

Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil

Tadeu de Paula Souza^(a)
Sérgio Resende Carvalho^(b)

Souza TP, Carvalho SR. Territorial support and multi-referential team: cartographies of the confluence between the method of support and the guidelines for harm reduction at a street-level among crack users and at the health network in the city of Campinas, SP, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:945-56.

In this study we analyze some of the challenges presented to health care delivery and management after some support actions undertaken by harm reduction workers in coverage areas of Psychosocial Care Centers - Alcohol and other drugs - and basic health units existing in Campinas, SP, Brazil. We seek to map the movement of drug users on the streets and at the health care network. As a result of this process we achieved some reflections, questions and propositions that may contribute to the (re) invention and consolidation of health management arrangements, such as management support aiming to operationalize networks of care and attention committed to the production of life. A support that often arises as a "non-place" activated by movements from outside the management structure in which harm reduction workers seek to offer room to affirm the existential territories of drug users.

Keywords: Institutional support. Harm reduction. Network planning. Alcohol and other drugs.

Analisamos nesta investigação os desafios da gestão do cuidado a partir de algumas ações de apoio realizadas por agentes redutores de danos em áreas de atuação de equipes de Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas – e de unidades básicas de saúde de Campinas, SP, Brasil. Cartografamos o movimento dos usuários de drogas nas ruas e na rede de atenção à saúde. Resultaram desse processo, reflexões, questões e proposições capazes de contribuir para a (re)invenção e consolidação de arranjos de gestão em saúde, como o apoio institucional, que visam operacionalizar redes de cuidado e atenção comprometidos com a produção da vida. Um apoio que muitas vezes se coloca como um "não lugar" ativado por movimentos que são produzidos fora da estrutura de gestão, no qual os redutores de danos buscam dar passagem para a afirmação dos territórios existenciais dos usuários.

Palavras-chave: Apoio institucional. Redução de danos. Rede territorial. Álcool e outras drogas.

^(a) Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp). Cidade Universitária, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil. 13081-970. tadeudepaula@gmail.com

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, FCM, Unicamp. Campinas, SP, Brasil. 2srcarvalho@gmail.com

O apoio e a construção de rede^(c)

O tema das redes tem sido amplamente debatido por diversos autores no campo da saúde. Dentre uma diversidade de perspectivas, adotaremos as que enfatizam a relação das redes com os territórios em que elas se inscrevem em contraposição à lógica de organização do cuidado a partir do saber especialista. O território se constitui, portanto, como perspectiva de análise da interface entre as propostas do apoio e da redução de danos na articulação de redes de cuidado.

A especialização do cuidado tende a gerar modelos assistenciais centralizados e piramidais em que os serviços especializados ocupam, ao mesmo tempo, lugar de centro e de topo da pirâmide hierárquica. Uma vez inserido o usuário no sistema de saúde, a definição de diagnóstico se torna, ao mesmo tempo, um modo de produção de identidades fixas que muitas vezes reforçam um olhar estigmatizado do usuário. Constituem-se, assim, redes identitárias que privilegiam articulações funcionais entre os equipamentos que pouco se comunicam com os territórios em que vivem esses usuários. Nesse *modus operandi* hegemônico, o território se apresenta somente como espaço de produção de demanda e, a rede, como um lugar de oferta técnica de cuidado que tende ao isolamento temático e à supervalorização dos serviços especializados. Trata-se, no limite, de um modelo que produz fragmentação do cuidado¹, no qual a Atenção Básica torna-se um ponto de encaminhamento para os serviços especializados.

Diversas propostas metodológicas que vêm sendo formuladas colocam em questão a hierarquização das posições de saber-poder hegemônicas, na qual os especialistas tendem a ocupar o ápice da pirâmide organizacional, dentre as quais nos interessa discutir a proposta de apoio matricial originalmente sugerida por Campos². Tendo como objetivo contribuir para a superação da fragmentação do cuidado em saúde, propõe-se que a relação entre os núcleos de saberes especialistas e generalistas deva ser operada a partir de uma lógica de matriciamento^{2,3}.

Esse método opera por meio de arranjos que articulam equipes especialistas e generalistas, de preferência no próprio *locus* em que se realiza a atenção à saúde. Aos especialistas caberia a função de acompanhar as equipes generalistas e discutir os casos que a equipe demande, tomando estes como experiências analisadoras que permitam a apropriação por parte das equipes demandantes daquilo que faz parte do núcleo especialista. Intenciona-se, aqui, diferentemente ao que ocorre junto ao arranjo “referências/contra referências”, a indução de um processo de produção de dispositivos que logrem contribuir para a efetivação de trocas contínuas entre especialistas e generalistas e o aumento do grau de corresponsabilidade deles em relação à gestão do cuidado de indivíduos e coletivos.

A quebra de uma lógica especialista implicaria no necessário fortalecimento da função ordenadora da Atenção Básica^{1,4-6}. Para isso, há que se investir no trabalho em equipe inter/transdisciplinar, numa maior articulação com o território dentro de uma lógica não programática e vigilante. Pois não há garantia de que a Atenção Básica, em função de suas características estruturais e sua proximidade com os territórios, tenha maior abertura para as questões existências que constituem os territórios em que tais unidades e equipes se inserem.

