

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GIZELE DA COSTA CERQUEIRA

**PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: CARTOGRAFIAS DE DOIS
UNIVERSOS MARANHENSES.**

Niterói
2016

GIZELE DA COSTA CERQUEIRA

**PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: CARTOGRAFIAS DE DOIS
UNIVERSOS MARANHENSES.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Comissão do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal Fluminense como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Ivia Maksud

Niterói
2016

C416

Cerqueira, Gizele da Costa
Produção de cuidado em saúde mental:
cartografias de dois universos maranhenses /
Gizele da Costa Cerqueira.- Niterói: 2016.

135 f.

Orientador: Túlio Batista Franco

Coorientador: Ivia Maksud

*Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal
Fluminense, Faculdade de Medicina, 2016.*

*1. Saúde Mental. 2. Redução do Dano. 3. Transtornos Relacionados
ao Uso de Substâncias. 4. Assistência à Saúde. 5. Administração dos
Cuidados ao Paciente. I. Título.*

CDD 616.86

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, companheiro e incentivador, Xandi, e tantos outros apelidos, que sonhou este sonho comigo e fez parte de sua realização ouvindo as lamúrias, ouvindo os risos, e aprendendo termos que nunca pensou existir. Nessas trocas, seu humor inteligente fazia dos conceitos novos, doçura e graça. Também suportou a distância física que tivemos que nos submeter para eu realizar este desejo. Suportou bravamente. Obrigada.

Aos meus pais, Moacyr e Alda, que me acolheram novamente em seu lar, por quase dois anos, incentivando-me, dando carinho, tomando conta do meu sono espalhado por dias e noites de leituras e escritas. Amor de pais.

Ao meu amigo, irmão de toda vida, Mauro Brigeiro. Que sempre de forma gentil e crítica trocava comigo suas impressões a respeito de minhas ideias. Acompanhou todo este trajeto. O trajeto da pesquisa, o trajeto da pessoa. É meu amigo. Fez-se meu mestre. Incentivou-me a caminhar.

A todos eles, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento.

Assim, agradeço a Túlio Franco, meu orientador, a quem admiro. Seu jeito tranquilo e respeitoso às minhas dúvidas, incertezas e pensamentos traziam ao mesmo tempo críticas, questionamentos e confiança. Transformava minha necessidade de respostas em fluxos que me ligavam a autores e a novos conhecimentos.

À Ivia Maksud, minha co-orientadora. Profissional interessada nas produções de seus alunos, meiga e firme, acompanhou-me nesse flerte com as ciências sociais. Acompanhou meus desvarios, meus riscos e minha alegria em me apresentar em congressos e jornadas. Deu ordem a um caos de ansiedade e desejo.

Aos membros da banca examinadora, Martinho, Dimas e Lenita, que fizeram do momento da defesa um lugar de aprendizado, leveza, graça e ternura. Obrigada pelas contribuições.

Também agradeço à Capes, pelo incentivo financeiro que possibilitou minha estadia no Rio de Janeiro, a compra de livros, enfim, a ser uma bolsista em tempos tão árduos.

Agradeço ao Programa de Saúde Coletiva da UFF, a todos os professores que conheci. Todas as aulas ministradas. E todos os profissionais da secretaria que sempre estiveram disponíveis. Bom, passado algum tempo, me pegar citando algo que discutimos em nossas leituras, em nossas apresentações.

Agradeço à Tatiana, que em certo dia levando seus alunos ao CAPS ad para uma visita me disse: "tem um mestrado que é a sua cara". E assim, iniciei com ela os primeiros estudos para a seleção. Grata, muito grata.

Aos amigos do mestrado, muito obrigada pela acolhida, fez com que eu me sentisse em casa. Rimos, estudamos, curtimos a vida juntos. Em especial ao Alexandre, que encurtava meu caminho de Niterói ao Rio, a Rafael que me ensinou a driblar o trânsito, e me trouxe um tom de juventude, alegria e inteligência. Verônica, Paula, Jaina, Priscila, Fabiana, Deison. Todos esses, dividi mais a vida.

Agradeço à Patrícia Miranda, Paty, amiga da vida inteira. Sempre me estimulando a realizar, a lançar-me na vida.

Agradeço aos amigos de Imperatriz, Aline, e Val, que cuidaram de nossa casa. À Nara, Ana Cleide, Lilian, Celnia, amigas e profissionais com quem dividi ao longo dos anos meus anseios. À Izaura e Almada, amigos e mestres. À Cassia, Cris, Tatiana, Marluce e Marlene, amigas e companheiras de labuta. Todos eles possibilitaram esta viagem

Também agradeço a Jhonatam, Chardeylton e Margoula, laços da vida, que torceram por mim desde o início.

Agradeço aos coordenadores e profissionais do Caps, Caps ad III, do CnR e ao Coordenador de Saúde Mental que me receberam tão bem e acolheram esta empreitada.

Agradeço aos participantes do Templo e da Comunidade Terapêutica pela disponibilidade em me receber e a participar da pesquisa.

Agradeço aos usuários, a seus familiares, que se dispuseram a participar dessa produção. E aqueles também que foram apenas observados, mas que através deles pude aprender.

A todos vocês, cada um a seu modo, obrigada.

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação foi produzida a partir de um percurso profissional como trabalhadora de saúde mental ao longo de alguns anos.

Se podemos dizer que havia alguma certeza era a de que os questionamentos eram oriundos de uma prática com fluxos, desvios e tensões pertinentes ao trabalho realizado com pessoas capturadas pelas drogas.

Portanto, essa produção é formada por uma multidão, por múltiplas subjetividades que resultaram como efeito o desejo de pesquisar.

Assim, a escolha da cartografia se deu como um acompanhamento deste percurso, dando-lhe um novo sentido: o da pesquisa.

O primeiro capítulo da dissertação se refere à própria trajetória da pesquisadora e a construção do objeto de estudo: a produção do cuidado em saúde mental e a Redução de Danos.

O segundo capítulo se relaciona ao percurso da Redução de Danos no Brasil trazendo diversas concepções a respeito desde o encontro entre os olhares clínico e político até a Redução de Danos como política pública.

O terceiro capítulo fala a respeito do cuidado, sua produção subjetiva e os fluxos que possibilitam o encontro entre profissionais e usuários. Também discorre sobre a análise do cuidado através do fluxograma descritor, ferramenta utilizada que representa graficamente os processos de trabalho dos serviços.

O quarto capítulo informa brevemente sobre a Saúde Mental de Imperatriz.

O capítulo quinto explana sobre a construção metodológica da pesquisa a cartografia, e um certo flerte com a etnografia.

O sexto capítulo compreende os resultados e discussões, trazendo o que foi percebido em cada serviço, suas singularidades e semelhanças.

E por fim, o sétimo capítulo que se refere às considerações finais trazendo também algumas sugestões com o intuito de colaborar de forma efetiva com aqueles que, gentilmente, contribuíram com a pesquisa e são a razão deste trabalho.

“... É que enquanto se está vivo não se para de fazer encontros com outros corpos (não só humanos) e com corpos que se tornam outros. Isso implica, necessariamente, novas atrações e repulsas, afetos que não conseguem passar em nossa forma de expressão atual, aquela do território em que até então nos reconhecíamos. Afetos que escapam ...”

(Suely Rolnik)

RESUMO

Esta dissertação analisa a prática da Redução de Danos como produção do cuidado de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e de um Consultório na Rua. É um estudo de natureza qualitativa realizado através de dois estudos de casos que revelam a dinâmica e o fluxo dos serviços. Como técnicas de pesquisa, foram utilizadas a observação participante, entrevistas semiestruturadas, entrevistas livres (não estruturadas), análise dos prontuários e o fluxograma descritor. Os resultados observados foram a respeito da percepção acerca da Redução de Danos, sobre o acolhimento e instrumentalização e a potencialidade dos serviços no que tange a produção do cuidado. Quanto a percepção sobre a Redução de Danos bem como sobre o acolhimento observamos que nos dois serviços pesquisados são semelhantes, diferenciando-se pela singularidade de quem os vê revelando a multiplicidade de olhares. Quanto à instrumentalização, sua análise foi possível no Consultório na Rua mostrando que há momentos em que ela se torna mais evidente. A potencialidade dos serviços é algo inerente a toda produção do cuidado não cabendo analisar se é ou não potente, mas partindo do pressuposto que a potência é algo intrínseco ao trabalho.

Palavras-chaves: cartografia, Redução de Danos, produção do cuidado.

ABSTRACT

This dissertation review the practice of Harm Reduction as the production care in a Psychosocial Care Center alcohol and drugs and of a Street Office. It is a study of qualitative nature made by two studies of cases that reveals the dynamic and flow of the services. Like technics of search were used to participant observation, semi-structured interviews, free interviews (not structured), analysis of records and the flowchart descriptor. The observed results were about the perception about the Harm Reduction, about the reception and instrumentalization and the potentiality of the services in what regards to the care production. As the perception about the Harm Reduction as well as about the reception we observed that in both of the searched services are similar differentiating by the uniqueness of who sees it revealing the manifoldness of perspectives. As the instrumentalization its review was possible at the Street Office showing that there are moments that it becomes more evident. The potentiality of the services is something inherent to all care production not fitting reviewing if it is or not powerful, but assuming that the potency is something intrinsic to the work.

Key-words: cartography, Harm Reduction, care production.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS ij – Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CnR – Consultório na Rua

CR – Consultório de Rua

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CsO - Corpo sem Órgãos

CT – Comunidade Terapêutica

GTAOD - Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas

HMI – Hospital Municipal de Imperatriz

IEPAS - Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos

MS – Ministério da Saúde

ONG - Organização não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST e AIDS

PRD – Programa de Redução de Danos

PTI – Projeto Terapêutico Institucional

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RT – Residência Terapêutica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNDCP - Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CAPS ad III	74
Figura 2 – Fluxograma descritor do usuário do CAPS ad III	74
Figura 3 – Fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CnR	74
Figura 4 – Fluxograma descritor do usuário do CnR	74

SUMÁRIO

1 A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA, CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.	12
2 A REDUÇÃO DE DANOS COMO PERCURSO.....	18
2.1 Diversas concepções sobre a Redução de Danos.....	18
2.2 A Redução de Danos: encontro entre a clínica e a política.....	20
2.3 O que dizem os documentos oficiais.....	25
2.4 Sobre as proibições do uso	26
3 A RESPEITO DO CUIDADO	28
3.1 Produzindo o cuidado.....	28
3.2 O acolhimento na produção do cuidado	31
3.3 A produção subjetiva do cuidado.....	32
3.4 Fluxos para o cuidado - O olhar vibrátil e o Corpo sem Órgãos	38
3.5 A análise do cuidado em saúde através do fluxograma descritor como ferramenta analisadora	40
4 A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ.....	44
4.1 Universo da pesquisa	45
4.1.1 A cidade	45
5 PERCURSOS METODOLÓGICOS	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
6.1 Sobre o Caps ad III.....	54
6.1.1 A descoberta do cotidiano	54
6.1.2 O Intercâmbio com Resende	68
6.1.2.1 <i>A Oficina de Atualização Profissional, Percorso Formativo na Raps: Intercâmbio entre Imperatriz, MA e Resende, RJ</i>	<i>73</i>
6.1.3 E o que pensam os profissionais?	76
6.1.4 A produção do cuidado à luz do usuário: A história de Pedro	80
6.1.4.1 <i>A análise através do fluxograma descritor.....</i>	<i>89</i>
6.2 Sobre o Consultório na Rua.....	94
6.2.1 A descoberta do cotidiano	94
6.2.2 O que as cenas nos dizem?	102
6.2.3 E o que pensam os profissionais?	104
6.2.4 A produção do cuidado à luz do usuário: A história de João	108
6.2.4.1 <i>A análise através do fluxograma descritor.....</i>	<i>117</i>
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122

REFERÊNCIAS	128
ANEXO I	132
ANEXO II.....	133
ANEXO III.....	134
ANEXO IV	135

1 A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA, CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.

As indagações que sustentam esta dissertação se derivam dos incômodos sentidos em meu dia a dia como profissional na área de saúde mental bem como do acompanhamento do trabalho junto a equipe de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), de Imperatriz, Maranhão, especialmente quando começou a incorporar-se no serviço a atenção a pessoas em situação de rua. A proposta de pesquisa se fundamentou inicialmente na expectativa de que mergulhar sobre o processo de trabalho em saúde instituído no CAPS ad de Imperatriz nos proporcionaria uma crítica a respeito do que se vem produzindo pelos trabalhadores de saúde mental durante esses anos, contribuindo para a discussão sobre a organização das ações de atenção ao usuário de substâncias psicoativas.

Meu envolvimento com o tema atravessa toda a minha trajetória profissional desde o seu início, com meu primeiro estágio em que algumas indagações acerca da dependência química se faziam presentes no meu cotidiano. Lembro-me de que eu tinha medo dos usuários de drogas ilícitas, mas não dos alcoolistas. Nesses quase dois anos de estágio pude alargar meu potencial e atender todos - pessoas com problemas com o álcool, múltiplas drogas, familiares, instituição. Em 1995 me formei em psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Certo tempo depois, participei como estagiária formada do grupo de Alcoolismo do Hospital Pedro Ernesto, vinculado a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. As perguntas permaneciam. Por que as pessoas se destruíam? O que as fazia passarem de uma curtição, um relaxamento, para o descuido? Por que alguns iam parar nas ruas? Por que tanto sofrimento, tanta dor?

Os anos seguiram e me mudei para Imperatriz no final de 1998. Após um ano de ter ingressado no serviço público da cidade, fui direcionada para o setor da saúde participando da instauração dos serviços de saúde mental desde o seu começo através de um ambulatório. Depois abrimos o primeiro CAPS da cidade. Trabalhei com as psicoses e neuroses graves, mas sempre havia espaço para os dependentes químicos. Iniciamos um grupo voltado a esse fim, eu e outra psicóloga. O grupo fechou. Abri outro com a terapeuta ocupacional que também acabou, e, vez por outra, os usuários de substâncias psicoativas apareciam, sobretudo, co-mórbidos. Até que em 03 de julho de 2008 inauguramos o CAPS ad, o qual foi por mim coordenado até setembro de 2011 quando a saga do Consultório de Rua (CR) se iniciou. Este (CR) com implantação dificultada por questões de âmbito administrativo.

Ao longo de mais de cinco anos de trabalho no CAPS ad, percebi que a equipe havia passado por uma reorientação, deixando de lado práticas protecionistas e moralistas em relação aos usuários, como por exemplo a proibição do uso de bonés, ou o consumo de tabaco. Essas

ações parecem refletir a falta de habilidade técnica em lidar com possíveis entradas de drogas no serviço e suas consequências tanto do ponto de vista do tratamento quanto da organização do serviço. Essas transformações foram, de certa forma, sendo construídas em um contexto de ampliação das políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e drogas no Brasil. As dúvidas e incertezas eram e, parecem ainda ser, o que mais caracteriza o trabalho nessa área.

Desde 2001, quando a lei 10.216 que trata das questões relativas à saúde mental no Brasil foi aprovada, as políticas vêm tomando um corpo em que vários dispositivos vão sendo criados para alicerçar a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em Imperatriz, crescemos junto a esse processo e o CAPS ad foi implantado e com ele nossos incômodos se intensificaram. Foi curioso. Dentre os projetos enviados ao Ministério da Saúde: de supervisão, arte, cultura e renda, a implantação do CR – foi motivo de muita inquietação. O governo municipal não havia dado início a nenhum dos projetos de saúde mental, nem os nossos nem de outros setores da saúde mental.

Havia um contentamento de todos, inclusive meu, com a aprovação de nossos projetos.

