



A EXISTÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE GARANTE O ACESSO DOS USUÁRIOS? NOTAS SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK

DOES THE EXISTENCE OF THE HEALTH SERVICE ENSURE USER ACCESS? NOTES ON CARE FOR PEOPLE WHO LIVE WITH HIV/AIDS AND USE CRACK

¿LA EXISTENCIA DEL SERVICIO DE SALUD GARANTIZA EL ACCESO DE LOS USUARIOS? NOTAS SOBRE EL CUIDADO A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH / SIDA Y HACEN USO DE CRACK

*Jhennifer de Souza Góis*¹

*Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard*²

*Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira*³

RESUMO

.....

As pessoas que vivem com HIV/Aids e usam crack possuem representações sociais que lhes atribuem singularidade. Objetivo: analisar a relação entre a existência de serviços e a garantia do acesso ao cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack. Metodologia: trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado a partir da metodologia de construção de itinerários terapêuticos de pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack. A amostragem é constituída por essas pessoas e por profissionais a partir de suas falas. A análise foi feita com o referencial de Paul Ricoeur. Resultados e discussão: a produção do cuidado para pessoas que vivem com HIV/Aids é atrelada a um viés biomédico e farmacocêntrico, e para pessoas que usam crack é pautada por estigmas e generalizações equivocadas a respeito do uso. O cuidado precisa ser amplo e multidimensional para ser efetivo. Conclusão: a existência de serviços de saúde não garante o acesso e a adesão ao tratamento. Viver com HIV/Aids e fazer uso de crack está marcado por estigmas e vulnerabilidades sociais que precisam ser levadas em consideração para garantir a produção do cuidado para essas pessoas.

.....

Palavras-chaves: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cocaína Crack; Itinerário Terapêutico.

1. Assistente Social. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduada em Serviço Social pela UECE.

2. Farmacêutica. Pós doutora em Saúde Coletiva (UECE).

3. Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva pela UECE. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

ABSTRACT

Introduction: the lives of people living with HIV/Aids and using crack have social representations that attribute to its uniqueness. Objective: to analyze the relationship between the existence of services and the guarantee of access to care for people living with HIV/Aids and using crack. Methodology: this is a qualitative study based on the methodology for constructing therapeutic itineraries for people living with HIV/Aids and using crack. The sampling is made up of by these people and by professionals who emerge from their lines. The analysis was made with the reference of Paul Ricoeur. Results and discussion: the production of care for people living with HIV/Aids is tied to a biomedical and pharmacocentric bias, whereas for people who use crack it is marked by misleading stigmas and generalizations about use. Thinking about caring for these people should be broad and multidimensional to be effective. Conclusion: the existence of health services does not guarantee the access and the adherence to the treatment. Live with HIV/Aids and the use of crack is marked by stigmas and social vulnerabilities that need to be considered to ensure the production of care for these people.

Keywords: *Acquired Immune Deficiency Syndrome. Crack Cocaine. Therapeutic Itinerary.*



RESUMEN

Introducción: la vida de las personas que viven con HIV/Aids y usan crack tienen representaciones sociales que le atribuyen singularidad.. Objetivo: analizar la relación entre la existencia de servicios y la garantía del acceso al cuidado de personas que viven con HIV/Aids y hacen uso de crack. Metodología: se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, realizado a partir de la metodología de construcción de itinerarios terapéuticos de personas que viven con HIV/Aids y hacen uso de crack. El muestreo es construido por referidas personas y por profesionales que surjan a partir de sus hablas. El análisis se hizo con el referencial de Paul Ricoeur. Resultados y discusión: la producción del cuidado para las personas que viven con HIV/Aids es vinculada a un sesgo biomédico y farmacocéntrico, mientras que para las personas que usan crack es señalada por estigmas y generalizaciones equivocadas respecto al uso. El pensar en cuidar de esas personas debe ser amplio y multidimensional para ser efectivo. Conclusión: la existencia de servicios de salud no garantiza el acceso y la adhesión al tratamiento. Vivir con HIV/Aids y hacer uso de crack está marcado por estigmas y vulnerabilidades sociales que necesitan ser tenidas en cuenta para garantizar la producción del cuidado para esas personas.

