set. 2012. Disponível em: <<http://simers.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Vox-Medica-60.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et. al. (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

SIMPSON, K. Transexualidade e travestilidade na saúde. p. 9-15. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil, 2007.

_____.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 37-58, 2012.

SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V. do. Psicólogos(as) no SUS: a convivência necessária com as políticas de saúde. p.47-74. In: OLIVEIRA, I. F. de; YAMAMOTO, O. H. (Orgs.). **Psicologia e políticas sociais: temas em debate**. Belém: UFPA, 2014.

SPINOZA, B. **Ética**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. p. 1-9. Working-paper. **Research conference on rethinking “the public” in public health: neoliberalism, structural violence and epidemics of inequality in Latin America**. San Diego: 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.html>>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. p. 89-111. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. p. 131-150. In: TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **Ideologia e cultura moderna** - teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

TONDIN, M. C.; NETA, M. A. P. B.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Rev. Educ. Públ.** Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, maio/ago. 2013.

TOROSSIAN, S. D.; PAPINI, P. A. As Drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções. In: CRUZ, L. R.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.). **Interloquções entre a psicologia e a política nacional de assistência social**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

TRAJANO, A. R. C.; SILVA, R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 16-36, 2012.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. de F. de S.; ALMEIDA, A. M. de O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. p. 101-121. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

VALA, J. Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. p. 353-384. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coords.). **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

VARELA, F. J. O reencantamento do concreto... p.71-86. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Orgs.). **Cadernos de subjetividade** (reencantamento do concreto). São Paulo: Hucitec, EDUC, 2003.

VARGAS, B.; ROCHA, P. Porto Alegre tem alteração no perfil de moradores de rua. Porto Alegre: **Jornal Zero Hora**, 2015. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/porto-alegre/noticia/2015/01/porto-alegre-tem-alteracao-no-perfil-de-moradores-de-rua-4687878.html>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

VARGAS, D. de. et al. Representação Social de enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 242-248, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010. p. 17-73

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. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. p.159-166. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

VEJA. **Usuários de Crack voltam às ruas após ação de acolhimento**. 2012. Disponível em <<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/usuarios-de-crack-voltam-as-ruas-apos-acao-de-acolhimento>>. Acesso em: 12 set. 2013.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. p. 35-82. In: LOURO, G. L. (Org.). O corpo educado – Pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 5-15, 2012.

_____.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Revista Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-38, 2008.

WORDSALAD App. Disponível em: <<http://wordsaladapp.com>>. Acesso em: 20 set. 2015.

ZALUAR, A. Introdução: Drogas e Cidadania. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e Cidadania**: repressão ou redução de riscos. p. 7-22. São Paulo: Brasiliense, 2008a.

_____. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. p. 97-128. São Paulo: Brasiliense, 2008b.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis**, v. 18, n.2, p. 277-293, 2008.

ZANELLA, A. V. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina, Ed. UFRGS, 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa de doutorado. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Informações sobre a Pesquisa:

Título do Projeto: “Redes de Produção de Saúde, Políticas sobre Drogas e Representações Sociais: do re-en-colhimento ao acolhimento”

Pesquisadores Responsáveis: Pedrinho A. Guareschi (UFRGS) e Adriane Roso (UFSM)

Doutorando: Moises Romanini

Telefone para contato: (51) 3508-5465

O projeto busca investigar a questão do acolhimento a pessoas que usam drogas em diferentes serviços da rede de atenção psicossocial no município de Porto Alegre/RS. A pesquisa será realizada com usuários e profissionais de equipes de três serviços: Consultório na Rua, Internação em Hospital Geral e Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD). Também contará com a participação de pessoas implicadas com a discussão sobre o tema e que não estão vinculadas aos referidos serviços. Numa primeira etapa você será convidado a participar de um grupo de discussão sobre a questão do acolhimento, para, num segundo momento, ser convidado para uma entrevista individual. Lembramos que os grupos e as entrevistas serão agendados com antecedência. Se você concordar, tanto o grupo quanto a entrevista serão gravados para nossas análises. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados e os relatos de pesquisa serão identificados com um código, e não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados, que serão arquivados pelos pesquisadores responsáveis para análises e consultas posteriores.

Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos talvez desconfortáveis, será oferecido ao final dos encontros um espaço para você falar livremente o que quiser. Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto, como pagamento. Entretanto, esperamos que essa pesquisa possibilite a construção de novos saberes acerca do uso de drogas, da saúde. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outras pessoas. Você tem a liberdade de se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. No entanto, solicitamos sua colaboração ao participar do grupo e entrevista, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com os coordenadores Dr. Pedrinho Guareschi, através do telefone (51) 35085338, Dra. Adriane Roso através do telefone (55) 3220-9231 e Moises Romanini através do telefone (51) 8293-4903. Ao participar deste estudo você não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua colaboração.