Era para mim, para a equipe do CAPS ad e para a equipe do CR uma novidade. Não tínhamos leitura e nem experiência em atender população em situação de rua. O que havíamos pensado em termos de escolha da equipe “caiu por terra”, pois o Ministério Público local exigiu processo seletivo com prova para os futuros profissionais do serviço. Nossa proposta de fazermos todo o processo por entrevista, ouvindo os candidatos, sua relação com álcool e drogas, sua relação com pessoas em situação de rua foi por “água a baixo”. Frente a essas mudanças, coube à coordenadora do CR e a mim a incumbência de capacitar a equipe. Solicitamos auxílio do Ministério da Saúde (MS), mas as orientações se resumiam a enfatizar a novidade desse tipo de atenção e que as incertezas faziam parte. Restou-nos seguir em frente e planejar o primeiro CR do estado do Maranhão. Utilizamos o material da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*, para iniciarmos nossas leituras sobre pessoas em situação de rua e sobre o próprio CR. A partir de então, organizamos uma capacitação, incluindo como temas desde reflexões sobre as drogas até sobre população de rua. Ao fim de um ano, para a nossa alegria, verificamos que o projeto foi realizado sendo um dos poucos do país que fez sua adaptação para Consultório na Rua (CnR). A diferença do ponto de vista macropolítico entre o CR e o CnR é a mudança de sua pasta, saindo do âmbito da saúde mental ao seu término e locado na rede de atenção básica onde permanece até os dias atuais, deixando de ser um projeto de um ano para ser um programa constante. Esta passagem pode trazer efeitos micropolíticos nos processos de cuidado. No CR a equipe cuidadora tinha como formação básica a saúde mental o que lhe

cunhava uma especificidade, enquanto que no CnR o olhar é mais generalizado com atravessamentos de diversos profissionais, ou pelo menos profissionais que apresentam uma formação mais ampla de cuidados à saúde geral.

Ao longo da preparação da equipe do CR, no CAPS ad, houve muitas expectativas e discussões. Até que algumas pessoas acolhidas pelo CR aceitaram a proposta de frequentar o CAPS ad com o intuito de tratar-se. Foi então que meus principais questionamentos começaram a surgir. Essas pessoas não aceitavam as nossas regras: horários marcados, não fumar a todo momento, permanecer no serviço até a hora de ir embora sem ir à rua. Elas tinham outros hábitos, outra lógica de vida. Estavam desesperadamente desejando um banho, comida, roupas e muitas horas de sono. O CAPS ad parece iniciar uma nova função, a de ser um abrigo para esses usuários.

Com a vinda dos usuários através do CR a questão da Redução de Danos (RD) se fez mais presente ou até mesmo urgente. As tais regras foram revisitadas a todo o momento. Frases como: “ele vem aqui só pra dormir, não participa do tratamento” e “ele precisa descansar, precisa de comida, de banho” faziam parte do cenário do cotidiano do serviço. A população de rua nos mostra que o cuidado precisa ser paulatino, respeitoso, e que o vínculo é o principal motor da possibilidade de modificação. No caso particular do CAPS ad, devido a vinda dos usuários acolhidos pelo CR, uma vez que o CAPS ad não atendia a esse tipo de população, com esses agravos sociais e com uma vida tão peculiar, tão diferente da nossa, como é a população de rua, tivemos como equipe profissional que enfrentar de forma contundente os desafios que representam plasmar na prática a perspectiva da RD. Embora nossa equipe atendesse situações de gravidades que exigiam um olhar para a RD no que concerne ao uso das substâncias, ou seja a diminuição ou substituição das substâncias, a tensão em torno a essa perspectiva de trabalho foi gerada somente a partir da presença desses usuários acolhidos pelas intervenções na rua.

Então, meus questionamentos passaram a ser sobre a nossa dificuldade em lidar com essa população que se apresenta como um grupo peculiar no grupo de pessoas em sofrimento pelo abuso ou dependência de drogas. Segundo minha experiência em uma equipe do CAPS ad, há muitas discordâncias em torno do cuidado a essa população, desde a compreensão de uma pessoa dependente química até as questões sociais que atender uma população em situação de risco social nos suscita. E à noção de Redução de Danos tampouco se chega por meio de consensos fáceis. A ideia de abstinência total sempre está presente, seja para a maioria dos trabalhadores seja para a maioria dos usuários e seus familiares. Mas muitos da população de rua não aderem a tal ideia. Trata-se de uma população que os grupos tradicionais normalmente não alcançam seus desejos, não têm nem os mesmos projetos de vida que outros usuários em

que o risco social se apresenta menor, nem os projetos de vida que a equipe por muitas vezes deseja para eles. Ademais, como diz Antônio Nery (SENAD, 2010), eles são “invisíveis” para uma sociedade maior. Dessas indagações têm derivado reflexões a respeito do que é efetivamente trabalhar com a lógica da Redução de Danos que se orienta no sentido inverso da abstinência total como única forma de lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas. Nessa perspectiva, o uso de substâncias é considerado como legítimo, singular. O usuário é o agente de sua vida, e lhe é dado o direito à saúde. Assim, trilha-se um caminho de maior autonomia para o usuário.

A inquietação da equipe, portanto, pareceu surgir na conjugação entre a não compreensão de uma lógica de vida diferente da sua e o sofrimento que essa equipe sentia em ver uma pessoa em situação precária. Gerir o cuidado para com essas pessoas passa por um refletir e um revirar o pensamento, uma quebra de conceitos pré-concebidos e a falência de uma visão moral que ainda atravessa os serviços de saúde, haja vista a fala recorrente de profissionais da saúde em um hospital geral: “esse é cachaça, esse espera”, dentre tantas outras falas por nós já ouvidas. A tensão gerada na equipe do CAPS ad pode ser percebida, por exemplo, através do encontro entre sua indignação com uma fala moralista de um profissional de saúde e a sua própria dificuldade em lidar com as diferenças sentidas no cotidiano do serviço, o que a fez não desejar a permanência deste mesmo usuário no serviço por diversas vezes.

Essa tensão pode ser pensada a partir da formação da subjetividade desses profissionais. Segundo Suely Rolnik (2011), a formação da subjetividade se dá como um movimento de forças entre o que está fora e o que está dentro, alternando e criando várias figuras que compõem seu território existencial e da própria equipe, como um processo constante, em que a territorialização e desterritorialização se fazem presentes na dinâmica do serviço como uma tecnologia leve utilizada pelos profissionais.

Para Cecílio e Merhy (2003), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidados que circulam a vida do hospital. No nosso caso no CAPS ad, a negociação com os usuários, sobretudo aqueles em situação de rua, é necessária a todo o momento e, conforme eles percebem que são acolhidos, adentram o serviço. Vários usuários chegaram a levar roupas para serem lavadas no CAPS ad, por eles mesmos, e as guardavam em lugares que lhe pareciam apropriados. Outras vezes queriam entrar e sair a toda hora, sem nos falar. Ações como essas chacoalhavam a equipe. Muitos de nós sentíamos como se o CAPS ad fosse um hotel e a partir disso nos questionávamos se estávamos de fato tratando esses usuários.

Essas inquietações me levaram a dialogar mais profundamente com o campo da Saúde Coletiva. Birman (2005), em seu texto *A Physis da Saúde Coletiva*, ressalta que esta enfatiza a dimensão histórica e os valores investidos nos discursos sobre o normal e o anormal (patológico), a vida e a morte, representando uma inflexão para o conceito de saúde, mudando sua direção. Estas são reflexões mais do que pertinentes nesta pesquisa. A dependência química ou as diversas formas englobadas por ou relacionadas a essa noção sempre foram marcadas pelo olhar moral. A própria cisão entre o legal e o ilegal reforça a dicotomia de nossas concepções, refletindo em nosso cotidiano da saúde mental. Além disso, constitui um fenômeno que nos traz de forma direta a complexidade humana, a pessoa, a sociedade, o trabalho, e a necessidade de vários saberes dialogando a respeito.

Todos esses questionamentos e observações fizeram parte da trajetória desta pesquisadora, além do encontro com os novos textos, a nova leitura dos antigos textos, que trazem novos ares, novas possibilidades de investigação.

Além disso, ao chegar em Imperatriz para ir a campo percebi que houve mudanças que me levariam a reorganizar minha pesquisa. Os atendimentos a moradores ou pessoas em situação de rua eram muito poucos no CAPS ad. O CAPS ad estava funcionando sob o regime de 24 horas. Era um novo cenário que se apresentava para mim.

De outro lado, o CnR continuava seu trabalho sob a pasta da atenção básica e com isso mudou de lugar ganhando uma sala na Academia da Saúde¹. Além do espaço físico novo, sofreu mudanças de profissionais e a entrada de uma nova figura: o médico. Indaguei-me sobre o que mais havia mudado.

Os novos cenários não modificaram meu desejo pelo tema, ao contrário, instigaram-me ainda mais a dirigir esta dissertação para a análise de como as equipes se dispuseram a trabalhar com RD.

Assim, interessava-me investigar a respeito de como a equipe do CAPS ad e a do CnR de Imperatriz se posicionam em relação ao conceito de Redução de Danos e de que forma o cuidado se dá na prática do cotidiano à luz da RD.

Diante de tal intenção, traço como o objetivo geral da pesquisa a análise da prática da RD como dispositivo² da produção do cuidado do CAPS ad de Imperatriz. Como objetivos específicos se colocam a análise dos fluxos e das dinâmicas do trabalho da equipe do CAPS ad

¹ Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

² O termo dispositivo é aqui compreendido como agenciamento. Algo que possa gerar acontecimentos. Ver Baremlitt, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes, teoria e prática. P.151. Ano 1994. 2ª edição.

locada na pasta da saúde mental, e da equipe da atenção básica responsável pelo CnR no que tange à implementação da política de RD. Também busco identificar e analisar as diferentes aceções de RD expressas no cuidado oferecido aos usuários das duas equipes.

2 A REDUÇÃO DE DANOS COMO PERCURSO

2.1 Diversas concepções sobre a Redução de Danos

Não raras vezes nos serviços de saúde, a RD é comumente compreendida como um facilitar o uso das substâncias para o usuário. Pelo fato da abstinência ser fortemente veiculada como única forma possível de relação com as drogas. Todavia, a RD se apresenta como uma forma de lidar com aqueles que fazem uso e sofrem prejuízos. Segundo Araújo e Moreira (2011), embora a RD tenha se destacado a partir da distribuição de agulhas e seringas a usuários de drogas injetáveis, considerá-la apenas a partir dessa visão é um equívoco. Para as autoras, a RD parte do pressuposto que as drogas fazem parte do mundo e seu delineamento de trabalho é o de minimizar os agravos advindos do uso dessas substâncias, o que leva a objetivos parciais incluindo a participação do próprio usuário. Essas duas percepções nos remetem aos vários sentidos que à RD são atribuídos.

Ao longo dos anos, a RD vem passando por um processo de diversificação que torna mais amplo o seu conceito desde seu início, quando sua resposta se dava por um pragmatismo a uma epidemia, a AIDS, para a prevenção aos vários tipos de administração de drogas, além das doenças sexualmente transmissíveis como hepatites virais e tuberculose. Araújo e Moreira (2011) nos informam que no Brasil, no município de Santos em São Paulo, em 1983, um em cada quatro casos de AIDS era relacionado ao uso de drogas injetáveis. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos fez sua primeira tentativa de distribuição de insumos para o uso seguro de drogas injetáveis, porém o Ministério Público compreendeu a ação como um incentivo ao uso de drogas o que levou os profissionais e usuários a favor da RD realizarem suas ações na clandestinidade.

Percebemos que há de fato uma diversificação da compreensão do que seja a RD. Nesse caminho entre perceber a RD como um incentivo ao uso de drogas e percebê-la como minimização de riscos há derivações. Uma das derivações desse processo de diversificação e ampliação do conceito é sua instrumentalização e consequentemente a sua minimização e redução. Conforme demonstrado na etnografia de Domanico (2006), o principal dessa “tendência à instrumentalização” seria o de transformar “a prática numa mera distribuição de insumos, esvaziando sua dimensão política num contexto de luta pelos direitos humanos e cidadania”. A crítica apontada pela autora indica que o sentido da RD não pode ser focado em políticas pontuais como oferta de insumos. Siqueira (2006 apud RUI) enuncia que o sentido da RD é justamente atender aqueles que usam drogas porque não podem, não querem ou não conseguem parar de usá-la e nem por isso deveriam perder seus direitos à saúde ou serem esquecidos.

Tal enunciação nos leva a uma dimensão: a do direito de usar drogas. Ao declarar que a RD atende aqueles que não querem ou não podem parar de usar, afirma-se o desejo e a escolha da pessoa. Aqueles que não conseguem podem até querer, mas há uma impossibilidade. De toda forma é um jogo de disputas entre o não poder usar, seja do ponto de vista criminal, moral, ou das ciências, e a afirmação do uso que tencionam a compreensão da RD e possivelmente atravessam os serviços de saúde.

A revisão da literatura que realizei sobre o tema indica que são diversas as concepções acerca do conceito Redução de Danos que fazem parte da prática dos serviços assistenciais, o que permite aos profissionais lançarem mão das concepções que melhor couberem para seu manejo, dependendo da situação. O artigo de Santos (2010), *Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil* traz uma importante contribuição no sentido de evidenciar esse aspecto do tema. O objetivo de seu estudo foi de conhecer a concepção de objeto e sujeito que tem orientado as práticas de RD, a partir da análise da literatura brasileira sobre o tema. Através de textos analisados na base de dados LILACS (<http://www.bireme.br>), buscando até julho de 2006 todas as publicações sobre RD no Brasil, o referido autor partiu da premissa de que os diversos recortes de objeto apresentariam distintas concepções de saúde e do complexo sistema de produção, distribuição e consumo de drogas na contemporaneidade. O autor concluiu que a RD, como prática social, apresenta diversas concepções e que estas se encontram em disputa nos campos dos saberes e das práticas de saúde e da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas. Tal resultado permite falar concretamente na existência de várias RDs.

O autor apresenta seis concepções para a relação objeto/sujeito: quando o objeto/sujeito se encontra na unidade dependência-dependente, quando o objeto/sujeito é a unidade doenças transmissíveis-usuários e droga das populações marginalizadas e excluídas, quando o objeto/sujeito tem a unidade na equação consumo-usuário de drogas, quando o objeto/sujeito da Redução de Danos está alicerçado no modo de viver de uma dada “comunidade”, quando o objeto/sujeito é representado pela unidade entre os riscos sociais e a população em geral, e quando objeto/sujeito é exposto pela unidade produção-comércio-consumo de substância psicoativa sendo o sujeito a classe social.

Saliento que em sua pesquisa alguns dos trabalhos analisados se fundamentaram na Saúde Coletiva, com o intuito de compreender o consumo das drogas, resgatando as transformações sociais na sociedade contemporânea. O autor nos aponta que através desta área é possível observar a preocupação com relação à complexidade em que o fenômeno das substâncias psicoativas está inserido, e que a RD, como um novo paradigma, exige um

arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar onde saberes diversos delimitariam o excesso de pragmatismo e as compreensões desvinculadas da totalidade social. Enfatiza ainda a educação como um recurso importante desde que pensada em ferramentas teóricas e práticas que permitam a transformação da realidade social. Santos (2010) afirma ainda que uma compreensão global e crítica sobre a realidade histórica e social suscita a compreensão das raízes das desigualdades sociais bem como a direção de atos políticos para a transformação das condições mais globais.

Ainda sobre a revisão bibliográfica, com a finalidade de busca sobre o tema, recorri a duas bases de dados, a Biblioteca Virtual em Saúde e a Scielo utilizando os seguintes descritores de forma integrada: “saúde mental”, “Redução de Danos”, “centro de atenção psicossocial álcool e drogas” e “consultório na/de rua”. Dentre os 24 trabalhos encontrados, foram escolhidos os que tivessem mais relação com o objetivo do projeto de pesquisa: Londero, Ceccim, Bilibio (2014) *Consultório de/na Rua: desafio para um cuidado em verso na saúde*, exposto na base Scielo, e Souza, Kantorski, Gonçalves, Mielke, Guadalupe (2007) *Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: novas propostas, novos desafios*, exposto na Biblioteca Virtual em Saúde. O primeiro teve como objetivo discutir práticas de cuidado do Consultório de/na rua, problematizando as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde. O segundo objetivou analisar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas como novo modelo de assistência e sua interação com o Serviço de Redução de Danos. Segundo os autores os resultados apontaram para uma rede de serviços relativamente desconexa, porém com vastas possibilidades para complementaridade da atenção; a influência da formação hospitalocêntrica e a falta de engajamento de alguns profissionais como fatores importantes no conjunto de desafios para a consolidação de uma nova proposta de assistência. Os outros artigos versavam sobre aprendizagem, a política dentre outros assuntos.