^(c) Este trabalho é fruto da tese de doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, intitulada “A norma da abstinência e o dispositivo drogas: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde” (Souza TP, 2013).

Territorialidades do apoio

Embora reconheça a função estratégica da Atenção Básica para a organização do cuidado, Cecílio⁷ já apontava para a necessidade de que, junto com as definições estruturais de modelos de atenção, se qualificassem outras possibilidades de entrada no sistema de saúde. Desse modo, sem ainda entrar na temática das redes, o autor propunha uma mudança organizacional da pirâmide ao círculo em que se abrem múltiplas possibilidades de entrada no sistema. Já no contexto atual de construção das redes temáticas⁸⁻¹⁰, o autor¹¹ avança na problematização da construção de redes e das relações concretas entre a dimensão especialista do cuidado e a generalista, bem como o papel estratégico da Atenção Básica.

Destacam-se nesta análise as dimensões concretas que definem o acesso e regulam os modos de utilização dos serviços de saúde, dentre as quais se ressalta o próprio saber dos usuários.

São os usuários, [...] [que], a partir das suas distintas experiências de encontro ou desencontro com os serviços de saúde, que vão construindo novos agenciamentos para conseguir o acesso à rede de serviços, fazendo usos variados da ABS em função de suas singulares necessidades e as ofertas reais feitas por ela. Cabe-nos escutar esse saber assessor que vai sendo produzido de forma irreprimível pelos usuários, e utilizá-lo para o permanente e necessário aperfeiçoamento das redes de cuidado de saúde.¹¹ (p. 2901)

A partir dessa indicação, buscaremos adequá-la à realidade de trabalho dos redutores de danos, uma vez que a perspectiva do usuário deve ser tomada na sua expressão coletiva e territorial; um território existencial que, diga-se de passagem, não se limita a sua dimensão geográfica e social, mas também aos modos de vida que nele se expressam^{12,13}. Por isso a redução de danos (RD) comparece como promissora diretriz para a gestão do cuidado, no sentido de produzir uma ruptura com a lógica especialista hegemônica¹⁴⁻¹⁶.

A RD emerge de duas perspectivas que articuladas ganham força de diretriz para a organização do cuidado em rede: a perspectiva dos territórios e a perspectiva dos usuários de drogas. Por ter sido inicialmente uma estratégia (estratégia de troca de seringas) que tinha como campo de atuação as ruas das cidades, e por ter sido proposta pelos próprios usuários de drogas, não tardou que essa estratégia fosse se tornando um conceito norteador de políticas de saúde. Pois dos territórios é possível acessar a diversidade de demandas dos usuários: nem todos desejam parar de usar drogas, embora aceitem alguma forma de cuidado.

Além disso, por ser uma estratégia proposta pelos próprios usuários de drogas, essa diversidade de demandas pôde ser acolhida como legítima, encontrando um espaço de reverberação. No entanto, o que se observou ao longo dos anos de estratégia de troca de seringas foi que os serviços de saúde não estão abertos para acolher essa diversidade de demandas: todos os usuários de drogas são igualmente doentes, devendo o tratamento sempre se orientar para a abstinência. Para que essas realidades, compostas de complexas necessidades e diversas demandas, fossem incluídas, foi necessário que alguns agentes de saúde, denominados de redutores de danos, fossem aos poucos adquirindo um fazer-saber no sentido de ampliar o grau de abertura da rede para esses territórios existenciais marginalizados.

As vidas que se expressam nos territórios constituem uma dimensão existencial do/no próprio território. Ruas, "becos" e "mocós" são territórios existenciais de muitos usuários de drogas que têm grande dificuldade para acessar os serviços de saúde quando necessitam. Em nossa investigação, buscamos acompanhar, além da dinâmica individual de cada usuário, a dinâmica existencial do próprio território.

Partimos do pressuposto que a construção de redes de atenção a usuários de álcool e outras drogas deve se fazer atenta aos hábitos coletivos, às estratégias de autoproteção, aos modos como as drogas comparecem na vida coletiva desses usuários e aos outros aspectos dessas vidas que não se resumem ao uso de drogas. Esse pressuposto se efetuiu a partir do acompanhamento do trabalho dos redutores de danos, com destaque para os processos de construção de rede a partir de estratégias de apoio

a equipes da Atenção Básica. Quais efeitos observamos quando o método do apoio e a diretriz da redução de danos se encontram?

Interessa-nos em nossa investigação responder algumas questões que consideramos centrais, quais sejam: como se efetiva uma articulação em rede a partir de um apoio realizado desde os territórios existenciais de usuários de drogas em situação de rua? E como se efetiva o apoio matricial quando realizado desde um lugar de saber não especialista, em que a matriz desse saber específico é o próprio território?