Palabras clave: *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Crack; Itinerario Terapéutico.*



INTRODUÇÃO

O surgimento da epidemia de HIV/Aids e o início do uso de crack datam aproximadamente do mesmo período, remontando às políticas de saúde dos anos 80. Nesses mais de trinta anos convivendo com esses problemas, inúmeras proposições, projetos e gastos foram direcionados para eles, com destaque para o Programa Nacional de HIV/Aids, reconhecido internacionalmente. No entanto, são problemáticas de saúde que ainda permanecem, insistem, persistem e parecem se tornar mais complexas na contemporaneidade.

A Aids, em sua dimensão biológica, fragiliza o sistema imunológico da pessoa infectada pelo vírus HIV. Entretanto, a epidemia é atravessada por elementos que lhe atribuem uma dinamicidade peculiar. O vírus ideológico, sustentado e disseminado pelo tripé estigma, preconceito e discriminação, é um dos aspectos que perpassa a condição de viver com HIV/Aids e nunca deixou de ser um obstáculo, fosse qual fosse o modo que o Brasil escolhesse para enfrentar o problema¹.

Este estudo apresenta como peculiaridade a interação do

estigma da Aids com o estigma do uso de crack. Segundo Medeiros², a mídia aponta para uma verdadeira “epidemia do crack” e confere à droga o poder de um personagem dotado de vida própria, credenciado para desmoralizar de forma estrondosa a sociedade, especialmente por sua capacidade destruidora. A demonização da substância e a culpabilização do indivíduo são legitimadas pelas notícias veiculadas. Predomina, portanto, uma visão determinista quanto às consequências que o consumo de crack pode trazer, homogeneizando as relações que as pessoas mantêm com a droga, como se os efeitos do uso do crack fossem os mesmos para todos(as) que o fumam.

As representações sociais em torno do HIV/Aids e do uso de crack rebatem nos modos de buscar e produzir cuidado. Assim, busca-se compreender a complexidade dessa relação por meio da (re)construção dos Itinerários Terapêuticos (IT) dessas pessoas. Trad³ afirma que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real na qual o indivíduo faz escolhas de atos e trajetórias que não compõem uma linearidade ou constância dos caminhos e escolhas, mas que poderão

ser descritos posteriormente. Os itinerários são mediados, principalmente, por características estruturais e dinâmicas dos grupos, pelas experiências prévias com a doença, pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal no bairro.

A produção dos itinerários ressaltou o contexto da disponibilidade dos serviços de saúde, as alternativas socioculturais na produção dessas trajetórias e disparou a principal questão desse estudo: a existência do serviço de saúde garante o acesso dos usuários?

Diante do exposto, objetivou-se analisar a relação entre a existência de serviços e a garantia do acesso ao cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack.

METODOLOGIA

A (re) construção dos itinerários terapêuticos está mapeando o caminhar destas pessoas e as redes (formais, informais e vivas) que integram a produção e a busca por cuidado. Como técnicas para a produção dos dados, utilizou-se a observação livre do cotidiano da comunidade e entrevistas em profundidade com quatro pessoas.

O cenário da pesquisa é uma comunidade do município de Fortaleza (CE), território onde se concentram muitas pessoas para fazer uso de *crack*, podendo ser considerada uma *crackolândia*. Os interlocutores da pesquisa são as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e fazem uso de *crack* e os profissionais da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids adjacente e de uma associação que acompanha as pessoas que têm tuberculose e vivem na comunidade. Como critérios de exclusão para os usuários, definiu-se não entrevistar adolescentes e pessoas sob efeito da substância psicoativa (pela possível dificuldade de abordagem). Os profissionais foram incluídos pelos protagonistas dos IT. A análise foi feita com o referencial da hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com parecer favorável de Nº. 1.921.925. Obedeceu-se a todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos constantes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com os participantes aceitando voluntariamente sua inclusão na pesquisa com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo ainda está em andamento, mas já traz resultados relevantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A resposta brasileira à Aids foi reconhecida internacionalmente pelo envolvimento direto das populações

Os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento das PVHA são visíveis e possibilitam importantes melhorias em sua qualidade de vida.

mais diretamente afetadas pela epidemia na condução/construção das políticas públicas. Atualmente, o investimento do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) é concentrado na ordem biomédica difundida internacionalmente no “testar e tratar”, ou seja, disseminar o diagnóstico e oferecer o tratamento com os medicamentos antirretrovirais, desvitalizando as investidas de prevenção horizontais junto às populações-chave^{4,5}.