Consentimento da Participação

Ao concordar com este termo, estou ciente de que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos e da justificativa do presente projeto de pesquisa, não havendo nenhum desconforto ou risco para minha pessoa. Tenho conhecimento que receberei respostas a qualquer dúvida sobre os procedimentos relacionados com a pesquisa.

Entendo que serei identificado, entretanto meus dados de identificação se manterão sob acesso restrito dos pesquisadores, sendo as informações por mim prestadas de caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo, bem como, autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações obtidas.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer prejuízo. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa

Local e Data

Assinatura do participante da pesquisa

Pedrinho A. Guareschi
Pesquisador Responsável

Adriane Roso
Pesquisadora Responsável

Moises Romanini
Doutorando UFRGS

Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Psicologia UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Bairro Santa Cecília
Porto Alegre – RS – Brasil
Telefone para contato: (51) 3308-5698
E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**Comitê de Ética em Pesquisa –
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/CEP SMSPA**
Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar – CEP 90010-040
Porto Alegre – RS – Brasil
Telefone para contato: (51) 3289-5517
E-mail: cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(para os colaboradores da pesquisa – co-mediadores e observadores dos grupos, alunos de iniciação científica⁷⁶)

Título do Projeto: Redes de Produção de Saúde, Políticas sobre Drogas e Representações Sociais: do re-en-colhimento ao acolhimento

Pesquisadores Responsáveis: Pedrinho A. Guareschi (UFRGS) e Adriane Roso (UFSC)

Doutorando: Moises Romanini

Telefone para contato: (51) 3508-5465

Os profissionais e estudantes colaboradores da pesquisa “Redes de Produção de Saúde, Políticas sobre Drogas e Representações Sociais: do re-en-colhimento ao acolhimento” se comprometem a preservar a privacidade dos usuários e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Porto Alegre/RS que participaram das entrevistas e grupos realizados no projeto. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Para tal fim, os dados e os relatos de pesquisa serão identificados com um código, e não com nome do participante. Apenas os pesquisadores terão conhecimento dos dados, que serão arquivados sob a responsabilidade do Prof. Dr. Pedrinho A. Guareschi para análises e consultas posteriores, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, situado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, 3º andar, sala 300D. Após o período de três anos, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS em/...../....., com o número do CAAE e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em/...../....., com o número do CAAE

Porto Alegre/RS, _____ de 2014

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nome do colaborador

Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Psicologia UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Bairro Santa Cecília

Porto Alegre – RS – Brasil

Telefone para contato: (51) 3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/CEP SMSA

Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar – CEP 90010-040

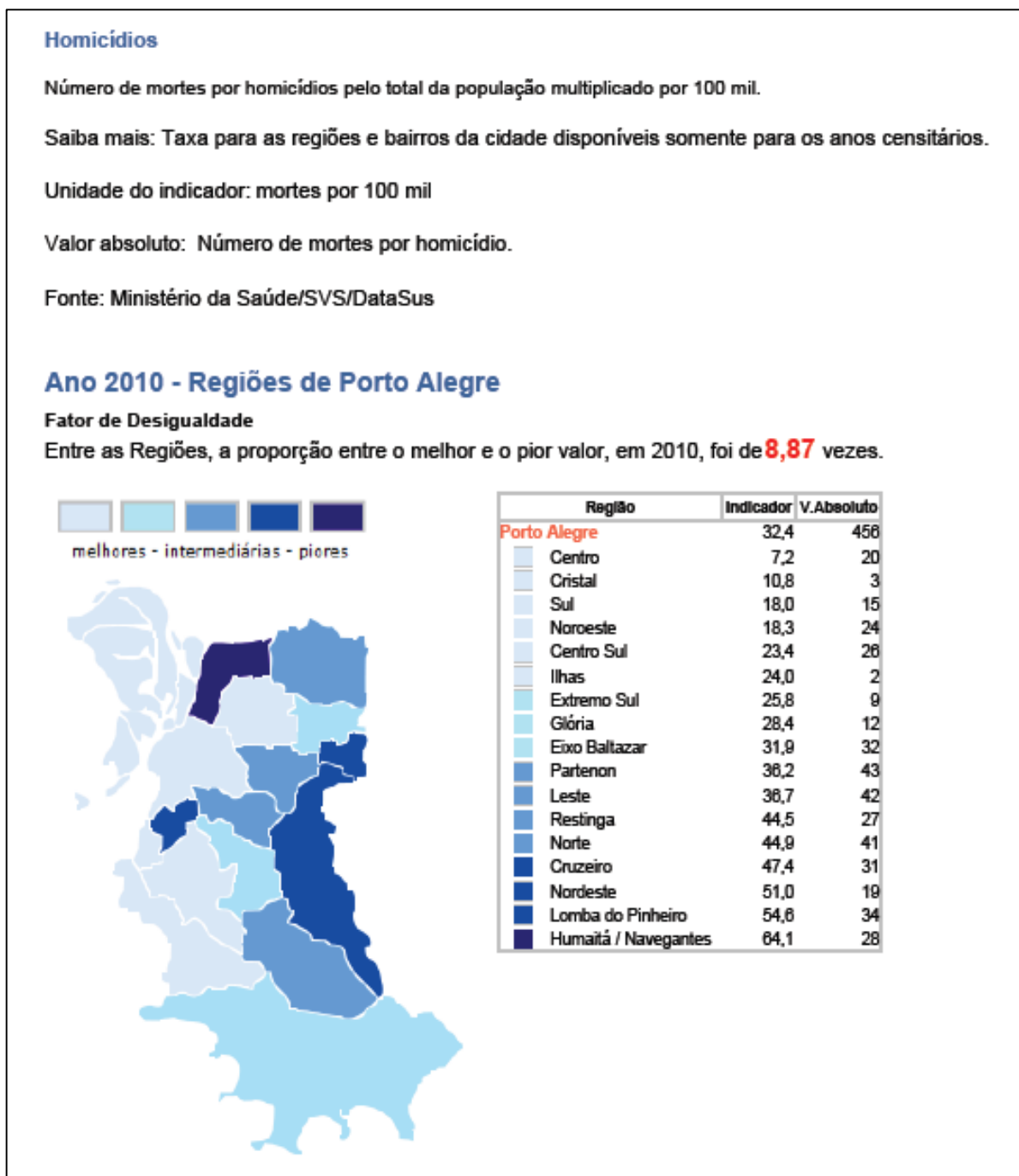
Porto Alegre – RS – Brasil - Telefone para contato: (51) 3289-5517