Análise de caso na perspectiva cartográfica

No estudo dos percursos existenciais da usuária Constância, que apresentaremos e discutiremos abaixo, utilizamos duas técnicas de coleta de dados: o diário de campo e a entrevista. Acompanhamos por um ano o espaço de supervisão de nove redutores de danos dos três Caps-ad de Campinas. Para o acompanhamento desse espaço, assim como para a visita ao campo de atuação dos redutores de danos junto à população moradora de rua, utilizamos a técnica do diário de campo¹⁷⁻¹⁹. A partir dos casos discutidos, pudemos inserir outras técnicas, como foi o caso da entrevista da usuária Constância durante a passagem pelo leito-noite do Caps-ad. Essas duas técnicas foram articuladas a partir das proposições da análise institucional¹⁷ e das pistas do método da cartografia^{18,20,21}.

A pesquisa a céu aberto, inaugurada pela etnografia, produz uma inflexão paradigmática para a qual o diário de campo se preserva enquanto uma potente técnica, uma vez que, por meio dela, é possível perceber o quanto o objeto de pesquisa e o sujeito pesquisador se coproduzem no ato de pesquisar. Mediante os diários de campo, todo caso é amplificado, uma vez que este passa a incluir o sujeito observador como participante e interventor do/no caso¹⁷.

Partindo do caso de Constância, que foi se compondo por meio de fragmentos do diário de campo e da entrevista, que traz o relato das idas aos “mocós” em que vivem esses usuários, a posição do pesquisador comparece. O pesquisador passa a habitar o mapa de desafios e possibilidades vividos e traçados pelos trabalhadores e gestores da rede de saúde. Inclui-se na cena o modo como o pesquisador se movimenta e se mobiliza diante desse mapa. O corpo do pesquisador posto em cena cria uma nova narratividade que implica não mais em codificar um mapa predefinido por atores a ele externos, mas em traçar um mapa em que ele se inclui. Esse jogo de posições, em que o pesquisador é também ator que intervém nos percursos desse mapa, constitui o que chamamos de uma cartografia. Cartografia é o acompanhamento de um mapa-movimento em que o pesquisador se inclui.

Nesse sentido, o estudo do caso possibilitou a construção de uma narrativa híbrida que produziu, como veremos, uma desconstrução das expectativas que diversos atores produzem sobre o próprio caso. É nesse sentido que Passos e Benevides de Barros¹⁸ indicam que a narratividade de um caso deve produzir uma desmontagem do caso. Enquanto a montagem de um caso pode conduzir a uma representação da realidade desde um lugar externo e neutro, a desmontagem opera como um analisador dos movimentos da rede que permite desconstruir verdades e saberes cristalizados. O diário de campo e a entrevista foram ferramentas para realizar a cartografia dos territórios existenciais que fomos habitando ao longo da pesquisa²⁰.

O trânsito realizado entre a rede de saúde e os territórios existenciais dos usuários de drogas constituíram esse campo de análise e intervenção que denominamos de “território-entre”. Fomos deparando-nos com o fato de que a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas de Campinas-SP comporta muitos territórios existenciais. São muitas vidas, com inserções sociais e existenciais distintas que se cruzam, esbarram-se e encontram-se.

A análise sobre os desafios de articulação de uma rede de cuidados passou pelo acompanhamento da relação que se estabelece entre os territórios existenciais dos usuários e os movimentos da rede de saúde, exigindo um exercício de composição de territórios existenciais distintos. Diante dos problemas que queríamos responder, foi estratégico habitar um território que se constituiu entre os serviços de saúde e os espaços da rua, que serviram como analisadores para pensarmos a função territorial da rede de saúde, seu grau de abertura e os pontos de estrangulamento para os movimentos do território.

Nesse sentido, íamos conectando-nos à pista da cartografia e ao mesmo tempo nos diferenciando dela. Nesses movimentos de passagens entre diferentes territórios, foi constituindo-se menos um território existencial e mais uma zona em que diferentes territórios existências se agenciam. O “território-entre” é menos um território existencial e mais um território de passagem em que os territórios existenciais se desterritorializam para se reterritorializarem^{12,13}.

Para habitar esse “território-entre”, os agentes redutores de danos foram nosso guias. Ao lado deles, pude me sentar e conversar com um grupo de usuários de *crack* no meio de entulhos e lixos e, ao mesmo tempo, sentar com a equipe de saúde para discutir propostas de cuidado. Entre reuniões, supervisões e bocas de fumo, fomos produzindo um território suficientemente potente para deslocar nossos olhares.

O caso Constância

Constância era uma usuária de drogas que vivia há muitos anos na rua. Os redutores de danos relatavam que ela tinha uma posição de liderança no grupo com o qual vivia. As ações dos redutores de danos não passavam de entregar preservativos e insumos para uso seguro de drogas, momentos em que eles aproveitavam para conversar e criar um vínculo mais consistente. Figura conhecida, usava em média 15 pedras de *crack* por dia. Embora emagrecida, Constância parecia conhecer a sua dose e o quanto seu corpo aguentava. Por meio da supervisão, pude acompanhar o trabalho dos redutores de danos na articulação de uma rede de cuidado para Constância. A entrevista se deu no momento de passagem da usuária pelo leito noite do Caps-ad 24h.