Os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento das PVHA são visíveis e possibilitam importantes melhorias em sua qualidade de vida. No entanto, tais avanços ainda não conseguiram desconstruir percepções e valorações éticas, morais e religiosas que se baseiam em antigas metáforas da doença⁶. De acordo com Parker e Aggleton⁷, do ponto de vista sociocultural, o estigma da Aids pode ser reforçado por outros estigmas relacionados ao gênero, à raça, à orientação sexual, ao uso de drogas, entre outros.

No tocante ao consumo de *crack*, no cenário contemporâneo, predomina uma visão determinista quanto às consequências que este uso pode trazer. Homogeneizam-se as relações que os usuários mantêm com a droga. As instituições, baseadas em suas representações sociais negativas sobre o uso de *crack*, estruturam-se para lidar com um indivíduo descuidado, perigoso, imoral e irresponsável, que é anulado pelas generalizações e rotulado por “problemático” e “culpado” por qualquer possível piora em sua situação de saúde².

Ressalta-se que não se tem como objetivo culpar os profissionais de saúde, pois estes também são dotados de afetos/sentimentos/valores e têm representações sociais que os atingem na produção do cuidado. O cuidado é um processo contínuo, coletivo, de muitos atores (profissionais, medicações, pessoas convivendo com HIV/Aids, entre outros), com suas imprevisibilidades e tensões⁸.

A pesquisa de campo iniciou-se em fevereiro de 2017, com observações do cotidiano e dos atendimentos realizados na UAPS da regional. Desde o primeiro contato com o serviço, os profissionais destacaram que há uma dificuldade de alcançar os usuários com o perfil requisitado. A justificativa é que as

PVHA e usuários de *crack* eram mais “assíduas” ao SAE quando este se localizava no Centro da cidade e que, após a mudança para a sede atual, “muitos deixaram de vir” (sic).

Segundo Oliveira⁹, a oferta ou disponibilidade de serviços não significa, necessariamente, o uso efetivo deles. Reconhecem-se as tensões contínuas (cotidianas) mobilizadas pelas interações entre os distintos atores na vida dessas pessoas. Segundo os profissionais dos SAE, trata-se de usuários que, predominantemente, estão em situação de rua e este fato é determinante para uma “frágil adesão” (sic.) ao tratamento para o HIV.

Acioli Neto e Santos¹⁰ afirmam que não existe uma relação de causalidade entre o uso de *crack* e o viver de rua, mas seu consumo é mais frequente entre essas pessoas. Nessa perspectiva, os profissionais destacaram que o “viver na rua” e fazer uso de *crack* faz com que essas pessoas não sejam usuárias “frequentes” do serviço.

Após essa constatação, questionou-se sobre o atendimento às pessoas que vivem na rua, e os profissionais referenciaram aos pesquisadores deste estudo o trabalho que uma enfermeira realiza *in loco* com pessoas em situação de rua e que esta seria uma possibilidade de “encontrar” os sujeitos desta pesquisa. A enfermeira trabalha na UAPS e, em parceria com uma associação, realiza o Tratamento Diretamente Observado (TODO) em pessoas com tuberculose. São feitas visitas domiciliares, orientações, rodas de conversa e palestras na comunidade, atividades que possibilitam a criação de vínculo e a identificação de PVHA que usam *crack*.

Em um mês de pesquisa de campo, com visitas diárias à UAPS da comunidade, ainda não tinha sido identificado nenhum usuário do serviço que atendesse ao perfil desejado. Em contrapartida, o contato com a associação, desde a primeira visita, finalmente possibilitou o encontro com os sujeitos deste estudo, uma vez que ela realiza o trabalho em território e consegue alcançar pessoas que talvez estejam em situação de maior vulnerabilidade.

Enfatiza-se que o território considerado aqui não é apenas físico, um mapeamento do espaço para oferta de ações dos serviços de saúde. Trata-se de um conceito mais amplo, um território-rede, uma teia complexa formada por relações sociais e de poder. Segundo Silva¹¹, é um território que também é político, social e cultural, o lugar onde as pessoas constroem suas histórias de vida. É um espaço formador de diversas redes descontínuas, com superposição de vários territórios e territorialidades que se complementam ou se contradizem. São as redes formadas pelas relações da população com os serviços de saúde, com seus contextos de vida, com seus locais de vivência, de uso de drogas, de relações sociais, que são móveis, autônomos e se transformam a partir dessas interpelações.