Tenho observado tal diversidade de concepções na prática dos serviços em que atuei. Por um lado, temos a redução como um eixo orientador dado pelas políticas do MS. Por outro lado, o discurso da abstinência total como única forma de relação com as substâncias circula a todo o momento pelo serviço. Ambas as concepções se apresentam no cotidiano do trabalho assistencial, seja na verbalização da equipe, seja no manejo dos casos, ou através do contato direto com o usuário, revelando esse trabalho vivo em ato atravessado por todas essas ideias.

2.2 A Redução de Danos: encontro entre a clínica e a política

Considero importante recorrer à história da RD no Brasil através de dois autores, Tadeu de Paula Souza e Taniele Rui.

Souza (2007) busca definir o que é a RD no Brasil em sua dissertação de mestrado intitulada *Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento* através de um percurso clínico-político operado por diferentes dispositivos de gestão e atenção do SUS, as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas e as funções que a própria RD criou. Ao acessar o documento da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a) chamaram-no atenção duas referências sobre a definição de RD – a de método clínico político e de paradigma - definições que para o autor não trazem em si um conhecimento sobre a RD. Em 2003, um projeto denominado *Redução de Danos: Um Olhar de Dentro* se iniciava. Vários redutores de danos de diversos estados do país foram capacitados por Márcia Medeiros e Beth Formaggini para participarem da produção de vídeos que além de terem como objetivo a produção de um vídeo institucional traziam o olhar dos usuários de drogas, das travestis, das prostitutas sobre o trabalho em RD. Os vídeos clarificavam a proposta metodológica de cuidado em saúde da RD ao mesmo tempo em que mostravam que tal proposta não pertencia aos pressupostos de trabalho na área até então. O que estava claro para o autor inicialmente era que a RD permanentemente se encontrava em um embate com o Estado. Para ele, a história da RD é composta por pontos de tensão, rupturas e alianças que o levavam tanto para a busca de causas passadas quanto para a análise de efeitos gerados em momentos de tensão. Ao longo de sua dissertação o autor cartografou as relações de poder que constituem a política antidrogas e o paradigma da abstinência no Brasil, trouxe o tema resistência como um modo com que a saúde se tornou um campo de lutas a favor de uma nova democracia, possibilitando uma articulação para uma nova política pública sobre drogas e apresentou como a RD se constituiu um método clínico-político e um paradigma oposto á abstinência no campo das drogas.

A RD constitui um percurso clínico-político saindo da cidade de Santos, que foi a primeira cidade a utilizar a RD como uma política pública através de um conjunto de ações que no futuro influenciariam as políticas relativas às drogas.

Entre os anos de 1989 a 1994 em meio às sucessivas proibições judiciais em torno da distribuição de seringas descartáveis aos usuários, a organização do Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS), primeira Organização não Governamental (ONG) brasileira que adotou esta estratégia, e as pessoas envolvidas com a RD, gestores e profissionais, passaram a realizar intervenções mais silenciosas, nos territórios dos usuários, tendo como protagonistas aqueles antes marginalizados. Nesse mundo *underground* havia trocas afetivas e cooperação se transformando num espaço de articulação, produzindo redes de cuidado ao

mesmo tempo que esse mesmo espaço exigia novas formas de dispositivos se mostrando não só geográfica como politicamente.

Um outro aspecto relevante segundo o autor é a construção de uma política nacional antidrogas que o autor considera que pode ser analisada na interface que ela estabelece entre o processo nacional de abertura política e a construção de uma política global de guerra às drogas. As drogas e o terrorismo passaram a substituir o comunismo como figura ideológica de ameaça à democracia mundial. A emergência da política global da guerra às drogas liderada pelos Estados Unidos ampliou e fortaleceu a economia bélica fomentando práticas totalitárias em diferentes lugares do planeta. Os Estados Unidos vão controlando os países periféricos. A partir da década de 90, o tráfico ilícito ganha projeção tanto nacionalmente quanto internacionalmente, sobretudo a cocaína. O conceito de drogas, amplo, dá a esta guerra uma estratégia difusa produzindo um medo generalizado e concentrando o ponto de vista no controle social. A associação entre as drogas e a figura do mal contribuiu para reforçar aspectos morais e religiosos do campo das guerras. Assim, a droga sendo apresentada como a encarnação do mal, torna-a absoluta, deslocando-a no sentido da guerra, da política, e a colocando como inimiga da humanidade.

Todos esses aspectos sustentam a forma proibitiva de se lidar com as questões relacionadas ao uso de drogas. De toda forma a RD era defendida pelos movimentos sociais sobretudo os ligados as questões do HIV e profissionais que viam a RD como uma estratégia de cuidado.

Em 1994 foi criado o “Projeto Drogas” da PN-DST/AIDS, o qual possuía apoio político e financeiro da Organização das Nações Unidas (ONU) por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), envolvendo a Saúde Mental, a Justiça, a Educação e Desporto. Assim as intervenções da RD foram levadas a esferas estaduais e municipais. E é nessa medida de articulação com o Estado que se criam tensões na máquina estatal, cuja visão era inebriada por uma política antidrogas, forjando a saída da RD enquanto estratégia de prevenção de DST/AIDS para se transformar em um novo paradigma.

Em 1996 com a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) houve uma mobilização de redutores de danos de todo o Brasil juntamente com usuários de drogas com o fim de se organizarem politicamente e criarem várias ONGs favorecendo mais autonomia para gerir as políticas de RD. Ao mesmo tempo em que a visão de criminalidade ou doença é fortemente combatida pelos redutores de danos, estes criam espaços de gestão externos ao Estado e conseguem através da ABORDA conglomerar redutores de danos, travestis, usuários de drogas, profissionais da saúde, técnicos de saúde do PN-DST/AIDS; enfim pessoas

vindas de ONGs ou dos Programas de Redução de Danos (PRD). A rede criada propiciou que a RD não se colocasse fixamente nem em plano estatal, federal ou *underground* o que fez com que a troca de seringas não fosse o foco das ações criando objetivos mais amplos de atenção ao cuidado. Temos assim uma relação paradoxal com o Estado – receber seu financiamento ao mesmo tempo em que luta por uma política democrática do uso de drogas.

Em 1997 com a IEPAS recebendo fomento do PN-DST/AIDS, a RD sai do mundo *underground* para as políticas nacionais, a máquina do Estado. Com o passar dos anos, os casos de AIDS no Brasil alcançavam o percentual de 25% relacionados ao uso de drogas injetáveis o que propiciou que a RD não se restringisse a Santos, alcançando a política nacional.

Em 2003 elaborou-se a Política do MS para Usuário de Álcool e Outras Drogas que podemos dizer que foi um dos desdobramentos da III Conferência Nacional de Saúde Mental em que a RD se torna uma de suas diretrizes. Com a criação Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GTAOD), que era composto por várias secretarias e coordenações inclusive a ABORDA, a RD passa a ser um método da própria Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas gerando assim portarias importantes para o tema e fortalecendo dispositivos dentre eles o CAPS ad.

Já para Rui (2012), na reconstituição dessa história podemos entender as transformações institucionais dos programas de RD. Salienta que é importante lembrar que a epidemia da AIDS contribuiu para a consolidação dos programas de RD e que o alarde em função do consumo do crack parece ter acelerado a implantação ou efetivação de políticas de saúde pública específicas aos usuários de drogas. Apesar das diretrizes do MS sobre o tema datarem de 2004 (MS, 2004), foi a partir de 2009, época em que a mídia teve forte influência na promoção do consumo do crack como um problema social, que os recursos financeiros foram liberados de forma específica para este fim. Isso se deu através do Plano de ampliação ao tratamento e prevenção ao álcool e drogas e o de enfrentamento ao crack e outras drogas. Vale ressaltar que a política do MS para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em sua apresentação, reconhece o atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), como nos indica Rui (2012):

no vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência. (MS, 2004).

O documento do Ministério supracitado põe um acento privilegiado na proposta de RD. De acordo com esse documento, as pessoas “que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas” devem ser encaminhadas para uma rede de assistência, preferencialmente “espaços extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada” que por

sua vez devem fazer “uso deliberado e eficaz da lógica ampliada de Redução de Danos [...] de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica”. (MS, 2004, p. 6). O documento esclarece ainda:

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, **privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad)**, devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da **Rede Básica de Saúde**. (grifo nosso)

Assim, o MS orienta claramente os CAPS ad a trabalharem na lógica da RD, o que faz com que alguns profissionais e serviços busquem sua atualização nessa temática.

Santos (2010) evidencia dentre os resultados de sua pesquisa, que no Brasil o poder público tem utilizado intensivamente o conceito de RD desde seu início como uma estratégia para enfrentar as doenças transmissíveis e ao longo dos anos expandindo o conceito no campo da saúde mental. Cabe ainda ressaltar a orientação por parte do MS (MS, 2004) para que os serviços evitem o julgamento ao usuário, considerando o que é demandado e o que é possível para cada usuário, estimulando-o a participar ativamente de seu tratamento.

A expansão do conceito para o campo da saúde mental é interessante na medida em que os usuários são atendidos pelos CAPS ad. Ainda que não sejam atendidos diretamente, os CAPS ad são referenciais de cuidado como por exemplo no matriciamento - dispositivo em que vários setores de cuidado se encontram para discutir e avaliar os atendimentos realizados e traçar novos caminhos coletivamente. Desta forma, a RD se ramifica pela rede de atenção, não só minimizando riscos mais trazendo sua visão de autonomia, cidadania e respeito aos usuários de drogas. Essa capilaridade pode se constituir em agenciamento dos embates no jogo de disputas das visões e práticas relacionadas a questão álcool e drogas.

Rui (2012) argumenta que no âmbito das políticas do governo a RD minimiza o pragmatismo de combate a doenças específicas alocando o tema como responsabilidade das pastas de saúde mental.

Não obstante, há experiências diferentes em outras cidades brasileiras a respeito deste tema. Menciono em particular o projeto do CR que estava sob a pasta de saúde mental na cidade de Imperatriz, que passou para a atenção básica em 2011, sob a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Neste caso, com a criação do CnR, a RD não ficou sob a rubrica da área de saúde mental, mas ampliou-se para a atenção básica, o que nos leva a investigar no futuro se o pragmatismo retornará e, em caso positivo, de que forma.

2.3 O que dizem os documentos oficiais

Os Cadernos de atenção básica (2013) que discorrem sobre a saúde mental dedicam uma parte à abordagem da RD e a utilizam como um conceito mais abrangente no campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva:

[...] embora a estratégia de Redução de Danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, essa noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral. (MS, 2004, p. 58)

Ainda nesses cadernos há claramente duas concepções no que tange a compreensão sobre a RD. A primeira que diz que a RD pode ser compreendida como uma estratégia para reduzir danos causados por doenças sexualmente transmissíveis destacando o HIV, e a segunda concebendo a ampliação da RD, entendendo-a como abrangente nos campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva e direcionando suas ações para prevenir os danos antes que estes aconteçam.

O documento salienta o ponto em comum entre as duas concepções supracitadas: entende como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos atendidos pressupondo negociação e diálogo entre equipe e o usuário, considerando a centralidade no sujeito. Não obstante, tal centralidade possibilitaria que a práxis da RD nesse contexto fosse uma abordagem menos normalizadora e prescritiva já que a hierarquia profissional sobre o sujeito minimizaria, não cabendo aos profissionais ditarem o que o usuário deve fazer. Assim entendem que atuar na perspectiva da RD, antes de tudo, requer trabalhar com as tecnologias relacionais. O acolhimento empático, o vínculo e a confiança são entendidos como dispositivos que favorecem a adesão dos usuários.

Paralelamente, a repercussão midiática e da sociedade causada pelas “cracolândias” em São Paulo e no Rio de Janeiro chamaram a atenção do MS, pressionando para que este destinasse verbas exclusivas para as questões relativas a álcool e drogas. Nesse ponto, poderíamos refletir a respeito dessa relação midiática e a resposta ministerial. O que talvez possamos inferir, é que as questões de álcool e drogas parecem não seguir um alinhavo tão cuidadoso quanto às questões da saúde mental ligadas à psicose. Interrogo sobre o lugar das questões de álcool e drogas na rede assistencial. Seria na saúde mental? Seria na assistência social?

2.4 Sobre as proibições do uso

Na dissertação de Souza (2007), podemos entender de onde surgem as proibições judiciais e as proibições do uso. Em verdade as proibições nascem sobretudo no direito e na psiquiatria. Nos dois campos o poder disciplinar opera normalizando as condutas desviantes onde tanto o saber médico quanto o criminológico tem como objeto de escolha intervir no criminoso e no louco. Assim, os usuários de drogas estão submetidos a dispositivos disciplinares, como a lei, a prisão, o manicômio, e atualmente as que se denominam Comunidades Terapêuticas (CT) ou Fazendas Terapêuticas, trazendo um elemento complementar a visão e a prática disciplinar, a moral religiosa cristã, que associa o prazer ao mal. O prazer da carne tem sido associado ao uso de drogas e na visão moral religiosa cristã não se pode ter prazer.

A discussão sobre as questões do prazer não é nada recente remontando a períodos anteriores a Cristo entre gregos e romanos.

Para o autor, o que diferenciava os antigos e os cristãos era a tônica em torno da moral pagã e da moral cristã. Os gregos não submetiam as “práticas dos prazeres” a proibições profundas. As regras morais forjavam uma estética da prática de liberdade não significando proibição, mas regras de conduta em relação aos prazeres que os homens livres tinham como direito: relações sexuais extraconjugais, com rapazes, com o seu próprio corpo e com a verdade, questão trazida e vivenciada pelos filósofos. Assim, os prazeres carnis como sexo, bebidas e comidas não eram proibidos nem interditados, sendo compreendidos com doses de prudência.

O cristianismo desloca o prazer para o mal e a morte tendo como resultado a transformação dos eixos de reflexões éticas em eixos de interdição moral. O autor ainda acrescenta o alto valor moral e espiritual que o cristianismo atribuía à abstinência, castidade, virgindade. O autor destaca a história das moralidades de Foucault sobre sua forma de apreensão: os códigos morais, que são exercidos pelas instituições, e ao modo como os sujeitos se apropriam dessas regras, ou seja, os modos de subjetivação e práticas de si.

Na Grécia, o que se priorizava era o modo como os indivíduos se relacionavam com essas regras, garantindo a produção de modos de subjetivação autônomos e singulares. Assim, as práticas de si se colocavam da moral para a ética, ou seja, a passagem da interdição dos códigos para a estética da existência.

Por outro lado, o cristianismo priorizava os códigos e as instituições, constituindo modos de sujeição, garantindo a interdição do prazer onde os indivíduos se reportariam aos códigos de forma obediente.

O autor nos coloca que para o tratamento de pessoas que usam drogas o que se impõe é a exaltação da abstinência tal qual acontece em relação a virgindade e ao ascetismo, sustentando assim uma lógica hegemônica de tratamento. De outra forma, quando se evoca uma explicação científica essas propostas se sustentam no poder pastoral da carne.

Dartiu Xavier (vídeo 1), em palestra proferida no Congresso Internacional sobre drogas, lei, saúde e sociedade (2013), trouxe a questão do prazer do uso das drogas afirmando que as pessoas evitam falar no assunto ainda que esse seja o mote principal da busca pelas drogas, reiterando a importância do hedonismo. O pesquisador ainda afirma que para as pessoas que buscam o prazer através das drogas não há saídas possíveis pois a medicina os considera doentes mentais; a religião, pecadores e a lei, criminosos.

Nesse conjunto temos o discurso do crime, da cura, e o dos desvios carnavais. Isso tudo sustenta todo tipo de proibição, moralismo e ações totalitárias. Sejam as proibições no campo da própria saúde quando só reconhece a abstinência como caminho, sejam sobre as questões judiciais que a RD sofre.