No início da entrevista, narrava a sua história com muito pesar e sofrimento. A vida na rua, a prostituição para conseguir o *crack*, as noites sem dormir, as recaídas e a saúde debilitada compunham um cenário subjetivo do qual ela indicava querer se afastar. As experiências de tratamento se resumiam a inúmeras internações em clínicas pautadas pela abstinência. Passagem pela cadeia, perda da guarda dos filhos e morte recente da mãe criavam os primeiros quadros dessa trajetória de vida. Relatou que antes de pedir ajuda aos redutores de danos, estava há dias muito mal em função da morte da sua mãe.

Destacou que só foi pedir ajuda após ser acolhida por um amigo de rua. Segundo a própria Constância, após receber a notícia da morte de sua mãe, ela perdera a conta e o controle de quantas pedras de *crack* usava por dia. O amigo percebeu que o aumento repentino significava alguma coisa. Percebeu que ela não estava bem e que ela precisava de alguma ajuda. Os signos do território se diferenciam dos signos da rede, onde o índice que estabelece a diferença entre “estar bem” e “estar mal” colocam em cena outros critérios de avaliação. Percebe-se nessa passagem que no território há um reconhecimento coletivo do padrão de uso a que cada usuário está habituado.

Além disso, equivocava-se uma outra noção construída pela sociedade: de que nesses locais as pessoas estariam procurando ou desejando a morte. Nesse caso pudemos acompanhar que quando a morte passa a rondar muito próxima, os usuários se mobilizam para que ela não chegue de vez. Em meio à experiência com as drogas, há também redes e modos de cuidados experimentados entre os usuários de drogas. Operaram-se no próprio território, entre os próprios usuários, os primeiros movimentos de acolhimento e apoio a Constância.

“Teve um dos meus queridos, mendigo, colega, que me deu um abraço bem forte ‘eu não sei o que está acontecendo, mas eu vou te dar um abraço forte, eu sei que é isso que você está precisando’, foi aí que eu comecei a chorar”. (narrativa da Constância)

Disse que quando recebeu o abraço do amigo começou a chorar compulsivamente. Naquele momento ela se conectou com a morte da mãe, com seu estado e com a necessidade de pedir ajuda. A partir daquele momento, ela só pensava nos redutores de danos. Os redutores relataram em supervisão terem reparado algo diferente em Constância. Ela estava visivelmente mais magra e perturbada. Evidencia-se que o vínculo pregresso que os redutores de danos estabeleceram com a usuária, mesmo que não houvesse um pedido por tratamento, constituíram como campo de possíveis naquele território.

“Foi onde o Paulo e a Luma^(d) chegaram a fazer algo por mim, me levaram no serviço de saúde, lá no Centro de Saúde, cheguei lá me passaram uns sedativos, eu estava muito nervosa, fui para lá drogada, tive que fumar para conseguir andar, eu não aguentava de andar nas pernas, já estava travando tudo, travava por causa da fraqueza, muito desnutrida. Aí foi que eu usei, falei para o Paulo 'oh, eu usei para poder ir com você', ele estava lá sentado no lugar onde eu dormia, só que eu não usei na frente dele... Fui no posto, chegou lá uma equipe maravilhosa já estava sabendo, o coordenador também do posto de saúde, uma pessoa ótima”. (narrativa da Constância)

^(d) Nome dos dois redutores de danos.

Como a abordagem ocorrera no início da noite, o redutor de danos combinou de buscá-la no dia seguinte pela manhã e levá-la até o Centro de Saúde (CS). Ela concordou, e, no dia seguinte, o redutor de danos estava lá, conforme o combinado. Embora receoso de que aquele pedido não passara de um impulso momentâneo, como em muitos outros casos, Constância apareceu e, enquanto um redutor a acompanhava na caminhada até o CS, outra redutora de danos tinha ido direto ao CS para preparar a equipe para acolhê-la. A profissional que ficou como referência para fazer o acolhimento foi uma enfermeira que tinha um vínculo bem estabelecido com os redutores de danos.

Após 45 minutos de caminhada, o redutor de danos chegou ao CS com a usuária, que foi bem acolhida pela enfermeira que fez uma primeira avaliação. No momento de acolhimento, a usuária ficou muito nervosa, levantando e sentando sem parar, típico comportamento de fissura e ansiedade. Nessa situação, a ação dos redutores foi muito importante. Seguraram firme na mão de Constância e buscaram acalmá-la, e colocaram-se como referência para o caso, assumindo a condução da situação crítica. Na supervisão, discutiu-se que, provavelmente, uma cena como essa, sem um redutor de danos para acompanhá-la, geraria grande resistência e temor na equipe. Após acalmá-la, a enfermeira, além de perceber o estado debilitado da usuária, acolheu a queixa de dores na vagina.

A partir desse acolhimento, entendeu-se que seria importante que ela passasse por uma avaliação ginecológica, antes de qualquer coisa. A médica ginecologista atendeu Constância, mas se recusou a fazer um exame ginecológico, alegando que não teria ali os meios necessários para fazer uma intervenção. Nesse momento, a redutora de danos que acompanhava o caso no atendimento questionou a médica, afirmando que era necessário que ela fizesse um exame clínico. Como a médica estava resistente, a redutora de danos pediu que a enfermeira saísse com ela da sala para decidirem o que fariam. Do lado de fora da sala, as duas profissionais decidiram falar com o gerente da unidade. Após repassarem a situação para o gestor, este entrou na sala da médica e conversou com ela por uns cinco minutos. O gerente saiu da sala e pediu que Constância e a redutora entrassem na sala, pois ela seria atendida como todas as outras usuárias são atendidas.