E-mail: cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

⁷⁶ O presente termo de confidencialidade ainda não apresenta os nomes e assinaturas dos colaboradores, pois estes serão definidos após a inserção do doutorando nos locais da pesquisa. O documento assinado será anexado ao relatório da pesquisa.

ANEXO A - INDICADORES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

1. Homicídios



Fonte: Dados gerados pela PROCEMPA (2016a)

2. Domicílios Pobres

Domicílios pobres

Percentual de domicílios com rendimento domiciliar per capita até 1/2 salário mínimo.

Saiba mais: Nestes valores já estão contabilizados os domicílios indigentes.

Unidade do indicador: Percentual

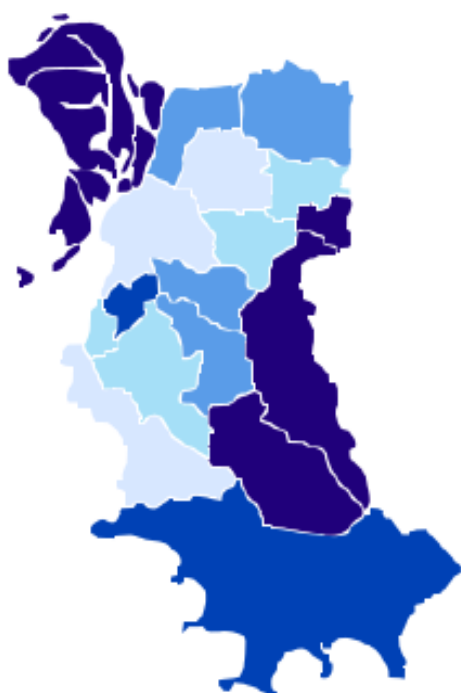
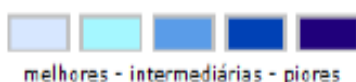
Valor absoluto: Número de domicílios com rendimento domiciliar per capita até 1/2 salário mínimo.

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ano 2010 - Regiões de Porto Alegre

Fator de Desigualdade

Entre as Regiões, a proporção entre o melhor e o pior valor, em 2010, foi de **20,47** vezes.



Região	Indicador	V.Absoluto
Porto Alegre	9,80	49.827
Centro	1,58	1.993
Noroeste	3,22	1.664
Sul	7,76	2.148
Cristal	8,37	865
Centro Sul	9,14	3.459
Eixo Baltazar	9,79	3.509
Leste	11,80	4.519
Partenon	12,94	5.056
Humaitá / Navegantes	12,96	1.998
Norte	14,69	4.381
Glória	15,88	2.185
Extremo Sul	17,20	1.911
Cruzeiro	17,45	3.633
Lomba do Pinheiro	21,88	4.188
Restinga	22,88	4.135
Nordeste	31,08	3.385
Ilhas	32,34	832

Fonte: Dados gerados pela PROCempa (2016a)

3. Moradias precárias

Moradias precárias

Percentual de domicílios em área de moradia precária sobre o total de domicílios.