3 A RESPEITO DO CUIDADO

3.1 Produzindo o cuidado

O convite agora é o de pensarmos a respeito do cuidado.

Trago um texto de Merhy (2013) denominado *O cuidado é um acontecimento e não um ato* que me parece bastante apropriado para elucidar o sentido do cuidado.

Ele inicia o texto nos oferecendo pensar na figura do brincante. Estimula-nos a pensar que estamos cantando e/ou dançando uma marchinha. Mostra que há nesta situação um nó de passagem em que há forças que se repetem para todos que cantam e dançam a tal música e há forças que nos marcam o lugar desse cantar na cultura de nossa sociedade. Mas há ainda algo que:

só ocorre ali, em ato, com aquele dançante e cantador específico, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, a dança e o canto, que nenhum outro irá fabricar igual. (MERHY, p. 172)

Através desse nó, aquilo que está fora entra, e aquilo que está dentro sai daquele que dança e canta. Não há como separar o interior e o exterior daquela experiência. Ao mesmo tempo em que elas se constituem se dobram sobre si mesmas. O brincante sintetiza a produção de todas as forças que perpassam o nó. É no acontecer do brincante que as forças existem. Eles cantam, dançam, compõem passos. Cada um em sua micropolítica mantém suas características, porém também como micropolítica um interfere no outro. O par de brincantes é um “processo” embora contenha as repetições particulares e gerais de cada brincante. O par de brincantes só existe no ato de seu acontecimento.

O autor nos leva a ver essa situação no espaço de trabalho em saúde, onde os brincantes são o trabalhador de saúde e o usuário, ou a equipe de trabalhadores e um grupo de usuários.

Gostaria então de elencar alguns pormenores desse texto.

Nesse encontro entre esses dois atores sociais, o trabalhador e o usuário, em princípio, cada um apresenta seu papel: o trabalhador se coloca numa posição de quem cuida, posto que atribui a si essa função devido ter em sua “mala de ferramentas” a formação - um saber-fazer tecnológico - que o torna capaz de produzir cuidado em saúde para o outro. E o usuário carrega em si a necessidade de saúde. Assim, nessa relação hierárquica, o trabalhador exerce a função de cuidar através de seus saberes e técnicas, acreditando que seu papel é o de resolver o problema do usuário que por sua vez funciona como objeto da ação do trabalhador, com suas intencionalidades, conhecimentos e representações, acreditando que este solucionará seus problemas. Cada um vai a esse encontro com suas particularidades, com seus mundos próprios, seus desejos e expectativas.

Chegado o encontro, nesse momento de produção de cuidado em saúde, o processo de trabalho se configura na conexão entre esses dois mundos, entre essas duas micropolíticas particulares criando um espaço intercessor partilhado entre trabalhador de saúde e usuário.

Podemos observar que nesse encontro, com seus papéis esclarecidos, há uma lógica de produção. O trabalhador faz o papel de quem oferece o produto, e o usuário desempenha a função de quem recebe o produto. Contudo, os dois são agentes produtores do encontro. Há um agenciamento, uma negociação, que sustenta esse encontro com a finalidade de produzir cuidado, produto esperado dessa relação.

Esse processo intercessor do encontro produzido entre trabalhador de saúde e usuário faz parte da relação entre trabalho vivo e trabalho morto na qual estão mergulhados, em que cada um apresenta suas necessidades macro e micropolíticas.

O trabalho morto do profissional em saúde é o seu conhecimento tecnológico estruturado e seus equipamentos. O trabalho vivo é o trabalho em ato, ali na hora com o usuário. Analisar esse processo intercessor pode nos revelar a forma como esses agentes sociais se colocam como portadores e/ou elaboradores de suas necessidades. Essa análise nos auxilia a entender se o processo está mais capturado pelo trabalho morto ou se há um grau de liberdade maior, priorizando o trabalho vivo em ato.

A micropolítica segundo Franco (vídeo 2) é a “atividade de cada um a partir do lugar social em que ele se encontra”. Apresenta-se no cotidiano das práticas de saúde, seja na gestão seja no cuidado em saúde, aonde o trabalhador fizer relações. O autor salienta que aquilo que o trabalhador acredita que seja o trabalho em saúde é aquilo que ele vai praticar em seu cotidiano. Assim, do ponto de vista da micropolítica em uma unidade de saúde há tantos modelos assistenciais sendo praticados quantos são os seus trabalhadores.

A macropolítica é definida pelo autor como as normas, regras, aquilo que define a instituição, ao que está instituído. As normas e regras agem como linhas de força regulando as atividades cotidianas praticadas nas instituições, operando no cotidiano, no campo da micropolítica.

Portanto, micro e macropolítica não são antagônicas, ou opostas. Elas são formas de olharmos e avaliarmos os serviços e suas práticas.

Há um jogo, uma tensão entre as normas e as práticas cotidianas. É a essa interseção que me refiro. Entre o trabalho vivo, em ato, intrínseco à micropolítica e o trabalho morto, que são os equipamentos e o conhecimento estruturado. Há o campo das necessidades dos usuários e dos profissionais. E há uma disputa entre aquilo que as normas, regras e conhecimentos exigem e o que o encontro suscita. A produção do cuidado se dá também nessa linha tênue.

Considero que tais necessidades macro e micropolíticas estão inseridas em uma lógica capitalista em que o processo de trabalho em saúde e seus modos de produção, segundo Paim (2000), encontram-se determinados pelo modo de produção dominante da sociedade. Além de ser condicionado pela dinâmica do confronto de projetos político-ideológicos entre as classes, suas frações e seus grupos sociais e pela organização social dos serviços de saúde e das políticas públicas que são definidoras de determinados mercados, relações e estilos de trabalho em saúde.

Pensando na RD fazendo parte da “mala de ferramentas” do profissional em saúde, sobretudo quando a demanda de atenção advém do próprio profissional, como é o caso das abordagens nas ruas, em que quem busca a demanda é o trabalhador em saúde e não o usuário, a relação inicial parte de um desejo desse profissional. O usuário não está esperando esse trabalhador, esse cuidado, e estranha o fato de algum profissional desejar partilhar com ele algum tipo de atenção.

Entre as diversas conversas informais produzidas no campo da pesquisa, a equipe do CnR me contou que um dia estavam em campo e um transeunte ao ver a van e toda a movimentação da equipe disse mais ou menos assim: “e vocês estão aqui pra atender a gente? E tem médico? Hum! Se não tem médico no posto, vai ter na rua?!”

Assim, cabe ao profissional de saúde a construção dessa necessidade do usuário. Não que ele não tenha necessidades. Tem, e muitas. Mas aqui me refiro que nesse encontro inicial ele não expressa essa demanda da mesma forma que um atendimento dentro de um serviço de saúde como por exemplo em uma unidade básica de saúde onde há atendimentos marcados previamente. A demanda do usuário, sua necessidade, está expressa em sua invisibilidade. Joao Martins e Edward MacRae (2010) nos atentam para a cristalização de nosso olhar:

Levando em consideração as atividades do Consultório de Rua, é necessário lembrar-se da diversidade de cada novo campo de atuação, onde o território extrapola a noção meramente geográfica e assume feições específicas de determinada forma de interação entre os sujeitos e o ambiente, e onde, por vezes, o público e o privado se confundem. Mesmo que o público alvo pareça muito similar em todos os campos, para cada indivíduo o uso de substâncias psicoativas poderá responder a diferentes necessidades e será entendida de forma diferente por cada um, a depender de sua história de vida e da sua relação com a rua, por exemplo. Deve-se, portanto, estar sempre atentos para enxergar o novo e não deixar o olhar ser condicionado pela rotina ou cristalizado em preconceitos. (Módulo de capacitação SENAD, p. 18)

Para citar um outro autor que nos esclarece quanto a incapacidade de alguns profissionais de enxergar o usuário em suas necessidades, trago Cecílio:

[...] havia, e há, por parte dos dirigentes, gerente e trabalhadores [...], uma enorme dificuldade em enxergar o outro, aquele que demanda o serviço, aquele que busca a organização com necessidades que, supõe, esta possa

resolver: o usuário. [...] Os dirigentes e/ou gerentes públicos parecem sofrer de uma cegueira ou, no mínimo, uma dificuldade imensa de entender a finalidade da organização, sua singularidade, enquanto produtora de determinados serviços, seu compromisso social. (CECÍLIO, 2000, p.977)

Merhy (2013) nos afirma que todo processo de trabalho é atravessado por lógicas distintas que se plasmam para o processo em ato como necessidades disputando como forças instituintes, suas instituições.

Nessa tensão entre as forças instituintes e instituídas a que o cotidiano está inserido é que o trabalhador em saúde busca o cuidar.

3.2 O acolhimento na produção do cuidado

O acolhimento é um tema intrínseco à produção do cuidado em saúde. Indagações a respeito de se estar acolhendo ou não os usuários, se os objetivos foram ou não alcançados podem levar a caminhos de vários sentidos ao acolhimento. Assim, percebê-lo como se dá no cotidiano dos serviços pesquisados se torna uma ferramenta interessante para apreendermos o cuidado em saúde.

Jorge et al (2011) dizem que produzir cuidado em saúde nos suscita novas formas de nos relacionarmos uma vez que não longe de nós o olhar hospitalocêntrico nos privou de vínculos afetivos e produtores. O isolamento sendo uma de suas marcas principais afastava os usuários de seus familiares, de sua vida social, arrancando-lhes quase toda sua possibilidade de vir a ser. Incluir a subjetividade na produção do cuidado em saúde é abrir portas para novos sentidos, novas territorializações, abrir linhas de expressão àquilo que pulsava nos usuários, trabalhadores e familiares em saúde mental.

Para Franco, Bueno e Merhy (2003) conforme nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, com o objetivo de vermos o funcionamento, vamos nos aproximando de um processo relacional em que sempre há uma dimensão individual do trabalho em saúde, independente do profissional que seja, e que comporta um conjunto de ações clínicas que os autores definem como o conjunto de ações que se dá no encontro de necessidades com os processos de intervenções tecnologicamente orientadas, operando sobre tais necessidades, e ao mesmo tempo com uma finalidade implicada com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Esses encontros se dão justamente no espaço intercessor entre o usuário e o profissional de saúde, o espaço das tecnologias leves. Assim nos apropriarmos das tecnologias leves de

cuidado, aquelas que compreendem as relações interpessoais, é um dos pilares para a construção de um cuidado integral e humanizado nos moldes em que o SUS preconiza.

Segundo Jorge et al (2011), as relações de cuidado são consideradas dispositivos eficazes para se promover a saúde mental e para o desenvolvimento de práticas integrais. Seus dispositivos como o acolhimento, o vínculo, a co-responsabilização e autonomia criam caminhos para a transversalização da prática psicossocial e constroem espaços de diálogo nos encontros entre profissionais e usuários na busca de resolubilidade da atenção à saúde, operando o cuidado na lógica da atenção psicossocial.

O acolhimento não é só compreendido como um processo de triagem. Ele atravessa todo o processo de atenção do CAPS. Também pode ser compreendido como ações comunicacionais em que os atos de receber e ouvir a população são o seu objetivo atendendo à demanda que surgir desde a recepção do usuário, os atendimentos até os encaminhamentos. Um exemplo de sentido de acolhimento que o artigo traz é o de uma fala que compreende o acolhimento como escuta.

Franco, Bueno e Merhy (2003) nos dizem que o acolhimento é um atributo de uma prática clínica, que pode ser realizada por qualquer trabalhador em saúde, e que, analisá-lo é uma possibilidade de se trabalhar no campo da micropolítica do processo de trabalho e suas implicações referentes aos modelos de atenção do cotidiano dos serviços, pois, através dele, podemos pensar sobre os processos institucionais pelos quais o trabalho vivo circula saindo do campo individual para o coletivo dos trabalhadores, tendo em vista uma ótica de trabalho usuário-centrada.

Todavia os autores nos oferecem uma outra possibilidade ao tema acolhimento: o da acessibilidade, ou seja, o questionamento do processo de produção da relação usuário-serviço enquanto momento das ações receptoras dos usuários.

O acolhimento faria parte do processo de produção de cuidado funcionando como um dispositivo que provoca ruídos sobre os momentos de recepção dos usuários, uma vez que faz parte das modalidades de trabalho em saúde centrada na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, certamente institucionalizados de acordo com os modelos de atenção que fazem parte do cotidiano do serviço de saúde.

3.3 A produção subjetiva do cuidado

Corroboro com Franco e Merhy (2013) quando dizem que os trabalhadores de uma mesma equipe agem de modo singular, a partir de suas experiências. As acepções acerca do cuidado e suas formas de agir são tantas quantos forem seus olhares. Embora estejam em seu

cotidiano, no mesmo espaço de trabalho produzem o cuidado de formas diferentes apesar das diretrizes normativas que cada instituição possa vir a ter.

As normas se apresentam com a função de padronização das condutas dos trabalhadores e seus efeitos são bastante restritos considerando que quando os trabalhadores estão no dia-a-dia, em seus encontros, o espaço entre eles e o usuário é definido por eles. A subjetividade, portanto, é uma dimensão do modo de produzir em saúde.

Assim, dizem os autores: “a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada” (FRANCO, T.; MERHY, E., 2013, p. 151).

Parece-me que, se em um primeiro momento isso pode ser assustador, posto que para os desavisados gere uma confusão, quando nos encharcamos³ com as ideias sobre singularidade esse momento se esvai criando linhas que nos façam a escapar de uma única forma de ser.

Outrossim, se os níveis gestores têm sua força diminuída, podemos inferir que nossa capacidade de autonomia se expande em nosso dia a dia de trabalho, gerando a possibilidade de criação.

Franco (2010), em *Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate entre os conceitos de servidão e liberdade*, discute os processos de subjetivação e o trabalho e cuidado em saúde utilizando a ideia de subjetividade presente na obra de Baruck Spinoza. Para o debate se utiliza de dois conceitos de Spinoza: liberdade e servidão. O autor entende o ato de criação como algo que é intrínseco aos processos de trabalho em saúde.

Dito de outra forma, a macropolítica representada pelas leis e normas exercem uma força sobre os trabalhadores ao mesmo tempo em que estes nos encontros em seus espaços de trabalho exercem concomitantemente a essa força sua micropolítica marcada por sua rede de relações, pela sua subjetividade e um certo grau de liberdade de ação.

Os profissionais de saúde, não diferente de outras pessoas, são múltiplos em si mesmos. Cada um opera num modo de subjetivação que é fluido. Ainda neste mesmo trabalho, o autor define a subjetivação como uma formação contínua e ilimitada de subjetividades tendo como base os encontros ao longo de nossas vidas, em determinado tempo e espaços definidos.

Quando lemos um livro, encontramos alguém, quando passeamos, e tantas outras possibilidades, estamos tendo encontros, experiências que nos atravessam e que instituem formas de significar nossa realidade. Considerando assim, os encontros não são

³ Termo utilizado nas aulas proferidas pelo professor Túlio Franco que compreendo como se deixar afetar nos encontros.

necessariamente entre pessoas e sim entre nós mesmos e algo que nos afete, os corpos. Temos tantos encontros quanto for a nossa capacidade de nos afectar. O meio em que vivemos é repleto de encontros e, atravessados por eles, criamos nossos territórios existenciais que por sua vez são terrenos maleáveis, fluidos, onde o movimento de construção e desconstrução é o seu fluxo natural. Esses territórios existências são, por assim dizer, formados pelos encontros que vivenciamos nas mais diversas áreas de nossas vidas. Como o movimento é fluido significamos e ressignificamos a nossa realidade muitas e muitas vezes ao longo da vida.

A subjetivação, ou seja, formação contínua e ilimitada de subjetividades, acontece tendo por base os encontros que a pessoa tem ao longo da sua existência, em determinado tempo e espaço específicos. As experiências atravessam a pessoa, instituem formas específicas de significar a realidade na qual está inserida formando seu microcosmo, o *socius* em que cada um opera. Podemos assim imaginar que os múltiplos encontros que um trabalhador tem na produção da sua própria vida o modificam de forma sensível e contínua. Portanto, em um serviço de saúde há inúmeros trabalhadores modificados pelos os mais diferentes encontros de sua vida, num movimento sensível e contínuo produzindo a subjetividade desse meio a partir de sua percepção da vida, de si, em fluxos contínuos atuantes na realidade social.