Após o exame clínico, foi verificado um quadro grave de sífilis, e, a partir desse exame, entendeu-se a necessidade de articular uma internação com suporte clínico, preferencialmente numa enfermaria hospitalar. Como não havia vaga no leito noite do Caps-ad/24h, o mais indicado seria uma internação no Hospital Ouro Verde, por ter uma enfermaria de internação breve em saúde mental, o que permitiria que as questões clínicas fossem acompanhadas de forma articulada à avaliação psiquiátrica e multiprofissional. Parte da equipe de saúde junto aos redutores de danos aguardou até às 20 horas pela liberação de um leito pela central de regulação de vagas no Núcleo de Atendimento a

Dependência Química (NADeQ), que é um núcleo de retaguarda do Hospital Psiquiátrico Candido Ferreira. Após a primeira noite no NADeQ, a usuária foi transferida para o Hospital Mario Gatti porque o quadro clínico exigiu cuidados hospitalares antes de se iniciar uma internação por uso de drogas. Após uma semana internada, ela fugiu e voltou às ruas.

“Na terça eu fui para lá, quando chegou na sexta-feira eu falei ‘não quero mais ficar aqui, quero embora, vou fugir’. Não gostei porque era Haldol que eles estavam colocando junto com o soro... aí o desespero da droga me deu e eu fugi já até com o negócio do soro, com a roupa verde escrito Mario Gatti, de madrugada. Sabe aquela portinha de emergência, ali, nem guarda me viu, nem guarda, ninguém, eu fiz uma fuga espetacular”. (narrativa da Constância)

Ao começar a narrar sobre a passagem pela rede, suas percepções e decisões, Constância começou a assumir outra postura corporal. Aos poucos, em meio ao arrependimento e culpa, começaram a emergir outras intensidades e traços subjetivos. Constância começou a rir de si e da situação vivida, como um misto de ousadia e inconsequência.

“Aí eu encontrei um mendigo, um morador de rua também, na rua e falei ‘tiozinho, tio você me arruma uma roupa, eu estou saindo do Mario Gatti’, ‘você está fugindo?’, ‘eu to e se eu ficar com essa roupa verde aqui até polícia vai me pegar’, aí ele falou ‘ah, tem uma calça aqui’, ele me deu uma calça e uma camiseta, eu pus tudo por cima e saí andando”. (narrativa da Constância)

O encontro com o morador de rua foi um espécie de alívio, um reencontro com seu mundo, seu universo. De alguma forma, o que a rede ofertou até ali não havia produzido um vínculo consistente para mudança. As passagens operadas entre a rede e o território foram pondo em cena um híbrido de sintoma e estilo de vida. São aspectos que foram se sobrepondo um ao outro, criando um contexto existencial mais complexo. Não era mais só uma pessoa arrependida que comparecera. Os motivos que a afastaram da rede e os motivos que a conectaram ao território foram produzindo matizes de realidades que se conectavam.

Durante a semana em que Constância estava sumida, discutiram-se na supervisão os movimentos e possibilidades não exploradas. Toda a rede articulada pelos redutores de danos e a função da Atenção Básica nesse processo foram vistas como um grande avanço. Mas foi avaliado que, apesar de ser um avanço no sentido de mobilizar a equipe da Atenção Básica nesse movimento exploratório, não foi possível criar uma equipe de referência para acompanhamento do caso durante o período de internação e no pós-internação. Debates sobre o papel de uma equipe de referência que poderia fazer vistas durante a internação hospitalar, uma vez que a possibilidade de evasão era grande. Operou-se, nesse momento, durante a internação hospitalar, uma lógica mais de encaminhamento do que dentro de uma lógica do apoio em que uma equipe mantém o acompanhamento durante e após a internação. O caso foi discutido com a equipe do Caps-ad, e, quando os redutores de danos reencontraram Constância, havia uma maior mobilização da equipe para recebê-la, pois, no leito noite, já havia uma vaga liberada. Após duas semanas no leito, a pedido da usuária, ela foi transferida para uma Comunidade Terapêutica.

Durante a entrevista, que ocorreu no período em que estava no leito noite do Caps-ad, fui assumindo uma posição que não se confundia com a de um profissional de saúde diante de uma usuária, mas de um curioso que queria saber como ela via todo aquele processo. Isso foi permitindo entrar em contato não só com as estratégias que a rede propôs, mas com a própria estratégia que a usuária estava construindo pra si na relação com a rede.

No início da entrevista comparecia um discurso pronto, quase decorado sobre querer “sair daquela vida”, “se recuperar” e “parar de usar crack”. Mas ao longo da entrevista outros afetos foram emergindo. Na passagem em que ela fugiu do Hospital Mario Gatti, contou-me que quando percebeu já estava usando *crack* novamente. Relatou sobre um impulso que sente quando vê a “pedra”. Quando perguntei por que ela sente esse impulso, uma nova expressão compareceu.