Saiba mais: Refere-se a um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais em geral com urbanização fora dos padrões vigentes, denominado como aglomerado subnormal.

O número de domicílios da cidade é superior ao somatório dos valores apresentados pelas Regiões, pela restrição de dados feita pelo IBGE.

No ano de 2000, não havia setor de classificação aglomerados subnormal para Ilhas.

Unidade do indicador: Percentual

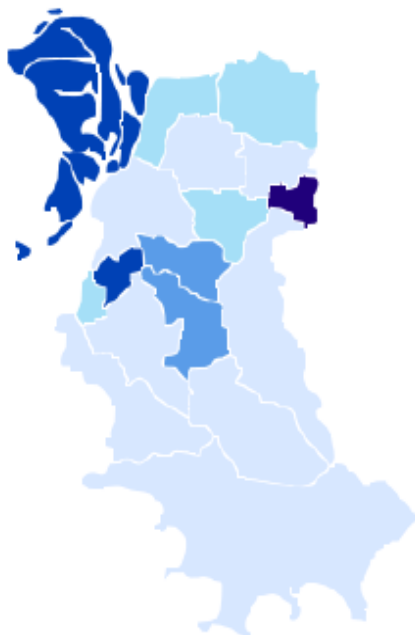
Valor absoluto: Número de domicílios área de moradia precária.

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ano 2010 - Regiões de Porto Alegre

Fator de Desigualdade

Entre as Regiões, a proporção entre o melhor e o pior valor, em 2010, foi de **440,30** vezes.



Região	Indicador	V.Absoluto
Porto Alegre	11,01	55.994
Centro	0,10	127
Noroeste	3,16	1.634
Extremo Sul	3,20	356
Lomba do Pinheiro	6,16	1.180
Centro Sul	7,04	3.004
Sul	8,40	2.324
Eixo Baltazar	9,05	3.244
Restinga	10,79	1.049
Norte	13,06	4.166
Cristal	17,75	1.835
Humaitá / Navegantes	17,80	2.744
Leste	19,86	7.530
Partenon	23,27	9.083
Glória	23,81	3.277
Ilhas	35,87	923
Cruzeiro	37,54	7.813
Nordeste	44,03	4.795

Fonte: Dados gerados pela PROCEMPA (2016a)

4. Rendimento médio dos responsáveis por domicílio

Rendimento médio dos responsáveis por domicílio

Rendimento médio dos responsáveis por domicílio em salários mínimos.

Saiba mais: O cálculo da média não inclui os responsáveis por domicílios particulares permanentes sem rendimentos.

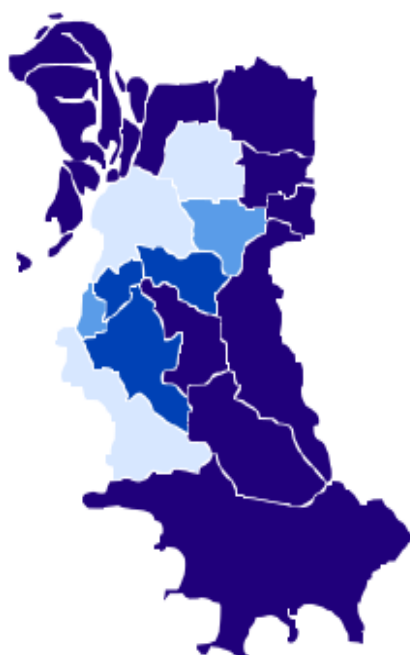
Unidade do indicador: Salários mínimos

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ano 2010 - Regiões de Porto Alegre

Fator de Desigualdade

Entre as Regiões, a proporção entre o melhor e o pior valor, em 2010, foi de **5,24** vezes.



Região	Indicador	V. Absoluto
Porto Alegre	5,29	...
Centro	8,80	...
Noroeste	6,80	...
Sul	6,69	...
Cristal	5,26	...
Leste	4,76	...
Centro Sul	4,09	...
Cruzeiro	3,83	...
Partenon	3,58	...
Humaitá / Navegantes	3,21	...
Eixo Baltazar	3,12	...
Extremo Sul	2,92	...
Glória	2,80	...
Norte	2,64	...
Restinga	2,10	...
Lomba do Pinheiro	2,07	...
Ilhas	2,03	...
Nordeste	1,68	...

Fonte: Dados gerados pela PROCempa (2016a)

5. Nascidos de mães com baixa escolaridade

Nascidos de mães com baixa escolaridade

Percentual de nascidos vivos cujas mães tem escolaridade menor que o ensino fundamental, sobre o total de nascidos vivos.

Saiba mais: O número de nascidos vivos da cidade é superior ao somatório dos valores disponibilizados por bairros e regiões. A diferença deve-se aos registros que não possuem endereço para sua localização.