Mas para que possamos identificar a micropolítica dos processos de trabalho precisamos desenvolver nosso olhar vibrátil. Para Franco e Merhy (2013), os instrumentos cartográficos são caminhos possíveis para alcançarmos esse olhar. As cartografias têm sensores com alto grau de sensibilidade para estudar e compreender a realidade social, a percepção de seus fenômenos e principalmente, a produção da vida no cotidiano em que os sujeitos em ato são os protagonistas.

Para os autores, a realidade social é construída e repleta de intensidades e fluxos que se conectam. Inspirada na ideia de rizoma, usado por Deleuze e Guatarri e que significa:

um movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, o heterogêneo em direção de uma mapa que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo. (FRANCO, T.; MERHY, E., 2013, p. 152)

Os autores consideram que a ideia de rizoma nos leva à compreensão de um dinamismo operando em diferentes planos de existência e intensidades: os platôs. Ao examinarmos um serviço de saúde levando em conta a subjetividade somos direcionados a um aprofundamento da dimensão micropolítica de cada profissional o que o leva a se perceber atuando de forma singular, produzindo cuidado. Ao mesmo tempo ele se produz como sujeito do trabalho em seus encontros com o usuário, interagindo com ele, em seu processo produtivo.

Os trabalhadores e usuários, no cotidiano da produção do cuidado, estão mergulhados em seus platôs, lugares de produção, de diversos encontros, de inumeráveis intensidades, que os afetam ao mesmo tempo em que o rizoma, com sua porosidade, abertura e saída, através de seus rompimentos e ligações dinâmicas, é atravessado por vários agenciamentos, por diferentes lógicas de saúde que constroem a realidade social.

A característica rizomática da realidade social a coloca passível de mudanças dado que sua construção subjetiva é fluida, construída pelas mais diversas intensidades e pelos mais diferentes modos de existir.

No caso dos serviços de saúde pesquisados, podemos questionar o modo como os profissionais dos serviços constroem sua singularidade no sentido de atender os usuários com questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. Considerando que há um imperativo social construído, o da abstinência, a disputa entre ter que alcançar a abstinência e a possibilidade de usar substâncias psicoativas minimizando os problemas consequentes de seu uso se faz presente o tempo todo e atravessa o processo de cuidar em saúde nesses dispositivos quase que produzindo uma relação de polaridade alimentada pela mídia, pela indústria farmacêutica, e possíveis outros, algo que neste escrito não cabe.

Prosseguindo, podemos considerar que a abstinência faz parte do campo do instituído, e que a RD poderia ser considerada mais próxima do campo do instituinte, pois embora seja uma lógica direcionada pelo MS o que se percebe é a hegemonia da abstinência no cotidiano dos serviços. Escrever desta forma é proposital. Penso que se a RD se tornasse imperativa, o jogo possivelmente se inverteria. Acredito ser uma das maiores dificuldades humanas lidar com diversas singularidades, com diferentes modos de viver. Faço apenas uma ressalva: a afirmação à vida é soberana.

Ainda assim, nessa disputa, o que os serviços devem levar em conta é o usuário. O olhar usuário-centrado implica um cuidado que muitas vezes rompe com esse jogo de disputas. Não que o jogo de disputas finalize. Mas essa construção social se rasga para que se produza uma alternativa que considere o usuário autônomo fazendo ligações, relações diferentes. A desterritorialização de ambos, usuário e trabalhador em saúde, concretiza-se a partir desse rompimento e ligação com um outro, o do afecto.

Portanto, os encontros entre trabalhadores, entre trabalhadores e usuários se dão por intensidades que se conectam e circulam nas relações entre eles e demais encontros do espaço do trabalho como outros corpos, regras, e outros instrumentos e saberes produzidos modificando a realidade social daquele espaço.

A modificação dessa realidade social é construída a partir de agenciamentos diários energizados pelo desejo. O conceito de desejo exposto aqui é o compreendido pela esquizoanálise, uma energia produtiva que se forma no inconsciente. Apresenta um caráter revolucionário na medida em que é uma energia de invenção da realidade social, potencial de criação. Assim, Franco e Merhy (2013) compreendem o desejo como a força motriz da sociedade significando a produção subjetiva do *socius*.

Então a produção da realidade do mundo que se vive, pelos trabalhadores e usuários se dá enquanto suas subjetividades desejantes, produtivas, criadoras operando em fluxos que se conectam em diversos campos de intensidade formando novos devires, construindo novos mundos.

A subjetividade traz os sujeitos ao protagonismo do cotidiano construindo e desconstruindo mundos e territórios existenciais, num movimento de territorialização e desterritorialização através dos quais damos novos sentidos ao nosso modo de agir e viver no mundo.

Suely Rolnik (2011) discorre sobre o desejo e o movimento de territorialização e desterritorialização:

O desejo [...] consiste no movimento de afetos e de simulação desses afetos em certas máscaras, movimento gerado no encontro dos corpos. Nesse percurso as matérias de expressão que constituem a máscara ficam como que enfeitiçadas; sob encantamento. [...] O desejo, aqui, consiste também num movimento contínuo de desencantamento, no qual, ao surgirem novos afetos, efeitos de novos encontros, certas máscaras tornam-se obsoletas. Movimentos de quebra de feitiço; afetos que já não existem e máscaras que já perderam o sentido. (ROLNIK, 2011, p. 36)

Importante dizer que o termo máscara não tem nenhum sentido pejorativo. As máscaras são os resultados das intensidades, materializando-as. Portanto, não existe uma máscara verdadeira, originária. São movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras máscaras. (Rolnik, 2011)

Cada um de nós se conecta e desconecta, cria suas relações. Agimos no mundo de modo singular, experimentamos vários mundos, vários “lugares”, multiplicando-nos em nós mesmos. Vamos mudando. E mudando o mundo. Rompemos caminhos, ganhamos novos percursos. Nesse movimento contínuo e singular, vamos nos desencantando e nos reencantando, desterritorializando e nos reterritorializando, perdendo sentidos, ganhando novos sentidos conforme nossos afetos produzidos em nossos encontros. Quando conseguimos romper de um lugar para outro, um outro território existencial habita em nós e assim produzimos uma nova realidade social com seus novos códigos éticos e políticos. Mas, se não conseguimos

reterritorializar voltando para o lugar anterior, não produzimos mudanças; mantemos o *status quo*. Em verdade, temos várias gradações ou coeficientes para a desterritorialização.

De toda sorte, temos encontros. Seus fluxos podem ser alegres ou tristes, aumentando ou diminuindo a intensidade de potência dos sujeitos, influenciando seu modo de agir no mundo. Esse pensamento é oriundo de Espinosa.

Espinosa citado por Deleuze nos diz que quando um corpo encontra outro corpo se relacionam de forma a compor um todo mais potente ou se decompõem baixando a potência. Mas os seres humanos, conscientes, sentimos apenas os efeitos destas composições ou decomposições.

Sentimos *alegria* quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma; inversamente sentimos *tristeza* quando um corpo ou uma ideia ameaçam nossa própria coerência. (DELEUZE, 2002, p.25). Grifos do autor

A alegria e a tristeza são efeitos das conexões construídas formando um campo energético, invisível, em fluxos circulantes.

Nos serviços de saúde, como em todos os lugares, esses efeitos são sentidos pelos trabalhadores e usuários. Todo o processo de cuidado, através dos encontros com os corpos, é pautado por essas conexões produzindo um rizoma, uma rede informal, invisível, sem começo e sem fim, podendo se conectar em qualquer ponto e podendo se desconectar igualmente. A relação entre trabalhadores e usuários é impulsionada pelo trabalho vivo que opera em fluxos intensos.

O trabalhador ou o coletivo vão construindo seu território existencial dando um contorno aos modos de subjetivação da equipe, um campo de consistência no trabalho. Os encontros com os usuários e outros corpos são os terrenos férteis para a desterritorialização do que já está instituído, do que aprisiona, do que mantém as mesmas máscaras simulando os mesmos processos de subjetividade.

No caso do uso de álcool e drogas vivemos num contexto proibicionista, punitivo, que exerce um poder sobre a forma como devemos lidar com as substâncias. O trabalho em saúde nesse campo nos remete a questionar esse modo de viver e pensar dos trabalhadores. Porque os trabalhadores exercem sua produção em ato com suas subjetividades, com seus territórios existenciais. A subjetividade é social e historicamente construída, e eis um motivo plausível para possíveis desterritorializações.

Franco e Merhy (2013) dão ao SUS uma conotação de acontecimento para o encontro entre ele e o trabalhador individual ou coletivo capaz de disparar a produção de novas subjetividades, dando novo significado ao cuidado e interagindo com a sua construção social, como um “fator de afetivação”.

Rolnik (2011) nos esclarece que o fator de afetivação é algo que desperte nosso corpo vibrátil, que pulsione nossas intensidades:

pode ser um passeio solitário, um poema, uma música, um filme um cheiro ou um gosto ... Pode ser a escrita, a dança, um alucinógeno, um encontro amoroso – ou ao contrário, um desencontro. (ROLNIK, 2011, p. 39)

Aproximando nossa discussão, o encontro com as diversas percepções sobre o conceito de RD pode ser um disparador nos processos de subjetivação mudando a subjetividade dos profissionais, a subjetividade da equipe, produzindo nova subjetividade, uma nova forma de significar o mundo e interagir com sua construção social funcionando como um fator de afetivação.

3.4 Fluxos para o cuidado - O olhar vibrátil e o Corpo sem Órgãos

Retomemos o olhar vibrátil, que por ora nos deixou uma lacuna no subcapítulo anterior. Dissemos que para que possamos identificar a micropolítica dos processos de trabalho precisamos desenvolver nosso olhar vibrátil.

Pois bem, Rolnik (2011) nos convida a utilizar uma câmera para nos conduzir a uma cena, a de um homem e uma mulher se encontrando. Mas o que nos importa é o olhar que pode ser dirigido para qualquer cena. O fato é que ela nos diz que podemos olhar através do olho da câmera que é uma extensão dos nossos olhos nus ou através de nosso corpo vibrátil que é tocado por aquilo que é invisível. Nos afetamos nesses encontros, os corpos podem nos atrair ou repelir. Assim, um primeiro movimento do desejo é acionado. Desse primeiro movimento são gerados efeitos, uma mistura de afetos. E assim as intensidades seguem para se simularem, para se exteriorizarem.

Os movimentos das intensidades só são possíveis de serem vistos através do corpo vibrátil sensível aos efeitos do encontro dos corpos e as suas variadas reações: repulsa, atração, afetos.

A capacidade de afetação depende de nós vibrarmos nos valendo de nosso corpo vibrátil, o corpo afetivo, o Corpo sem Órgãos (CsO), conceito que Guatarri e Deleuze desenvolvem em sua obra *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 3.

O CsO não é algo que se possa obter, não é um objeto, mas já nascemos com ele. É algo experiencial. É repleto de intensidades produzidas por ele, que passam, circulam, embora ele não seja uma estrutura, um lugar.

Deleuze e Guatarri (2012), nos dizem:

Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um suporte onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar. O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num *spatium* ele mesmo intensivo, não extenso. Ele não é espaço e nem está no espaço, é matéria que ocupará o espaço em tal ou qual grau — grau que corresponde às intensidades produzidas. (DELEUZE, G; GUATARRI, F., p.16, grifos do autor)

O CsO não é matéria e nem um objeto. Tão pouco é algo que se possa ter. É sempre uma dimensão em construção que faz parte do campo das experiências em que as intensidades produzem e são produzidas, e são circulantes. Para os autores o desejo está intrinsicamente ligado a ele sendo impossível desejar sem criar o CsO.

Sua criação depende de certa dose de paciência na medida em que se dá através de um conjunto de práticas e de encontros de intensidades. Todas as experiências de nossas vidas são construídas com e através desse corpo dos afetos. E sua construção se dá em meio ao movimento de desprendimento de alguns corpos e conexão com outros corpos. O CsO ocupa o espaço do “entre” nos encontros.

Poderíamos pensar que o CsO faz oposição aos órgãos biológicos. Mas não! Ao que ele se opõe é o seu funcionamento, à sua organização, entendida como uma estrutura ou sistema.

O organismo não é o corpo, o CsO, mas um estrato sobre o CsO, quer dizer um fenômeno de acumulação, de coagulação, de sedimentação que lhe impõe formas, funções, ligações, organizações dominantes e hierarquizadas, transcendências organizadas para extrair um trabalho útil.

O CsO nos possibilita a um acesso do cotidiano do trabalho que nos coloca em sintonia com os usuários, com os outros profissionais, enfim com os agentes que fazem parte do dia a dia. Essa intensidade nos leva a conexões criando linhas. Através do desejo em agenciamento nos conectamos uns com os outros operando em fluxo e tecendo nossa rede de afectos, produzindo nossa realidade social. As conexões produzidas através desses encontros criam o que Deleuze e Guatarri nomeiam de Rizoma. Para os autores, o Rizoma é um dispositivo de produção da realidade social. Através dele nos conectamos e nos desconectamos.

Enquanto campo de imanência do desejo o CsO se mostra como um plano de consistência (fluxos circulantes na relação que se estabelece entre o trabalhador e o usuário,

entre as pessoas) em que as emoções, os encontros tristes e alegres passam por ele e são dimensionados tamanha a afectação que se experienciou.

O desejo aqui é compreendido como processo de produção, nada tendo a ver com o desejo da psicanálise, aquele da falta. O desejo, segundo Franco e Galavoti (2010), faz parte do campo social, sendo produzido historicamente e é formado no inconsciente com uma energia de produção, realizando-se como uma força propulsora, que impulsiona o sujeito em movimento na construção do mundo. Os autores ainda discorrendo sobre o assunto nos dizem que não cabe na apreensão do que seja o desejo imputar juízo de valor. Pode-se desejar qualquer coisa, ainda que o senso comum classifique o desejado como bom ou ruim. O fato é que o desejo agencia os modos de existência independentemente da forma.

Deleuze e Guatarri (1972) entendem o desejo sempre agenciando, como um dispositivo que tem como capacidade disparar novos processos acionando mudanças. Assim ele está sempre negociando a produção do mundo.

Portanto, é na micropolítica que estão inseridos todos esses processos de agenciamento, desejo, linhas, e intensidades, capazes de dinamizar os serviços de saúde e criar agenciamentos para o cuidado.

Deixar-se tocar pelo próprio corpo vibrátil é criar linhas de fuga capazes de libertar os encontros das amarras que não fazem mais sentido, vivenciando um grau de liberdade e autonomia fazendo com que os agentes, usuários e trabalhadores, saiam da posição de assujeitamento e criem modos de subjetivação mais criativos.

3.5 A análise do cuidado em saúde através do fluxograma descritor como ferramenta analisadora

Analisar o cuidado e seu modo de produção nos serviços de saúde considerando as forças instituintes e instituídas neles existentes nos exige uma ferramenta capaz de analisar os processos de trabalho em ato e que impulse a equipe a se colocar em análise para que possa se questionar a respeito de suas ações cotidianas, seus projetos terapêuticos, suas relações entre si e com outros serviços a fim de alcançar as necessidades do usuário.

O desafio é compreender esse cotidiano como um espaço de produção de relações de bens e produtos e fazer com que a informação produzida seja reveladora de falhas das ações cotidianas levando a equipe a entrar em análise sobre os seus sentidos em busca de novas possibilidades.

Contudo, para que lancemos mão de alguma ferramenta é preciso nos delongarmos a respeito de como essas forças instituintes e instituídas estão expressas no cotidiano dos serviços, seus fluxos e seus efeitos.