“É, aquela história é a minha, e ali que está tudo, ali está minha história, a minha liberdade sem limite e depende daquilo, então eu voou em cima, eu nem vou, eu voou. Eu estar sóbria agora, pegar ali um copinho com café, um copinho com leite, comer, isso aí é só uma cena. Nossa aí, eu pego, já vejo que é meu mundo, já vou para rua, já encontro amigos, isso e aquilo, aí já é a liberdade sem limite. Tem liberdade social, do correto, tudo certinho, honestamente do que o mundo social que é o *crack*, a pinga, o álcool e os outros companheiros que usam junto, entende, aquele mundinho mais pequeno não me pertence, do que o mundo maior. Eu acho que o campo fechado é estar no social, com minha família, com outras pessoas, do que o campo aberto que é estar junto com usuários de rua, *crack* e álcool, então, faz parte dessa minha vida, o campo aberto”. (narrativa da Constância)

Quando ela me respondeu que “é o mundo que me pertence, é a história que me pertence!”, nitidamente foram outros aspectos de Constância que surgiram na minha frente. Ela me contava da relação dela com o *crack* com uma intensidade que rapidamente a retirava de uma posição de arrependida para uma postura mais ativa e potente. Na verdade, essas posições oscilavam. Entre o uso de *crack* e a história de pertencimento a um território, emergiu uma relação muito forte. O *crack* como a porta de entrada ou conector de mundos e redes afetivas em que ela se sentia fazendo parte.

“Há liberdade sem limite porque você faz o que você quer, pede ali e pede aqui e ganha... É, o sem limite, a liberdade que você pode ficar andando a noite inteira pelas ruas... Não dorme, ou se dorme, acorda e dorme a hora que quiser”. (narrativa da Constância)

Diversos aspectos que no início da entrevista eram associados à doença, agora ela contava como algo a ser vencido, superado, como um estado de liberdade. Superar a necessidade de se alimentar, de dormir, de acordar, de ganhar dinheiro, de trabalhar passaram a ser postos como ganhos e potências do “território-*crack*”.

Quando ela começou a narrar sobre a relação dela com os territórios e com outros moradores de rua, sua relação com o “mundo sem limite”, todo o gestual se alterou e ela narrou naquele momento de um mundo que ela, ao modo dela, dominava. Peito estufado, cabeça erguida, braços gesticulando indicavam a emergência de um território existencial que se expressava no seu corpo. Constância narrava com uma apropriação, malgrado os efeitos danosos, com o próprio mundo, com a própria história, para a qual o *crack* era um elemento de relevância. O modo como ela explicou a suspensão da necessidade de comer e dormir indicava uma experiência ainda em curso.

Naquele momento da entrevista havia ficado claro que Constância estava dando um tempo, que ela estava utilizando os recursos da rede que ela desconhecia (ESRB, Caps-ad, Hospital Mario Gatti, leito 24h e Comunidade Terapêutica) para ganhar corpo e retornar ao mundo dela, movimento sem o qual ela inevitavelmente morreria.

Diversos pontos da rede, mesmo que tenham de antemão orientações clínicas, estavam sendo também articulados pelo desejo da usuária de se cuidar, mas também pelo desejo de, porventura, retornar ao seu território existencial. Quando trouxe minha impressão a esse respeito para a supervisão dos redutores de danos, um deles ficou meio confuso, porque, para ele e para o restante da equipe, a usuária só relatava o desejo de parar de usar *crack* e mudar de vida, e isso havia mobilizado nele uma expectativa nessa direção. Após algumas semanas, os redutores de danos receberam a notícia de que Constância havia fugido da Comunidade Terapêutica e voltado às ruas.

A aproximação com os territórios existenciais nos possibilitou acompanhar o vivo das experiências em curso que envolve o uso de drogas. Por outro lado, não pode ser naturalizado o movimento do usuário, sob o risco de gerar um assistencialismo que não problematiza os aspectos sintomáticos que compõem nesse encontro. Trata-se de um movimento complexo que impõe desafios para a rede, diante dos quais nos limitamos a levantar algumas questões. Ao invés de crer que há um mundo fechado e um mundo aberto, tentei explorar as aberturas do mundo fechado e as “prisões” do mundo aberto.

Sobre isso, Constância comenta:

“Há liberdade sem limite porque você faz o que você quer, pede ali e pede aqui e ganha... É, o sem limite, a liberdade que você pode ficar andando a noite inteira pelas ruas... Mas aí depois se torna fechado por que você não consegue se desprender disso, isso é tudo muito fácil, ainda mais quando você está ali no auge da droga, você consegue dinheiro, você tem o crack na mão e vem vários amigos, mas depois as pessoas se afastam e você está ali no sozinho, então aí é onde começa a ficar difícil, ali entra a opressão, entra a depressão”. (narrativa da Constância)

Percebemos, a partir dessa experiência, que esses mundos são constituídos como opostos incomunicáveis. Entre o “mundo fechado” e o “mundo aberto” não havia comunicação possível. Constância contou que sua família era muito religiosa e que seu modo de ser nunca teve espaço. Ela tinha que fingir ser outra pessoa. Diante dessa situação, que se tornava insuportável, Constância só conhecia o mundo dos extremos: o mundo do tudo ou nada. Esses mundos extremos diziam não só de um sintoma particular de Constância, mas de um sintoma social que trata o tema das drogas entre polos: o da abstinência e o da dependência química. A redução de danos compareceu como via para desestabilizar os mundos fechados em suas verdades.