Unidade do indicador: Percentual

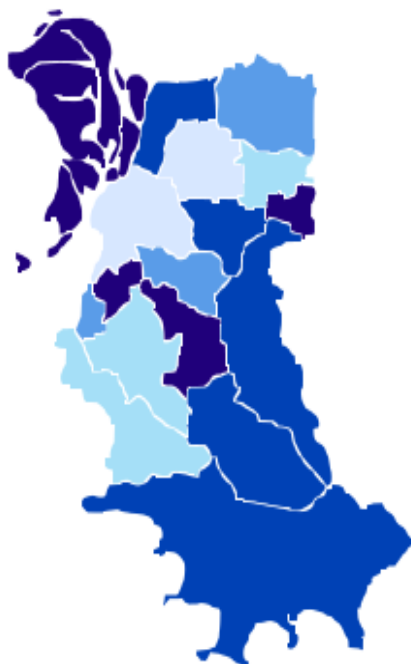
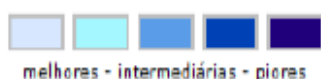
Valor absoluto: Número de nascidos vivos cujas mães tem escolaridade menor que o ensino fundamental.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde (SMS) - Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) - Ministério da Saúde

Ano 2012 - Regiões de Porto Alegre

Fator de Desigualdade

Entre as Regiões, a proporção entre o melhor e o pior valor, em 2012, foi de **7,92** vezes.



Região	Indicador	V.Absoluto
Porto Alegre	23,39	4.550
Centro	7,32	190
Noroeste	9,37	125
Sul	17,07	189
Eixo Baltazar	17,48	223
Centro Sul	20,62	295
Partenon	24,96	426
Cristal	25,13	95
Norte	26,81	385
Leste	27,37	451
Extremo Sul	28,43	143
Humaitá / Navegantes	29,15	200
Restinga	30,11	271
Lomba do Pinheiro	30,76	342
Cruzeiro	32,93	323
Nordeste	35,21	194
Glória	35,35	257
Ilhas	58,02	76

Fonte: Dados gerados pela PROCEMPA (2016a)

6. Relação renda do trabalho entre homens x mulheres

Relação renda do trabalho entre homens x mulheres

Apresenta quantos reais os homens recebem para cada 100 reais que as mulheres recebem, de acordo com o rendimento nominal mediano mensal.

Obs.: Este indicador pertence originalmente ao tema Gênero, mas também se relaciona com o tema Trabalho e Renda.

Saiba mais: É a relação entre o rendimento nominal mediano mensal, de trabalho dos homens com 10 anos ou mais, sobre o rendimento nominal mediano mensal de trabalho das mulheres com 10 anos ou mais.

Os dados das Regiões Ilhas e Humaitá/Navegantes foram tabulados em conjunto.

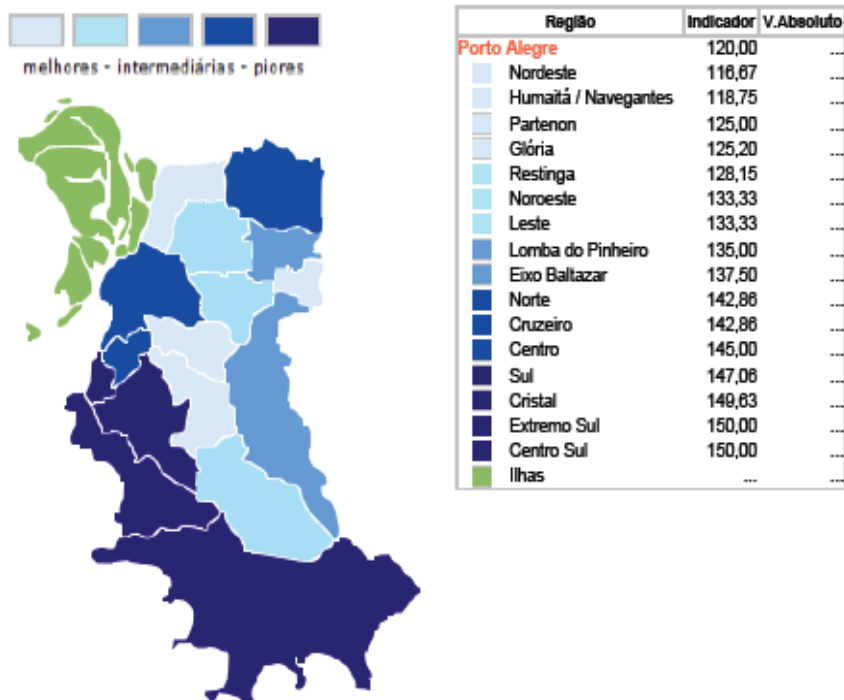
Unidade do indicador: Razão percentual

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ano 2010 - Regiões de Porto Alegre

Fator de Desigualdade

Entre as Regiões, a proporção entre o melhor e o pior valor, em 2010, foi de **1,29** vezes.