Se considerarmos os serviços como equipamentos institucionais, ou seja, dispositivos capazes de disparar agenciamentos, negociações, veremos que possuem certas intencionalidades em disputa travando um embate de ideias, de ações, através dos quais se definem, em um ir e vir de construção desses agenciamentos operando no mundo através de seus processos de trabalho. Nessa construção expressada em seu cotidiano há um jogo de disputas entre aquilo que já está organizado, previsto, como é o caso das regras, das leis, dos decretos, dos protocolos, ou seja, o que já está instituído e aquilo que escapa, que é novo, que se coloca de modo virtual, uma possibilidade de vir a ser, o instituinte. Essas disputas não são necessariamente antagônicas, também não são necessariamente compartilhadas, apenas são forças instituídas no cotidiano do processo de trabalho que se misturam nas instituições.

Gerir esses processos de trabalho significa operar esse jogo de disputas entre as instituições intervindo de forma que traga à tona esses processos revelando as contratualidades entre os profissionais, agentes institucionais.

Para termos acesso ao processo de trabalho entre os agentes institucionais, não nos é suficiente o olhar macropolítico, em que as normas e regras já estabelecidas no cotidiano do serviço imperam. De outro modo, não nos é suficiente também a fluidez do olhar micropolítico. Decerto é necessário clarificar que em nenhum momento se prescinde de um ou de outro. Esses dois campos de forças não são antagônicos necessariamente. O que de fato nos auxilia para analisar um processo de trabalho é uma certa hibridez entre macro e micropolítica que se presentifica no cotidiano dos trabalhadores.

As ferramentas analisadoras nos servem como um instrumento que nos informa para além das regras e normas institucionais, aproximando das forças instituintes e seus efeitos.

Vejamos como isso se dá no cotidiano institucional.

Merhy et al (2006) consideram que no interior das instituições há o mundo das significações atravessado pelo conjunto dos agentes, e também o mundo dos sentidos e não sentidos que são expressos através das falhas ocorridas no mundo das significações, “os ruídos”, os dois tal qual uma dobra. O mundo dos sentidos vividos pelos agentes tentando produzir seus mundos como sujeitos desejantes mergulhados em sentidos explícitos ou não, e sem sentidos, é repleto de estranhamentos. Os estranhamentos produzidos operam no cotidiano, uma dobra entre aquilo que é dissonante e aparente, gerando novos caminhos instituintes como linhas de fuga do instituído, e assim novos instituídos são criados no mundo das significações, o da

previsibilidade, desterritorializando o anterior, oportunizando o devir, trajetos novos, incertos e inesperados.

Ao analisar um serviço de saúde através de uma ferramenta analisadora estamos agindo nos interstícios, nos espaços, no entre, lidando com os sentidos explícitos e não explícitos da equipe, e clarificando os “ruídos” do mundo dos sentidos e sem sentidos sobre o mundo das significações e assim ressignificando o mundo das significações e partilhando os processos entre os agentes, dando novos sentidos a própria instituição.

Para os autores:

a dobra das significações e dos sentidos e sem sentidos são expressões dos homens enquanto operadores do e sobre o mundo na sua busca desejante e criadora, que dá sentidos para si e para o mundo com suas ações, operando como uma máquina viva não definida em todos os seus contornos, como um devir, vir a ser, como homens em ação enquanto máquinas desejantes e políticas, criadoras de coisas substanciais a partir da virtualidade do mundo das coisas, do nada e sendo portanto em potencial uma incerteza em ação. (MERHY, E. et al, p. 117).

Portanto, é no cotidiano que são produzidos os estranhamentos, os ruídos, as falhas do mundo com sentido no instituído e cheio de significados nos quais os acordos e os contratos existentes funcionam ao mesmo tempo. Lugar em que os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em eternas disputas. Nessa medida, as ferramentas analisadoras nos auxiliam no sentido de revelar no cotidiano do serviço em questão os “ruídos” que tais forças exercem a fim de que possamos nos interrogar sobre os sentidos do serviço, seus jogos de interesses e quais alternativas estão sendo ou serão criadas para operá-lo levando a um repensar a lógica das intencionalidades. Esse é o espaço micropolítico no qual agenciamos a todo momento nossas intencionalidades e modos de agir. É no campo da micropolítica do trabalho vivo em ato que poderemos nos aproximar das forças geradas entre os embates ético-políticos, entre aquilo que se apresenta enquanto instituído e instituinte.

Analisar um estudo de caso de um usuário, por exemplo, em uma equipe de saúde, nos leva em última instância a analisar as intencionalidades que permeiam uma instituição, sua forma de produzir suas relações. Está longe de ser um modelo ou passos a serem seguidos. Ao contrário: potencializa a equipe por auxiliá-la na produção de conhecimento de seu próprio cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar. O caso, através de uma ferramenta analisadora, cria dispositivos que tenham o compromisso de criar linhas de fuga em processos instituídos que possam revelar os interesses em disputa, interrogando seu cotidiano através das falhas e ruídos observados no estudo, que devem ser encarados como caminhos de possibilidades de novas intencionalidades no cotidiano, sobretudo no campo das necessidades, e não algo errado que

deva ser corrigido. O caso sendo uma realidade operatória em processo traz à tona as diferentes intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde que tem como característica ser centrado no trabalho vivo em ato permanentemente. Perguntarmos sobre como se dão essas tecnologias das relações, tecnologias leves, é um caminho estratégico para analisar a articulação entre elas e os modelos de atenção, e de que modo os processos estão sendo geridos para produzir bens e produtos.

Uma ferramenta que permite a construção de uma cartografia é o *fluxograma descritor do processo de trabalho*.

Para Merhy (2013) tal ferramenta permite “perceber algumas situações e características importantes sobre o ‘fazer a saúde’” e nos leva a uma reflexão sobre como é o trabalho no cotidiano dos serviços, quem trabalha, de que forma é feito, o porquê, para quê, a quem serve, como serve, dentre outras questões que poderiam ser levantadas penetrando nas diversas lógicas institucionais que atuam em um serviço de saúde.

Franco (2013) define o fluxograma descritor como uma apresentação gráfica dos processos de trabalho sendo “uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho [...] cotidianamente”.

Segundo Franco (2013), a representação do fluxograma se faz através de três símbolos universais: a elipse, que representa a entrada e saída do processo de produção de serviços; o retângulo, que representa os momentos de intervenção e ação sobre o processo e o losango, que representa os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho.

Através dessa ferramenta, o acolhimento, o vínculo e outros dispositivos e tecnologias de cuidado em saúde são passíveis de análise no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário.

4 A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ

O Programa de Saúde Mental na cidade de Imperatriz teve seu início em abril de 2001. Até então, os pacientes psiquiátricos eram, em sua maioria, tratados em uma antiga clínica psiquiátrica, conveniada ao SUS, seguindo o modelo hospitalocêntrico e em consultórios particulares neurológicos, psiquiátricos e psicológicos. O objetivo do programa era o de atender de forma humanizada e especializada os portadores de transtornos mentais. Para isso nos pautamos em atendimentos ambulatoriais individuais e de grupo como início de nossas atividades. Em 10 de outubro de 2003, o programa foi ampliado com a inauguração do primeiro CAPS.

Em 21 de março de 2004, iniciam-se as atividades relacionadas ao CAPS infanto-juvenil (CAPS ij). No ano de 2007, a clínica psiquiátrica fecha. O primeiro CAPS assume esses usuários. Parte dos usuários internados retorna a suas casas e familiares de usuários de outros municípios são contatados para que haja um apoio para eles, até que em 30 de outubro de 2007 é inaugurado um núcleo de profissionais: Núcleo de Atenção Integrada em Saúde de Imperatriz (NAISE), outro dispositivo em saúde mental gerenciado pelo serviço público com o firme propósito de minimizar as internações psiquiátricas e atender à demanda que se encontrava necessitando de internação.

Ainda em 2007 a Saúde Mental de Imperatriz enfrenta mais um desafio ao encaminhar o projeto referente ao CAPS ad. Algumas considerações são importantes. Em 07 e 08 de dezembro de 2006 houve uma reunião técnica no município com os governos federal, estadual e municipal que assinaram um Protocolo de Intenções para atuação conjunta do combate ao beribéri. Faz-se necessário ressaltar que a doença tem na ingestão excessiva de bebidas alcoólicas um dos seus fatores etiológicos. Segundo Lira e Andrade (2008) houve na população tocantineira do Estado do Maranhão 543 casos de beribéri notificados e as hospitalizações em Imperatriz foram importantes para que fosse iniciada a investigação. O surto de beribéri colaborou com o processo de implantação de CAPS ad no Maranhão.

Em julho de 2008, enfim, o CAPS ad é inaugurado, recebendo sua portaria nesse mesmo ano, Portaria nº 579 de 06 de outubro de 2008.

Em 2010 o MS lança editais, dentre eles, o do CR. O CAPS ad envia seu projeto e assim obteve verba federal tendo o CR iniciado seu trabalho em 08 de agosto de 2011, seguindo até agosto de 2012. Após esse período, o CR de Imperatriz sai da pasta da saúde mental para a pasta da atenção básica.

No ano de 2011 houve uma intervenção do Ministério Público que resultou na extinção do NAISE, o que implicou na criação da primeira Residência Terapêutica do município, na

passagem dos CAPS para o regime de 24 horas, exceto o CAPS infanto-juvenil, além das tentativas de leitos no hospital geral da cidade, Hospital Municipal de Imperatriz (HMI).

Este percurso pode ser acompanhado através de anexo.

4.1 Universo da pesquisa

4.1.1 A cidade

A cidade de Imperatriz está localizada a oeste do Estado do Maranhão; é a segunda maior cidade do estado em importância populacional e econômica. Com uma extensão de 1.531 km², possui população de 247.505 (duzentos e quarenta e sete mil e quinhentos e cinco) habitantes. Destes, cerca de 180.568 (aproximadamente um quarto do total) são jovens entre 10 e 24 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo 2000. Todavia, encontra-se distante da capital do Estado (São Luís) cerca de 600km e da capital do Estado do Pará (Belém), 600km, os dois centros mais próximos de formação profissional. É marcada por um crescimento aleatório desestruturado, por uma economia cíclica extrativista (ouro/madeira), que gera altos índices de empobrecimento e desajustamento sociais e psíquicos, associados à ausência de políticas voltadas para a economia, trabalho, educação, lazer e principalmente para a prevenção da saúde, gerando assim o aparecimento de inúmeras doenças de fundo psíquico. Imperatriz possui ainda uma população masculina de 119.227 e uma população feminina de 128.278. Sua população urbana é de 234.547 e a rural 12.958. Da população urbana total, as idades entre 30 e 39 anos correspondem a maior parte da população. Seguida das pessoas entre 40 e 49 anos, ou seja, 27% da população Imperatrizense está entre 30 e 49 anos. As idades entre 10 e 29 anos correspondem a 40% da população. Tal fato nos chama a atenção para o quanto da população é jovem. Já na população rural observamos que 42% são crianças e adolescentes, variando entre zero e 19 anos. No quesito educação quase 1/3 da população era analfabeta em 2003.

Imperatriz, por ser próxima dos estados do Pará e Tocantins, possui histórico de uma cidade acolhedora, muito pela construção da BR 010, por onde transitam pessoas dos mais diversos lugares que influenciam a cidade. Assim, é uma cidade de passagem e faz parte da rota de tráfico, pois liga o sul do país ao norte, numa aérea denominada Portal da Amazônia.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Diante da temática da pesquisa, RD e produção de cuidado em saúde mental e o que nela se deseja pesquisar, como a RD se inscreve no cotidiano dos serviços, escolho a conjugação entre a cartografia e etnografia.

Ao longo das aulas de metodologia qualitativa, junto a um sentimento de alegria e “sentir-se em casa” vinham as inquietudes a respeito da cartografia. Tais aulas eram um lugar aconchegante, com poucos alunos, em que discutíamos com voracidade os textos sugeridos criando uma sinergia singular diante de tantas disciplinas que participávamos. Não posso me furtar em dizer que a pergunta: “em que difere a cartografia de outros métodos, como por exemplo, a etnografia?” me acompanhou ao longo do projeto de pesquisa. Mas, naquele momento inicial, era hora de me debruçar sobre tal interrogação, não fechando, mas ao contrário, procurei ler, escrever, pensar, na tentativa de que a própria questão não me cegasse.

Pareceu-me que o melhor a fazer era continuar lendo e deixar que o próprio movimento da pesquisadora desse pistas desta elaboração. Mas, no percurso da própria pesquisa percebi claramente a importância desses dois métodos. Parece que eu já sentia meu próprio corpo vibrátil delineando o tangenciamento entre os dois métodos. Vejo os dois métodos como complementares e similares. Reconhecer as pessoas pesquisadas efetivamente é estar em encontros com eles não os vendo com um olhar de objetificação e nem tampouco nos colocando como isentos naquele campo. São os pesquisados os protagonistas dessa história; nós pesquisadores, participamos sim, porém estamos lá para ir aonde eles estão nos levando, nos indicando, nos permitindo. Não à toa emergem situações, eventos não previstos anteriormente. Algumas modificações se dão no campo por estarmos ali, e isso faz parte do caminho escolhido. Ao mesmo tempo em que me fazia como pesquisadora, desterritorializando-me de um saber fazer técnico aprendido ao longo de anos, ia construindo o campo da pesquisa e de certa forma interferindo naquela realidade, ainda que a interferência fosse mínima, como – “ouvir em segredo” - certas angústias dos profissionais. Ou até mesmo gestos, sorrisos, e ideias discutidas como contribuição, como por exemplo quando troquei impressões a respeito de questões ligadas a saúde mental na oficina de Resende.

Ao entrar em campo e percebendo a forma como os serviços se apresentavam no período da pesquisa, que, diga-se, estavam em plena transformação, sobretudo o CAPS ad, era fundamental que eu mergulhasse naquele cotidiano e quisesse ter mais tempo para estar lá. O tempo da pesquisa é marcado também pelo tempo cronológico do curso de mestrado sendo a pesquisa sempre um recorte. Mas foi nesse mergulhar nos serviços pesquisados que me senti mais próxima da etnografia. Como dizem Andrade e Maluf (2014), a abordagem etnográfica

não se refere apenas a um conjunto de procedimentos e técnicas mas possibilita articular os dados empíricos com a teoria colocando-os em diálogo. Através desta aproximação pude acompanhar os atendimentos, produzir conversas informais, narrativas, dentro e fora dos serviços, compreender seu funcionamento.

Além das autoras citadas, trago os seguintes autores que me possibilitaram pensar o encontro e a afetação produzida em mim para apresentar essa interseção entre a cartografia e a etnografia. Becker (1997), sociólogo norte-americano, define o estudo de caso em ciências sociais como não o de um indivíduo e sim de uma organização ou comunidade. Andrade e Maluf (2014) nos acrescentam sobre a antropologia da saúde no campo da saúde mental nos falando sobre uma concepção de uma assistência psiquiátrica não mais baseada na doença, mas valorizando a experiência dos sujeitos e a sua aproximação. Já Barros e Kastrup (2012) nos dizem sobre a pesquisa cartográfica: é um acompanhamento de processos e não uma representação de objetos. Ambos, cartografia e os métodos das ciências sociais, possibilitam ao pesquisador habitar os territórios existências, seus, e das pessoas em estudo. Para Eirado e Passos (2012), o cartógrafo muda seu ponto de vista ao longo do estudo de campo abrindo fissuras, ampliando os caminhos. E por fim, Alvarez e Passos (2012) falam a respeito desta relação de imanência entre teoria e prática, entre a pesquisa e a intervenção, considerando o pesquisador como sujeito implicado com o mundo e comprometido com sua produção em um compartilhar de territórios existenciais.

Vamos agora ao método propriamente dito.

A cartografia é um caminho metodológico que possibilita acompanhar os afetos, os encontros produzidos pelos profissionais nos serviços a serem investigados. Em nosso caso desmanchando os territórios fixados a respeito da RD para que se coloque à mostra o processo de produção de seu próprio percurso. Assim, o cartógrafo deve se atentar na busca de processos reais de expressão. Sua função é se emprestar, ser uma ponte ou suporte para que os lugares, as verdades e as certezas possam adquirir rumos novos.