Para o “mundo aberto”, a redução de danos introduz práticas de cuidado, alertando para os riscos de uma abertura que acaba levando a um fechamento existencial. Para o “mundo fechado”, a redução de danos introduz outros modos possíveis de se relacionar com as drogas, com mais generosidade e menos imposição.

Após alguns meses, Constância foi encontrada na rua pelos redutores de danos. O Caps-ad havia sido uma novidade em sua vida e se tornado uma referência importante para ela. Passou, então, a ser acompanhada pelos redutores de danos, pela equipe do Caps-ad e pela Equipe da Atenção Básica e sua melhora se tornou visível. Em um ano, Constância havia parado de usar *crack*.

O apoio territorial e as equipes multirreferenciais

Quando acompanhamos algumas experiências de apoio, como as realizadas pelos redutores de danos, observamos duas modulações: 1) a primeira modulação refere-se à constatação de que a maioria dos acessos realizados pelos redutores de danos se configura como ação que insere esse usuário no sistema de saúde, sendo, portanto, uma importante porta de entrada e potencial ordenador do cuidado que não se inscreve na Atenção Básica; 2) a segunda modulação refere-se ao fato de que o núcleo de saber dos redutores de danos não se caracteriza enquanto uma especialidade, mas enquanto uma especificidade do fazer-saber em saúde. Lidar com o uso e com os usuários de drogas em situação de rua, acolher e cuidar dessa população levando em conta uma realidade existencial de extrema vulnerabilidade, tem gerado um saber específico no campo da saúde. Nesse caso, a matriz é o próprio território.

Em relação a primeira modulação, observamos que o movimento de articulação com a Atenção Básica vem sendo uma potencialidade explorada que foge à lógica do encaminhamento, na medida em que os redutores de danos comparecem como uma oferta para a rede apoiando as equipes durante a incursão pelos diferentes serviços. O apoio ofertado caminha no sentido de criar equipes territoriais de referência agenciadas pelos redutores de danos. Denominamos esse arranjo de Equipe Multirreferencial de Cuidado (EMC), uma vez que, do território, a porta de entrada pode ser um Pronto Socorro, um Leito 24h de um Caps-ad, ou mesmo uma Equipe de Saúde da Família. O mais importante nesse arranjo é constituir uma equipe de referência entre múltiplos equipamentos, no sentido de garantir o atendimento das necessidades desse usuário em situação de rua. Nesse sentido, o fortalecimento da articulação com a Atenção Básica, independentemente de onde ocorreu a entrada no sistema de saúde, é fundamental.

Em relação à segunda modulação, observamos que abrir as portas da Atenção Básica para essa realidade territorial implica num movimento de abertura para a diversidade de demandas, ou seja,

um movimento de abertura para os territórios existenciais dos usuários de drogas. Esse movimento é desterritorializante para ambos: para os usuários e para os profissionais de saúde. Nesse sentido, o apoio territorial ofertado pelos redutores de danos vem se mostrando fundamental. Territorial, porque parte do território acolhendo esse modo de existência. Mas também é territorial porque permite dar suporte para a desterritorialização operada nesse encontro, possibilitando uma reterritorialização que inaugura, sempre, um novo território para a produção de saúde.

O saber produzido pela prática dos redutores de danos não se constitui como uma especialidade, mas não podemos deixar de reconhecer a sua especificidade. O fato de serem trabalhadores que acessam os territórios existenciais de usuários de drogas em situação de rua produz uma série de conhecimentos fundamentais para a ampliação do acesso e a construção de redes com maior abertura para essas realidades. Como promover acesso e cuidado para usuários que na sua grande maioria desconhecem os seus direitos e os serviços da rede? Como produzir saúde para usuários que não desejam parar de usar drogas? Como sensibilizar trabalhadores e gestores da rede de saúde para este tipo de demanda em saúde?

O apoio realizado pelos redutores de danos permite incluir, além dos saberes dos profissionais em saúde, os saberes desenvolvidos pelos usuários de drogas, sobre sua própria história e o uso de drogas. Para criar redes territoriais de cooperação, a clínica precisa não se basear exclusivamente nos padrões de frequências de uso e tipificação de substâncias, mas nos sentidos e afetos que envolvem as experiências com as drogas.

Muitos profissionais entenderam, a partir do apoio ofertado pelos redutores de danos, que pautar a atenção somente pela lógica da abstinência é um modo de restringir o acesso e se colocar numa posição idealizada. Produzir cuidado para pessoas em situação de uso de drogas implica em apostar em estratégias em que a abstinência pode ser um objetivo, embora não deva ser o único. Dessa forma, o apoio matricial realizado a partir de estratégias de aproximação com o território foi gerando uma maior apropriação sobre a diretriz da redução de danos.