Fonte: Dados gerados pela PROCENPA (2016a)

ANEXO B - MORADORES DE RUA EM PORTO ALEGRE

JORNAL ZERO HORA⁷⁷

Famílias e aglomerações

Porto Alegre tem alteração no perfil de moradores de rua

Possível aumento dessa população é uma das questões que desafiam estrutura da prefeitura

Por: Bruna Vargas e Paulo Rocha

26/01/2015 - 04h01min | Atualizada em 26/01/2015 - 11h22min



Porto Alegre tem alteração no perfil de moradores de rua Fernando Gomes/Agencia RBS
Rua Dr. Julio Olszewski, continuação da Ramiro Barcelos junto à Avenida da Legalidade, reúne usuários de crack.

Foto: Fernando Gomes / Agencia RBS

Calçadas, viadutos e canteiros não foram feitos para dormir, mas em Porto Alegre, cada vez mais, parecem pequenos para a quantidade de pessoas que os adotam como lar.

Locais não registrados no mais recente cadastro da população adulta em situação de rua, realizado pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (Fasc) em 2011, contam com pequenos "condomínios de rua", e a multiplicação dos vizinhos é observada por quem vive na via pública.

E se Porto Alegre se adaptasse aos moradores de rua?

⁷⁷ Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/porto-alegre/noticia/2015/01/porto-alegre-tem-alteracao-no-perfil-de-moradores-de-rua-4687878.html>>. Acesso em: 12 nov. 2015. OBS.: as expressões em itálico, no corpo deste anexo, são links de outras matérias veiculadas no Jornal Zero Hora.

Maioria dos moradores de rua de Porto Alegre se recusa a ir para um albergue

— Aumentou de forma considerável a complexidade dos casos. Muitas pessoas são expulsas de suas comunidades por causa de criminalidade, tráfico e violência doméstica. É uma coisa que não se via muito: famílias em situação de rua. Também há aqueles que se agrupam para se proteger — observa o presidente da Fasc, Marcelo Soares.

Levantamento realizado em quatro dias das últimas duas semanas pela Rádio Gaúcha registrou 21 pontos, apenas na área central (bairros Cidade Baixa, Centro Histórico, Floresta, Marcílio Dias, Menino Deus, Praia de Belas e Santana), com alguma estrutura de abrigo erguida.

— Com certeza (há mais pessoas na rua). Vêm de lugares diferentes, porque brigam com a família ou ficam devendo para o patrão — comenta Denis da Silva Antonio, 39 anos, que viveu na rua e hoje está em uma das repúblicas da Fasc e auxilia os agentes em abordagens.

Os rostos de quem vive na rua

Moradores voltam para a beira do Dilúvio no dia seguinte à retirada

O crack é outro fator que contribui para a formação de "comunidades de rua", segundo a doutora em Serviço Social Jane Prates. Para a pesquisadora, que estuda populações em situação de rua, a maior parte dos fatores que desencadeiam esse processo têm a mesma origem: a conjuntura social em que as pessoas estavam inseridas antes.

— Muitos vão dizer que são problemas familiares, mas o que traz o problema familiar é a pobreza, a desigualdade, a violência. Por exemplo: quem tem um filho com problemas com drogas e não tem dinheiro vai recorrer ao SUS. Isso vai levar meses. Até lá, o problema já vai ter afetado a família inteira, que vai mandar a pessoa embora — avalia.

As "moradas do crack" costumam ficar em locais mais desocupados ou de difícil acesso, como as margens do Arroio Dilúvio, na Avenida Ipiranga, e a Rua Doutor Júlio Olszewski, no bairro Marcílio Dias, onde cerca de 15 barracos improvisados abrigam usuários de crack há mais ou menos um ano. Essas mudanças de perfil, entretanto, podem não implicar em um aumento significativo de moradores de rua, conforme Jane Prates. Ela acredita que há fatores que costumam distorcer a percepção das pessoas:

— No verão, eles vêm para a rua. Se vê mais. No inverno, vão para albergues, embaixo de pontes, viadutos. Isso tudo mascara (a realidade).

Condomínio usa cano antimorador de rua

Ginásio municipal tem estrutura contra moradores

A Fasc conta com 10 equipes para abordagens. O órgão não retira ninguém à força, nem pode fazer internações. O trabalho é aproximar-se e identificar as necessidades dos moradores.

Há um albergue de 120 lugares (para pernoite, que pode receber melhorias este ano), abrigos que totalizam pouco mais de 200 vagas (onde podem ficar por 15 dias) e duas repúblicas (moradias coletivas) que comportam, juntas, 24 pessoas.

— Obviamente, nós não temos um número suficiente (de funcionários). Temos um esgotamento orçamentário para uma demanda que só cresce. Em 2015, vamos contratar 70 novos servidores e abrir um concurso para educadores sociais — reconhece Soares.