Em *Mil Platôs*, vol. 1, Deleuze e Guatarri (2011), ao falarem das características do rizoma, citam a cartografia enquanto um princípio, algo que não há centralidade, que não tem um modelo estrutural. Eis o desafio: a cartografia não é um modelo, ao contrário, ela é uma expansão, ligando-se a vários pontos que forem necessários para sua produção. Isto não significa que não vamos planejar nossa viagem à pesquisa, mas que estaremos atentos ao que o campo nos mostra nos articulando com as novidades que a própria pesquisa nos impõe.

No texto, *Cartografia de um trabalho socioanalítico*, Barros e Brasil (1992) discorrem a respeito de uma cartografia em uma escola. Apresentam a cartografia como um desenho que

acompanha os movimentos de transformação de uma paisagem em que não há nenhum tipo de pretensão em se saber a verdade, ou se dirigir a uma universalidade, e que, o cartógrafo é aquele que tem o desejo de se envolver com o traçar, que quer navegar no movimento, quer se misturar com os acontecimentos, enfim, compor territórios que pouco se fixam, já que o movimento nunca cessa.

Para Suely Rolnik:

[...] paisagens psicossociais também são cartografáveis”. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 2011, p. 23)

Na apresentação do livro *Pistas do Método da Cartografia*, os organizadores expõem a cartografia, sendo um método processual de investigação em que nos oferece um caminho de acompanhamento dos movimentos dos processos nos afastando de representar o objeto e nos aproximando do engendramento daquilo que se pensa.

A realidade cartografada é errante onde aquilo que parece se manter, em verdade, é repleto de significações, de saber e de poder, impossibilitando haver um centro. Assim, a metodologia não é senão um caminho a experimentar ao invés de um método a ser aplicado nos permitindo estar mais próximos dos movimentos da vida. A rigorosidade do método se dá através do compromisso, do interesse, da implicação na realidade e na sua intervenção. A apresentação ainda cita o livro *Cartografia e devires. A construção do pre-sente*, em que ela nos chama a atenção para três problemas importantes no campo da pesquisa em ciências humanas: o olhar não transparente do pesquisador, a crítica da separação entre o sujeito e o objeto e a articulação do conhecimento como desejo e a implicação e, por último, o construtivismo sendo entendido como experimentação de conceitos e novos dispositivos de intervenção em oposição a uma atitude demonstrativa.

Ceccim e Ferla (apud MUNIZ, 2011) apontam a importância da cartografia para o campo da saúde. Em que a cartografia é considerada uma boa forma para se pesquisar, como um meio de qualificar as escutas às demandas, possibilitando sistematizar conhecimentos úteis para o ensino e aprendizagem.

A utilização da cartografia no campo da saúde pode ser compreendida como a investigação do que dá expressão e do que transforma os modos de produção do cuidado.

Segundo Ferigato e Carvalho (2011), em artigo publicado na revista *Interface*, as metodologias qualitativas e a cartografia no Brasil são possibilidades de criação de estratégias,

arranjos e dispositivos para desenvolver pesquisas em saúde. Considera-se a complexidade das formas da subjetividade que se dá no próprio agenciamento entre os profissionais e usuários, entre as instituições, nos mais diversos tipos de atendimentos.

Para me acompanhar neste percurso me permiti dialogar com alguns autores, independente do método em si, ou da forma de produzir dados ou conhecimentos, mas enaltecendo aquilo que me faz sentido através de suas experiências compartilhadas por linhas já escritas ao longo dos tempos.

Como início da pesquisa, utilizei a observação participante como fonte de produção e compreensão de conhecimento.

Malinowski (1990), antropólogo considerado pai do trabalho de campo, em seu texto *Objetivo, método e alcance desta pesquisa* já nos indicava que os pesquisadores das ciências menos exatas se esmerariam em fazer com que os leitores conhecessem todas as condições em que os experimentos ou observações fossem feitas. Desta forma, a veracidade de tais informações estaria saltitando aos olhos de quem as lê. Uma tentativa de objetividade para as ciências humanas em meio à época positivista. A observação participante nos ofereceria essa possibilidade de estar no campo para que posteriormente pudéssemos apresentar todas essas informações.

Segundo Chizzotti (2009), a observação participante é uma forma de coleta de dados que permite uma descrição “fina” dos componentes de uma situação. Através dela temos informação a respeito dos atores pesquisados tanto em seus aspectos pessoais como particulares, o local e suas circunstâncias, o tempo e suas variáveis, as ações e suas significações, os conflitos e a sintonia das relações interpessoais, as atitudes e comportamentos.

A observação participante nos possibilita experimentar e compreender a dinâmica dos atos e eventos em questão, o que nos leva a obter as informações a partir da compreensão e sentido que os atores sociais envolvidos atribuem a seus atos.

A importância da observação participante em minha pesquisa emergiu da intenção de verificar em ato como o cuidado se dava nos diferentes tipos de serviços, o CAPS ad e o CnR. Acompanhar os diversos profissionais no acolhimento, nos atendimentos grupais e individuais, nas reuniões de equipe, nas suas decisões, enfim, observar os processos do cuidado em foco, pareceu ser uma fonte rica de informações sobre o uso da RD no serviço. Assim pude estar com os profissionais de nível superior, de nível médio, profissionais do setor administrativo, da cozinha, enfim, observar o dia a dia dos serviços.

Becker (1997) nos afirma que a observação nos leva a dados que nós enquanto pesquisadores não pensávamos em obter quando pensamos anteriormente na pesquisa. Nos diz

também que além de observar podemos entrevistar as pessoas, verificar se há algum tipo de documento que auxilie a pesquisa, como recortes de jornais, relatórios dentre outros. Ainda nos aponta que a análise dos dados se dá ao longo da pesquisa, de forma paralela. Para o autor a compreensão do grupo em estudo prepara o pesquisador para lidar com descobertas inesperadas que podem o levar a uma reorientação de seus estudos à luz de tais descobertas, permitindo-nos uma combinação de métodos. O autor nos adverte ao tipo de pergunta que o estudo de caso pode nos auxiliar: “Quais são suas modalidades de atividade e interação recorrente e estáveis? Como elas se relacionam umas com as outras e como o grupo está relacionado com o resto do mundo?”

Ainda dialogando com os autores das ciências sociais, Berreman (1990), ao escrever sobre a etnografia, adverte que a experiência é capaz de nos ensinar. Ao explicar sobre sua pesquisa de campo nos fornece um dado importante: a não intenção de que seu trabalho se torne um modelo para que outros sigam. Diz que nos trabalhos de campo as escolhas nem sempre são do pesquisador e que os resultados podem ser inesperados.

Deslandes (2005) explana sobre a prática do trabalho de campo que valoriza as premissas e categorias do investigado ao mesmo tempo em que o investigador apresenta uma busca comunicativa intencional sobre as representações, valores, crenças e opiniões dos atores investigados, em interação e na subjetividade. Bachelard (1971), segundo a autora acima, afirma que o real só responde ao que lhe é perguntado. As informações obtidas são decorrentes de escolhas como a de “construir coletivamente as balizas do novo conhecimento que vem das trocas com o mundo da vida”.

Além da observação participante, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alguns trabalhadores do CAPS ad, e alguns trabalhadores do CnR.

O critério para a escolha dos profissionais entrevistados foi o dos profissionais que tiveram familiaridade com o caso escolhido e que puderam me levar aos fluxos sobre a produção do cuidado. Além dos profissionais da rede foram entrevistados um usuário de cada serviço, um familiar de cada usuário, e outras pessoas importantes para o estudo como os obreiros de uma CT em que o usuário do CnR foi internado, por exemplo. Essas entrevistas foram livres, entrevistas não estruturadas.

Ainda foram realizadas conversas informais, análise do prontuário dos usuários entrevistados de cada serviço e registro de dados em diário de campo.

Keen (2009) diz que o estudo de caso pode utilizar métodos qualitativos variados inclusive com quantitativos.

Yin (2005) corrobora a combinação de métodos e nos sinaliza também ao tipo de pergunta: os “como” e “por que” sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos. Para ele, o estudo de caso pode nos oferecer uma vantagem ao se estar inserido em um contexto em que o pesquisador possui pouco ou nenhum controle.

Como ferramenta que me permitiu mapear, cartografar o cenário que se apresentou utilizei o *fluxograma descritor do processo de trabalho* para os estudos de caso. Para Merhy (2013, p.21) tal ferramenta permite “perceber algumas situações e características importantes sobre o ‘fazer a saúde’” e nos leva a uma reflexão sobre como é o trabalho no cotidiano dos serviços, quem trabalha, de que forma é feito, o porquê, para quê, a quem serve, como serve, dentre outras questões que poderiam ser levantadas.

Quanto à análise dos dados esta foi realizada através das narrativas produzidas. Gonçalves, Marques e Cardoso (2012) consideram a narração como constitutiva da experiência, do evento, do social e dos personagens-pessoas. Assim, diante dos instrumentos escolhidos, utilizei a leitura das narrativas produzidas relacionadas às categorias identificadas, acolhimento e instrumentalização, que me auxiliaram compreender como a RD se dá enquanto prática das equipes e seus efeitos no cuidado dos usuários bem como em outros resultados da pesquisa.

Campos e Furtado (2008) falam a respeito do quanto a narrativa é pouco utilizada no campo da Saúde Coletiva e o quanto ela integra o cenário sanitário brasileiro no marco do SUS, o qual necessita de metodologias não tradicionais para compreender os dilemas e impasses das novas práticas de saúde.

Em meu olhar o trabalho de campo é o espaço privilegiado de experiências, um lugar de encontro único entre o pesquisador e os pesquisados.

Pensando em uma aproximação entre os autores percebo que há semelhanças no que tange à interação entre o pesquisador e os pesquisados, à ruptura gradual de um modelo a ser seguido, um método fechado em si mesmo, e ao fato de que a pesquisa se dá ao longo de si mesma, no gerúndio, pesquisando, oferecendo-nos pistas dos próximos passos a serem realizados.

Visto os caminhos do processo metodológico, gostaria de falar a respeito de algo que para mim está entrelaçado nessa pesquisa, uma vez que o objeto de estudo está intrinsecamente relacionado à experiência de trabalho desta pesquisadora, e está intimamente ligada a metodologia: minha implicação e sobreimplicação. Gilles Monceau (2008), em seu artigo *Implicação, sobreimplicação e implicação profissional* define a implicação como sendo a relação desenvolvida entre as pessoas e a instituição entendendo que a instituição toma o indivíduo; em que uma não ação se torna uma ação e a sobreimplicação como uma

impossibilidade de analisar a implicação. Cita Laurau: “a instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca”, e afirma que há uma diferença entre implicação e engajamento ou investimento. Como se a implicação fosse posta pelo social e o que nos cabe é analisar os modos da implicação. Sendo a análise da implicação um trabalho coletivo, pergunto-me o que é coletivo num processo de construção de uma dissertação. Não só no momento da escrita, mas em toda a produção da dissertação, o coletivo se faz, a meu ver, através dos textos, das aulas do curso de mestrado, da relação com a vida, dos encontros no cotidiano dos serviços com as pessoas e coisas (as coisas têm significado, fazendo parte da rede rizomática). Desta forma, acompanhada por essa diversidade de encontros e assumindo sua importância neste artesanato, acredito evidenciar o imperativo de exercitar o meu olhar para o campo de minha pesquisa naquilo que a cartografia nos propõe – a análise para o acompanhamento de um processo. Como disseram Eduardo Passos e André do Eirado a respeito do cartógrafo:

“... sua tarefa principal é dissolver o ponto de vista do observador sem, no entanto, anular a observação”. (PASSOS, E. e EIRADO, A. in PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. (org) , 2012, p.123)

Então cabe dizer que ao voltar ao universo pesquisado, era como se voltasse a uma casa em que se morou há anos atrás. Um reconhecimento de alguns corpos, afectos, e uma descoberta de tantos outros. A alegria era um dos sentimentos mais fortes na entrada no campo tanto de minha parte quanto de vários profissionais das equipes e a pergunta: “quando você vai voltar?” era a todo momento solta no ar. Mas o que importa é que em função de ser bastante ativa no campo da saúde mental naquela cidade, e também por ser junto com outros profissionais, pioneiros na reforma psiquiátrica local, e ainda ter coordenado o CAPS ad e ser uma das responsáveis pelo projeto do CR enquanto sua implantação, o convite era sempre de organizar o serviço, mais especificamente o CAPS ad. Assim, cabe dizer com todas as letras que meu papel de pesquisadora nasce nessa delimitação entre a pesquisadora e a profissional de saúde. Isso importa na medida em que não estava ali para tomar o serviço como meu, e sim para participar dele naquilo que a pesquisa pudesse auxiliar. Trazer isso para o leitor é de fundamental importância. As poucas interferências realizadas foram fruto desse novo devir, dessa multiplicidade a que me investi. Ser uma profissional de saúde poderia ser um “plus” para a pesquisadora. Em alguns momentos, o sentimento era de dor. Quase que insuportável. Mas, retomada a nova posição, essa dor auxiliou-me a encontrar justamente um dos usuários para o estudo de caso. Justo aquele que me levaria a uma linha de fuga, a uma criatividade do serviço de saúde. Parece que aqui as intensidades me levaram a rizomas inesperados.

Finalizo a metodologia propriamente dita trazendo Gilberto Velho (1978) em seu texto *Observando o familiar*. Nesse texto o autor reflete a respeito do exercício de pesquisar fatos, situações, pessoas próximas à realidade do pesquisador, situação em que minha pesquisa se insere, e diz:

... O processo de estranhar o *familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações. (VELHO, 1978)

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Sobre o Caps ad III

6.1.1 A descoberta do cotidiano

Minha entrada no campo se deu aos poucos. Fui em Imperatriz em meados de julho de 2014 e entrei em contato com as equipes que seriam e foram, posteriormente, pesquisadas.

A ida a Imperatriz em busca das autorizações para fazer a pesquisa foi acompanhada de ansiedade, a imaginação de como seria esse momento de reencontro, passados alguns meses, distantes e reflexivos, a partir de tudo que eu estava conhecendo.

A espera por esse momento me lembrou Otavio Bonet (2014) ao sentir em campo que o tempo não passava. Entre as idas e vindas para realizar as entrevistas e observações se via em momentos em que nada acontecia, e outros que o fizeram entrevistar pessoas que não pensou em entrevistar antes, o que o fez solicitar algumas autorizações.

Telefonei para vários atores daquele cenário: o coordenador de Saúde Mental, para a coordenadora do CAPS ad e a profissional que estava lhe auxiliando no momento, para um dos redutores de danos do CnR e para a coordenadora do CnR para marcarmos alguns horários a fim de explanar o objetivo de minha pesquisa e assim conseguir uma autorização prévia, escrita, para assegurar o campo em questão. Pensei que poderíamos ter marcado um encontro único, já que falamos em rede o tempo todo. Certamente, outro cenário seria a mim apresentado. Percebi que o campo já havia iniciado ao ser capaz de refletir a respeito das possibilidades de uma ação.

Fui recebida primeiro pelo coordenador de Saúde Mental do município no CAPS, que fica ao lado do CAPS ad. Lembro que ao telefone ele me perguntou aonde eu gostaria de realizar o encontro, se no CAPS ad ou no CAPS. Eu, sabendo que sua sala ficava no CAPS, optei por esse lugar. Na hora acordada, estava eu lá. Dirigi-me à recepção, cumprimentei as pessoas dali e aguardei até que o portão de ferro fosse aberto para eu adentrar o corredor que me levaria em sua sala. O portão foi fechado novamente. Muitas lembranças... Logo me lembrei de um usuário antigo, que gostava de ir pra rua a todo o momento, e saía a esmo sem direção. Lá íamos, qualquer um de nós, atrás dele, e andávamos um pouco, até retornarmos ao prédio.

As lembranças não paravam por ali. As paredes do corredor ainda guardavam quadros confeccionados por nós, profissionais e usuários daquela época. Nesta caminhada, o cheiro de desinfetante era bastante forte o que me fez pensar a respeito do cuidado higiênico do local.