Campos²², ao destacar os diversos lugares institucionais de onde se pode exercer o apoio institucional, já desatrelava o apoio de um cargo, sendo uma metodologia não localizável. Oliveira²³, dando prosseguimento a essa proposição de não fixar o apoio a um cargo ou lugar específico, propõe que pensemos o apoio enquanto uma função. Essa função pode circular entre diversos atores e diversos espaços a partir do compartilhamento de saberes e práticas para a articulação do cuidado.

Na experiência dos redutores de danos, observamos um movimento de apoio realizado desde um lugar pouco institucionalizado. Sem se identificarem a partir de uma metodologia específica, eles buscaram dar passagem para que os movimentos dos territórios acessados pudessem comparecer como matéria para a gestão do cuidado. Observa-se aqui uma outra perspectiva para o apoio: assim como podemos pensar o apoio como uma função que pode ser atualizada em diferentes dispositivos, podemos também pensar nas diversas funções que o apoio pode atualizar. Dentre as diversas funções possíveis de serem atualizadas pelo método do apoio institucional, destacamos ao longo desse artigo a função territorial do apoio. Nesse sentido, o apoio territorial não se define como uma nova modalidade de apoio, mas como uma dimensão do apoio que precisa a todo momento ser acionada.

Ao se colocarem como referência para os casos acessados em situação de rua, os redutores de danos passaram a ofertar um apoio em que a dimensão territorial do caso passou a ser incluído na rede. O território exerce, portanto, uma função sobre a rede, uma abertura que exige reconstrução de modos de atender e gerir. Para que a dimensão territorial da experiência com as drogas seja inserida como matéria para articulação da rede, é necessário que a ação inicial disparada pelos redutores de danos siga sendo apoiada em outros espaços. Se a equipe de Atenção Básica der seguimento à articulação do cuidado de um usuário de drogas nessa perspectiva, ou seja, em que o desejo e o modo existencial do usuário seja incluído, o território com suas características se presentificam na rede de serviços.

Em certa medida os redutores de danos criam pontos de articulação entre o território e a rede, conectando diferentes movimentos e momentos de apoio que vão desde o apoio ofertado por um amigo morador de rua, passando pelo apoio da Atenção Básica e pelo apoio realizado durante o período de internação hospitalar e o momento de alta. Esse movimento, que entendemos como

produção de redes territoriais, é também um movimento de territorialização da rede de serviços, uma vez que ela passa a ser mobilizada pelas forças do território. A articulação entre as perspectivas do apoio e da redução de danos se constitui como estratégia possível para a ampliação do acesso e da qualificação do cuidado a usuários de drogas dentro de preceitos democráticos.

Colaboradores

Tadeu de Paula Souza se responsabilizou por todas as etapas da elaboração do texto e Sérgio Resende Carvalho se responsabilizou pela formulação teórica, orientação e revisão geral do manuscrito.

Referências

1. Righi LB. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e fortalecimento da atenção básica. In: Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Humanizaus: Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 59-74.
2. Campos GW. Equipes de referência e o apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Cienc Saude Colet. 1999; 4(2):393-403.
3. Campos GW, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23(2):399-407.
4. Starsfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
5. Campos GW, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GW, Guerreiro AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 132-53.
6. Cunha GT. Atenção básica e os desafios do SUS. In: Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Humanizaus: Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 29-46.
7. Cecílio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica. 1997; 13(3):469-78.
8. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2010.
9. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
10. Ministério da Saúde. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. 24 Jun 2011.
11. Cecílio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araujo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. Cienc Saude Colet. 2012; 17(11):2893-902.

12. Deleuze G, Guatarri F. O que é a filosofia? Rio de Janeiro: Ed. 34; 1993.
13. Deleuze G, Guatarri F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2009. v. 1.
14. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
15. Souza TP. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2007.
16. Tedesco S, Souza TP. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato SH, organizadores. Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 141-56.
17. Altoé S, organizadora. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Passos E, Benevides de Barros R. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escócia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas; 2009. p. 150-71.
19. Azevedo BM, Carvalho SR. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato SE, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 204-19.
20. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escócia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas; 2009. p. 131-49.
21. Tedesco S, Sade C. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal*. 2013; 25(2):299-322.
22. Campos GW. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
23. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.

Souza TP, Carvalho SR. Apoyo territorial y equipos multirreferenciales: cartografías del encuentro entre el método de apoyo y la orientación de reducción de daños en las redes de salud y en las calles en la municipalidad de Campinas, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:945-56.

Analizamos en esta investigación el desafío a la gestión y a la atención de salud de determinadas acciones de apoyo realizadas por los agentes reductores de daños en áreas de actuación de los equipos de los Centros de Atención Psicosocial - Alcohol y otras drogas - y de las unidades básicas de salud en la ciudad de Campinas, SP, Brasil. Buscamos trazar el movimiento de los usuarios de drogas en las calles y en la red de atención de salud. Resulto de este proceso reflexiones, preguntas y propuestas que pretenden contribuir a la (re)inversión y la consolidación de los mecanismos de gestión y cuidados para la salud, como el Apoyo, tratando de poner en práctica las redes de cuidado y de atención comprometidas con la producción de la vida.

Palabras clave: Apoyo institucional. Reducción de daños. Planificación de la red. Alcohol y otras drogas.

Recebido em 05/06/13. Aprovado em 22/08/14.