O último cadastro realizado pela Fasc contabilizou 1.347 pessoas vivendo nas ruas. Quatro anos depois, as estimativas de quem estuda o tema, como o projeto Universidade na Rua, da UFRGS, são de que o número esteja entre 3 mil e 5 mil. Um novo censo será realizado em 2015, com previsão de divulgação para o segundo semestre.



Moradores de rua montam barracas na Avenida Praia de Belas
Foto: Fernando Gomes/Agencia RBS



Moradores de rua montam barracos na Rua Ramiro Barcellos
Foto: Fernando Gomes/Agencia RBS



Moradora de rua em um banco na Redenção
Foto: Tadeu Vilani/Agencia RBS



Acampamento debaixo do viaduto da Avenida Borges de Medeiros
Foto: Tadeu Vilani/Agencia RBS



Moradores de rua que vivem debaixo do viaduto da avenida Silva Só
Foto: Tadeu Vilani/Agencia RBS



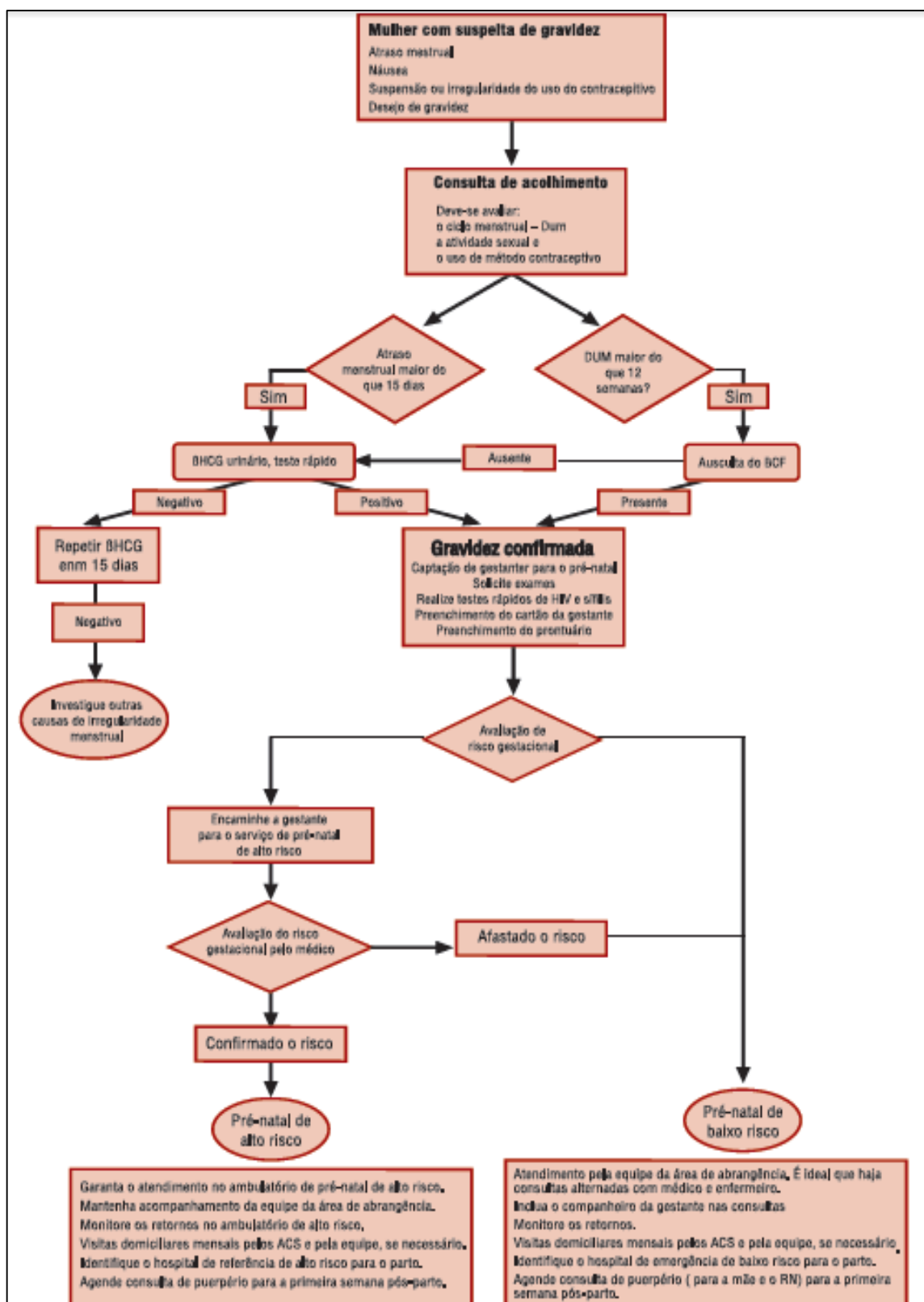
Moradores de rua dormindo em banco no parque Redenção
Foto: Tadeu Vilani/Agencia RBS