A pesquisa de campo agora está sendo realizada dentro da

A escuta, o vínculo e o resgate da história de vida ficam comprometidos quando o atendimento é centrado na medicalização dos sintomas.

comunidade, nas cenas de uso de *crack*. A Associação possui vínculo com as pessoas da comunidade e acaba mediando a relação entre os usuários e os equipamentos sociais e de saúde. Ao acompanhar este trabalho, percebeu-se a potência do cuidado em território e o quanto os educadores sociais vêm desempenhando o papel de cuidar, pois esses, por vezes, conseguem ter mais contato com os moradores do que os próprios Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As vantagens de um cuidado de base territorial incluem: conhecimento da situação de vida da pessoa (e não somente da doença), fortalecimento do vínculo, possibilidade de acionar recursos da própria comunidade, conexão com outros setores – educação, assistência social, programas governamentais, entre outros¹².

A proximidade com o território também permite conhecer o ritual de consumo de *crack*, e isso é fundamental na produção de cuidado dessas pessoas, principalmente quando se vive com HIV. Para Dias¹³, o conhecimento acerca das consequências que o *crack* promove no usuário e na sua realidade social constitui um importante instrumento de gestão, no sentido de identificação de necessidades, realização de planejamento e elaboração de estratégias para a execução de ações efetivas na prevenção de danos e promoção da saúde.

Os territórios têm vida, expressa pela história de pessoas e lugares, pela cultura, pelos movimentos sociais e ações políticas, sendo a expressão de interesses muitas vezes conflitantes¹⁴. A utilização de espaços do território, incluindo as referências socioculturais e econômicas que fazem parte de seu cotidiano, de seu projeto de vida e de sua inserção no mundo, amplia as trocas e potencializa o cuidado em saúde. A escuta, o vínculo e o resgate da história de vida ficam comprometidos quando o atendimento é centrado na medicalização dos sintomas.

Medeiros² afirma que a relação de saúde, geralmente, tem sido bem-sucedida na perspectiva biomédica de medicalização, na qual o outro é tomado como corpo biológico, dominado por um saber unidirecional e vertical que prescreve a ação/cooperação de quem está sendo tratado.

Considera-se que há uma fragilidade entre a UAPS e a

comunidade e esta pode determinar ações e modos de cuidar que, muitas vezes, não são bem-sucedidos. De acordo com Mendes e Donato¹⁵, o modo como os indivíduos na comunidade veem a unidade de saúde determina a especificidade das relações que se estabelecem entre a comunidade e os serviços de saúde.

Destaca-se, entretanto, que este estudo não pretende elucidar uma visão de “certo” ou “errado” e de “culpados”. Considera-se que todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado são redes vivas. A dimensão do cuidado, portanto, está sendo analisada com a lente da micropolítica. Segundo Feuerwerker¹⁶, no plano micropolítico é que se fabricam os territórios existenciais, nos quais ocorrem os processos de subjetivação. Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos. Merhy¹⁷ et al.

As mudanças ocorridas no cenário atual da Aids também estão sendo consideradas, tem-se a mudança de uma doença aguda para uma doença crônica, implicando o uso persistente de medicamentos (a possibilidade de efeitos colaterais) e uma constante interação com profissionais de saúde. Essas mudanças acompanham repercussões psicossociais, as quais requisitam a necessidade de se compreender os processos cotidianos em torno da testagem, do diagnóstico e do tratamento. Além disso, consideram-se os atores e as ações que podem facilitar, dificultar, mudar ou potencializar os rumos do cuidado.

O conhecimento dos itinerários está potencializando o reconhecimento das singularidades e multiplicidades dos sujeitos envolvidos, principalmente pela proximidade e imersão em território. Mendes e Donato¹⁵ reforçam que o território é uma construção, produto da dinâmica onde se tencionam as forças e conflitos sociais em jogo, os quais são permanentes. Assim, o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Ao mesmo tempo que território é um resultado, é também condição para que as relações sociais se concretizem. E, sendo construído no processo histórico, é historicamente determinado, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira.

...todos
os sujeitos
envolvidos no
processo de
cuidado são redes
vivas.