ANEXO C - POLÍTICAS INTEGRADAS PARA O CUIDADO DOS DEPENDENTES DE CRACK

Objetivos prioritários para uma política de cuidado aos dependentes de crack	Ações já existentes	Possíveis ações a serem desenvolvidas
Impedir que os adolescentes vulneráveis que abusam de crack tornem-se adultos marginalizados.		
Prevenir o uso de drogas nas escolas, principalmente em regiões mais vulneráveis;	Curso sobre prevenção do uso de drogas para professores; Adaptação e testagem de ferramentas de promoção de saúde e fatores de proteção contra o abuso de drogas nas escolas; Apoio a projetos de prevenção do abuso de drogas e da violência contra os jovens através de projetos culturais e esportivos;	Aprofundar a formação de professores para ações nas escolas e integrar com ações da assistência social e saúde com famílias (Programa Saúde na Escola);
Apoio às famílias vulneráveis socialmente (renda, apoio psicossocial);	Bolsa Família; CRA5/CREA5;	Formação de trabalhadores do SUAS e SUS para fomentar o convívio nas famílias;
Aumentar a permanência dos adolescentes vulneráveis na escola;	Programa Mais Educação que oferece educação integral nas escolas públicas; Valorização dos professores com formação e piso salarial nacional; Condicionalidades do bolsa família à frequência escolar das crianças e adolescentes;	Expandir ações de qualificação da educação, principalmente nas regiões mais vulneráveis;
Integrar ações do SINASE com educação e tratamento psicossocial.	Implantação de equipes de apoio psicossocial ao SINASE.	Expandir equipes; Garantir educação para integrantes do SINASE.
Integrar socialmente os adultos marginalizados que abusam de crack		
Levar serviços até os usuários e garantir a continuidade do cuidado;	Expansão dos serviços do eixo "cuidado" do Programa Crack, É Possível Vencer: Consultórios na Rua, equipes de abordagem social na rua, centros pop, CAPS AD 24 horas, leitos em hospitais gerais, unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas; Implantação de serviços de "baixa exigência" nas proximidades de cenas de uso, que vinculam usuários, oferecendo cuidados básicos de saúde e assistência sem exigir adesão imediata ao tratamento;	Expandir as redes do SUS e SUAS com serviços de baixa exigência e integrar suas ações; Reforçar ações de redução de riscos e de danos;
Integrar saúde com moradia, formação profissional, inserção para o trabalho e cidadania;	Comitês gestores intersetoriais do Programa Crack, É Possível Vencer; Apoio federal à formação de redes intersetoriais de base territorial em municípios prioritários; Programa "De Braços Abertos" do município de São Paulo, que integra oferta de moradia, alimentação, higiene, trabalho, formação, tratamento integral de saúde e ampliação de suporte social;	Criar, apoiar e customizar iniciativas que integrem políticas sociais existentes como: Pronatec, cooperativismo social, economia solidária e aluguel social; Integrar ações com Plano Juventude Viva;
Minimizar entrada dos usuários no sistema prisional e apoiar a saída dos que entraram;	Cursos para operadores do direito; Estimular, quando juridicamente cabível, a aplicação das alternativas penais;	Expandir estratégias de sensibilização; Desenvolver políticas de reinserção social, com capacitação e programas de incentivo ao emprego a egressos do sistema prisional;
Ofertar apoio específico às abusadoras de crack vítimas de violência sexual e às mães.	Notificação de casos de violência; Acolhimento prioritário para mães com crianças.	Integrar com política de mulheres, oferta de formação para lidar com violência sexual.
Reduzir danos à saúde dos adultos socialmente integrados.		
Detectar precocemente e tratar de DSTs e hepatites virais, entre outros;	Implantação de teste rápido nas unidades básicas de saúde (UBS); Redução de danos nos Consultórios na rua;	Garantir ações de redução de danos e protocolos de atendimento; articulação com rede DST/AIDS;
Garantir a facilidade do acesso continuado aos cuidados;	Expansão da Rede de atenção psicossocial (RAP5);	Estender período de atendimento na RAP5 e UBS; parceria com grupos de ajuda mútua; fortalecimento de organizações de usuários;
Enfrentar o preconceito e estigma contra os usuários de drogas;	Oferta de cursos de formação para trabalhadores da saúde, assistência, operadores do direito, professores, lideranças comunitárias; Campanhas publicitárias.	Diminuir o preconceito institucional contra os usuários; Formar parcerias com sociedade civil organizada.

Fonte: FIOCRUZ (2014, p. 152) – Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack

ANEXO D - FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL



Fonte: Brasil (2012, p. 67)