Viver com HIV/Aids e usar *crack* possui uma dinamicidade que requer um olhar minucioso. Uma visão reducionista direcionada apenas ao evento viral e/ou ao ato de usar uma droga ilícita não abarca a peculiaridade desta relação. O fato de não conseguir encontrar esses sujeitos nos espaços institucionalizados, como a UAPS, foi a principal limitação deste estudo. No entanto, fez com que os pesquisadores se deslocassem para o território e esta experiência tem sido transformadora no processo de construção desta pesquisa. O processo de apropriação do território permitiu conhecer as condições de vida reais das pessoas e perceber que estas não se enquadram nas generalizações construídas socialmente.

CONCLUSÃO

A epidemia de HIV/Aids possui transformações vivas que, quando atreladas ao uso de *crack*, assumem uma dimensão ainda mais complexa. A entrada em campo ratificou um questionamento disparador deste estudo: os modelos de atenção à saúde e as práticas de cuidado consideram as idiosincrasias das pessoas que usam *crack* e convivem com HIV/Aids?

Para além dos dados epidemiológicos, viver com HIV/Aids e fazer uso de *crack* torna-se ainda mais peculiar devido à construção social e simbólica sobre a Aids e as drogas na sociedade brasileira, revelando a presença de um imaginário social negativo. Isso contribui para a reprodução do preconceito e do estigma na vida dos sujeitos afetados.

É indispensável ponderar sobre a produção do cuidado dessas pessoas, principalmente porque as medidas de intervenção e as respostas institucionais são atravessadas pelas referidas representações sociais. Os itinerários terapêuticos que estão sendo (re)construídos não pretendem estabelecer “verdades” sobre como “deve ser” o cuidado para com essas pessoas, mas estão trazendo à tona os aspectos micropolíticos que perpassam suas vidas, revelando as intensidades que atravessam as relações, mediações e trocas presentes nos caminhos que tecem essas trajetórias. Compreende-se, portanto, que se trata de um processo vivo e complexo, inerente ao viver.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jhennifer de Souza Góis contribuiu com a concepção e preparação do manuscrito, **Cybele Façanha Barreto Medeiros Linard** e **Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira** contribuíram com a preparação do manuscrito e **Maria Salete Bessa Jorge** colaborou com a revisão final do artigo.

AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira Interdisciplinar e AIDS. ABIA. Observatório Nacional de Políticas de AIDS. O retorno do vírus ideológico. Boletim ABIA, Nº 60. Rio de Janeiro: Observatório Nacional de Políticas de AIDS [document on the internet]. 2015 [cited 2017 abr. 14]. Available from: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf
2. Medeiros R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Revista Saúde e Sociedade [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 abr. 14]; 23(1): 105-117. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00105.pdf>.
3. Trad LAB. Itinerários Terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: Castellanos MEP. et al (Org.) Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza (CE): EdUECE; 2015. p. 61-96.
4. Seffner F, Parker R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDE. Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. p. 22-30.
5. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. Interface Comunicação, Saúde, Educação. [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 fev. 20]; 19 (52): 5-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0005.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS Related Stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc. Méd. Science [serial on the internet]. 2003 [cited 2017 mar. 25]; 57:13-24. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
8. Silva LAV, Santos M, Dourado I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. Physis Revista de Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 mar. 25]; 25(3): 951-973. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00951.pdf>
9. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2017 mar. 24]; 25(2): S259-S268. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/08.pdf>
10. Acioli Neto MLA, Santos MFS. As Máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. Revista Psicologia em Estudo [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 mar. 25]; 20 (4): 611-623. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287145780010>
11. Silva AB, Pinho LB, Olschowsky A, Siniak DS, Nunes CK. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. Rev. Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 mar. 25]; 7(esp): e.68447. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68447.pdf>.
12. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 mar. 25]; 20(2): 383-393. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>.
13. Dias MAS, Silva LCC, Brito MCC, Silva AV, Rodrigues AB, Dias FAC. Repercussões biológicas e sociais do uso do crack: a voz dos familiares de usuários. Sanare Revista de Políticas Públicas [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 mar. 25]; 12 (2): 21-26. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/378/270>.
14. Monken M, Barcellos C, Porto MFS. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: Minayo, MCG, Machado JMH, Pena PGL (Org.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 161-180.
15. Mendes R, Donato AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. Sanare Revista de Políticas Públicas [serial on the internet]. 2003 [cited 2017 fev. 20]; 4(1): 39-42. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/114/106>.
16. Feuerwerker LCM (Org.). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 174.
17. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco, TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate]. 2014N. Available from: eiro, 2014. <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