Rapidamente fomos ao objetivo do encontro: a pesquisa. O rapidamente ficou por minha conta. Disse a ele que não queria tomar-lhe seu tempo e agora vejo que estava incomodada, sem jeito. É um aprendizado ir à campo. Estava aprendendo a ser pesquisadora. Falei a respeito do que queria estudar, o contato que teria com as pessoas do serviço, de que não se tratava de uma

pesquisa afastada das pessoas, que teríamos encontros, talvez grupos. A resposta veio imediata, quase que assim: “você vai poder contribuir com o nosso trabalho, tenho aqui dados que poderão te auxiliar”, e logo se pôs a abrir alguns arquivos no computador que falavam a respeito de números de funcionários, e a rede de atenção. Ali, optei deliberadamente em não pedir uma cópia. Meu medo da burocracia me capturou de tal forma que perdi a oportunidade de ter essa informação para agora vos contar. E assim, chegou o momento da assinatura da tal autorização. Despedimo-nos.

Chegou o momento do encontro no e com o CAPS ad. Algumas plantas no caminho, na parte externa do prédio, e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que fica numa casa, dentro do mesmo terreno. Da porta do CAPS ad vemos algumas árvores e os carros das pessoas. A recepção, construída há algum tempo, tem uma porta de madeira do lado esquerdo para quem a vê que fica fechada a chave, e um janelão ao lado da porta, que serve de bancada para a recepção. Uma porta daquelas de vidro e ferro antes aberta. Me apresentei e abriram a outra porta. Fui procurar a profissional que estava auxiliando a coordenadora do programa. Foi uma alegria. A saudade de minha parceira de “labuta”, de luta, embalada por sorrisos, abraços e gargalhadas. O Rio de Janeiro presente nos diálogos. E ela me fala de seu “corre-corre”, da loucura do dia a dia do serviço, dos perigos e do marasmo que se intercalam no cotidiano. Das saídas dos profissionais contratados e da política local. Algo nos interpelou para ela resolver e a esperei, tranquila. Assim que foi possível, retornamos a nossa conversa e expliquei a ideia da pesquisa e seus meandros, semelhante ao encontro anterior. Ela me convidou a passear pelo serviço para eu ver as novidades do local. Algumas salas com objetivos diferentes, o ar condicionado que chegou, enfim, algumas mudanças na composição do espaço físico.

Enfim chegou o momento do encontro com a coordenadora do CAPS ad. Encontramos fora dos serviços. Já havíamos nos encontrado antes para um lanche com outras profissionais que fazem parte da rede. Nesse lanche conversamos a respeito de seus sentimentos e sua preocupação com o serviço, e foi muito interessante vê-la como gestora, pois meu registro mais forte era da época em que trabalhávamos juntas levando os usuários para piscina, para passear. Ela acompanhou minha decisão de cursar o mestrado desde o início. Além disso, ela foi meu elo de contato durante toda a pesquisa. Através do *whatsapp*⁴ mantemos contatos diversos. Antes de viajar para Imperatriz, conversamos a respeito da pesquisa.

⁴ *WhatsApp* é uma aplicação multi-plataforma de mensagens instantâneas para smartphones. Além de mensagens de texto, os usuários podem enviar imagens, vídeos e mensagens de áudio de mídia.

Fazer parte da história de um serviço e pesquisá-lo é um convite a trabalhar. Se pudesse estar em dois lugares ao mesmo tempo, estaria. O que fiz? Acolhi suas inquietações e compartilhei com ela algumas ponderações. Uma interferência clara no campo.

Assim fui conquistando cada autorização necessária à pesquisa.

Passado este período retornei a Imperatriz em março de 2015 para realizar a pesquisa.

Então, deparei-me com o CAPS ad, agora CAPS ad III funcionando 24 horas e a mudança de coordenação. Fui recepcionada calorosamente por um dos porteiros do serviço e uma das assistentes sociais que trataram de me apresentar às mudanças, tanto físicas quanto do cotidiano. Em seguida, o coordenador chegou e me recebeu com um abraço e rimos bastante, afinal vínhamos nos comunicando pelo *whatsapp* enquanto eu me encontrava no Rio de Janeiro.

Ali, fomos conversando sobre o material de educação física que foi pedido pelas coordenações anteriores. O coordenador reconheceu claramente que o material foi pedido na época em que ele ainda nem fazia parte da equipe. E era nítida a alegria do porteiro que me recebeu no primeiro dia e de minha velha companheira, assistente social, por essas modificações. “As coisas tão chegando, Gi”, disse ela acompanhada da concordância no rosto dele.

Iniciei o que seria uma reunião de equipe no CAPS ad. A reunião foi cancelada devido a uma outra reunião de última hora em que o coordenador precisava estar. Assim, depois de ter esperado um bom tempo pela equipe, eu me reuni com os profissionais e nós falamos um pouco a respeito do projeto. A reunião foi regada a suco de goiaba e pão com carne moída que em Imperatriz é equivalente ao cachorro-quente do Rio de Janeiro. Inicialmente éramos eu, e uma das assistentes sociais, minha velha companheira. Logo chegaram uma das psicólogas, a outra assistente social, uma enfermeira e três técnicas de enfermagem. Os profissionais de nível superior ficaram curiosos sobre a cartografia, sobre o processo da pesquisa, sobre a diferença entre a saúde pública e a saúde coletiva. Ou pelo menos foram os que perguntaram algo. Os outros só ouviram, movimento que eu já vivenciei naquele espaço. Apresentei-me e expliquei os pontos principais: o tema Redução de Danos, o acompanhamento nos atendimentos dentro e fora do serviço, que eu não atenderia os usuários, falei das entrevistas, gravações, do estudo de um caso clínico. A enfermeira me perguntou como fui escolher esse tema, e lhe contei minha trajetória profissional. Nessa reunião também falamos sobre política, ética, empenho. Passados uns quarenta minutos a reunião chegou ao fim. Ficamos ali ainda e eis que uma das assistentes sociais diz: “Nem sei como é essa RD no CAPS ad”. E acrescentou que algumas coisas ela discorda, outras concorda. E ficamos em silêncio por alguns minutos.

Em seguida chegaram profissionais de outros serviços e mais alguns do CAPS ad. Esse grupo que chegou é denominado Grupo Gestor. É formado por profissionais de todos os CAPS e tem como finalidade construir projetos para a Saúde Mental de Imperatriz respondendo a editais, e de ministrar e/ou elaborar oficinas, palestras para a rede de Imperatriz. Alguns estão participando de um intercâmbio em Resende, município do estado do Rio de Janeiro. Esse intercâmbio tem gerado frutos: os profissionais percebem que Imperatriz tem mais estrutura física com um maior número de dispositivos, mas que os profissionais do Rio estudam mais, são mais apropriados tecnicamente, fazem reuniões, discutem casos clínicos, realizam matriciamento, são pontuais, coisas que não acontecem na saúde mental local de forma geral. Nessas observações fui reconhecida em minha origem e minha formação por uma das assistentes sociais.

Uma das profissionais do Grupo Gestor se encontra com o semblante triste. Ela almeja alguns aspectos que viu em Resende, o comprometimento por exemplo. Reclama da falta de compromisso dos profissionais. Da falta de vontade de fazer as coisas. Avalia que os intercâmbios deveriam acontecer em vários setores do serviço público ao mesmo tempo para animar os profissionais. Foi esse o termo que usou, “animar”. Alma, pois sim. Aqui penso na potência, nos encontros alegres e nos tristes também. O intercâmbio, como um novo dispositivo da rede que o MS está propiciando, suscita um novo encontro, um desmanchamento de um certo mundo, uma experiência de desterritorialização, uma nova produção de subjetividade e assim um novo jeito de cuidar procurando conexões e intensidades para se reterritorializar.

Nessa altura já havia no CAPS ad um certo conhecimento sobre a realização da pesquisa devido às minhas idas aos serviços em julho de 2014 e em fevereiro de 2015 com o objetivo de acordar a pesquisa, encaminhar documentos para o Comitê de Ética. Nessas idas, além dos abraços, dos risos e de me colocarem a par de como andava o governo, conversamos sobre o mestrado, sobre a dificuldade de uma cidade grande, da saudade, enfim. Mas ficaram fortes as falas sobre minha nova estada no serviço, como pesquisadora, como se alguns pudessem ter medo disso. Frases do tipo: “neguinho vai ficar nervoso quando você olhar projetos, etc.” Isso me fez pensar em quanto precisei deixar claro minha função no serviço. E além dessas “deixas”, me vi respondendo a uma pergunta recorrente: “quando você volta?”. E ia respondendo dizendo que para trabalhar seria em 2016, mas que estava ali para realizar a pesquisa. Essa recorrência se deu ao longo da primeira semana de março com mais intensidade. Isso implicou indagações que fiz a mim mesma sobre pesquisar um serviço em que eu participei ativamente em sua construção e coordenação em seus três primeiros anos de existência. Essa implicação me coloca em uma posição de atenção extrema para que eu sáísse das posições anteriores, de coordenadora

e psicóloga do serviço para a de pesquisadora. Nesta última preciso exercitar meu “estranhamento”, não me conformar aos sentimentos, percepções e intensidades do trabalho já conhecido por mim, aos convites de trabalho que surgem no cotidiano da pesquisa quando um ou outro não me vê como pesquisadora em determinados momentos, e me permitir questionar, abrir espaço para novos encontros, novos diálogos, com uma finalidade: a intenção de pesquisar sobre a RD. Acredito que ter clarificado o motivo de minha permanência lá durante aquele período foi o caminho mais acertado que pude trilhar.

Ao longo da semana, fui percebendo algumas mudanças no CAPS ad. Com o novo regime de 24 horas, CAPS ad III, que foi inaugurado em 20.02.2014, o acolhimento dos usuários além de ser diurno inclui também o acolhimento noturno. Isso trouxe uma modificação na composição da equipe do serviço que atualmente é composta por cinquenta e quatro profissionais: 2 psicólogas, 2 psiquiatras, 1 clínico geral, 2 assistentes sociais, 6 cuidadores, 2 recepcionistas, 4 zeladores, 6 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 2 nutricionistas, 2 bioquímicos, 1 auxiliar farmácia, 1 pedagoga em saúde, 5 funcionários para cozinha, 1 coordenador sem formação em saúde mental, 1 motorista, 1 artesão. A ampliação de funcionários trouxe efeitos no cotidiano do serviço já que agora é um novo dispositivo agenciando novos encontros, novas afecções e produzindo novas subjetividades.

O CAPS ad III continua sendo um serviço municipal de saúde mental, da Secretaria da Saúde de Imperatriz, que funciona pautado pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Quando construí o projeto de pesquisa sua modalidade era de CAPS ad II, funcionando de 2ª a 6ª feira. É destinado a atender pessoas, maiores de 18 anos, que tenham problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool e outras drogas. Os usuários em sua maioria são homens. Muitos deles são pedreiros, ajudantes de pedreiros, vendedores informais, com baixa escolaridade. A demanda é espontânea, ou encaminhada por outros serviços de saúde ou da assistência social ou ainda através da justiça.

O CAPS ad, forma como o CAPS ad III é frequentemente denominado, está situado em um prédio próprio da prefeitura, o Complexo de Saúde Henrique de La Roque, no bairro Bacurí, em que funciona também o CAPS, o programa DST/AIDS, a vigilância em saúde e o CEO. Com este novo regime de trabalho, houve também mudanças na estrutura física do prédio bem como na área externa. Na área externa fecharam o muro que separava o CAPS ad do CAPS que atende psicoses e neuroses graves, e também aumentaram o muro. Iniciaram a limpeza do campo de futebol. Ao lado do antigo cajueiro que oferece uma sombra enorme, já que sua copa é bem grande, e cobre os bancos de cimento, há uma área coberta onde os usuários jogam sinuca, pingue-pongue, conversam, constroem seus cigarros e os fumam, entendem-se e se

desentendem. Há uma tentativa de que a Secretaria do Meio ambiente ceda mudas para plantio no CAPS ad. Enquanto as mudas não chegavam, a área externa ficou com uma aparência descuidada. Ainda havia espaço para os carros dos funcionários. O prédio, o que chamo de área interna, é bastante retangular desenhando um imenso corredor enfeitado com quadros e artesanatos produzidos no CAPS ad, e com vários bancos estofados, cadeiras, bebedouro, lixeiras. Esse corredor que fica bastante vazio ao longo dos dias abre portas para: uma sala multiprofissional, 2 consultórios, almoxarifado, recepção, sala de arquivo, refeitório, sala de terapia ocupacional, depósito, banheiro de acessibilidade, enfermaria masculina (6 leitos), rouparia, banheiros funcionais, enfermaria feminina (6 leitos), entrada e saída de emergência, repouso dos profissionais, sala de recursos humanos, sala da coordenação, posto de enfermagem, farmácia, sala de reunião.

Na busca de informações sobre as atividades e funcionamento do serviço me dirigi à recepção. A recepção tem um janelão sem vidro, com um galpão. Ao lado dela, a porta do CAPS ad que fica constantemente fechada, mas não trancada de dia. Dentro dela, estão cartazes e ofícios internos e o antigo cronograma, além de algumas cadeiras e livros de registro.

Em contato com o coordenador, ele me disse que houve muitas mudanças, entradas e saídas de funcionários e que ainda não havia feito a grade atual. Como sabia algumas de cor, foi me dizendo. As outras fui descobrindo no dia a dia da pesquisa.

As atividades que o serviço oferece são: grupo devocional de cunho religioso, realizado por uma assistente social; grupo superação, realizado por uma enfermeira; atendimento individual e familiar realizado pelas assistentes sociais, enfermeiros e psicólogas; oficina de artes, realizada pelo oficineiro; aula de violão de forma bastante esporádica; atendimento nutricional, realizado por uma das nutricionistas (a outra nutricionista é responsável pelo cardápio e cozinha); grupo de tabagismo realizado por uma psicóloga; atendimento farmacêutico; jogo de vôlei com alguns trabalhadores da equipe também esporádico; assembleia (neste caso, uma reunião com o coordenador do serviço como único representante da equipe para discutir normas e regras do serviço); consultas médicas diárias realizadas ora pelo clínico geral, ora pelos psiquiatras e visitas domiciliares quando possível, em função do carro. Os médicos trabalham em regime de escala e sobreaviso. Ficam em torno de 10 a 15 dias seguidas e trocam seus plantões entre si. A equipe de enfermagem também trabalha em regime de plantão. Atualmente, os familiares também são atendidos nas consultas dos diversos profissionais conforme estes julgarem necessário. Além dessas atividades, os profissionais são convidados a ministrar palestras ou rodas de conversas em instituições públicas ou privadas.

Conforme os dias se passaram e minha frequência no serviço se intensificou, pude perceber que as atividades de grupo que são regulares são o grupo devocional, o de tabagismo e a oficina de artes. As outras atividades regulares são as consultas individuais realizadas por diversos profissionais. Também há uma regularidade no trabalho dos plantonistas. Em verdade há dois tipos de plantonistas. Um primeiro significado é usado para designar o regime de plantão da enfermagem e dos médicos. Um outro significado é o de um profissional de nível superior ser escalado por um turno durante o dia ou noite para ser alguém de apoio a quem a equipe deve se direcionar naquele turno. Assim, este tipo de plantonista precisa adquirir uma visão global do turno e tomar as providências necessárias conforme o que acontece em seu plantão.

O CAPS ad vem saindo de um período intenso de tensões. Ao longo de um ano o serviço passou por 5 coordenadores além de não haver mais coordenador do setor de enfermagem que era quem organizava a dinâmica do serviço e era o elo de comunicação entre os profissionais.

Em conversas informais e observando a dinâmica do serviço, deparei-me com algumas informações importantes sobre o funcionamento da equipe.

Conversando com profissionais não enfermeiros e técnicos de enfermagem, por diversas vezes, e por diferentes profissionais, ouvi relatos de que havia dois CAPS ad em um: o dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, e o da restante da equipe. De fato, somados correspondem a quase metade da equipe. Esse número se deve a organização do serviço que agora possui o acolhimento noturno e conseqüentemente a escala de plantões. Mas a diferença não é só quantitativa. Os outros profissionais têm se sentido desvalorizados e sentem que nessa organização o compromisso com o usuário, com o serviço como um todo é diferenciado. Alguns enfermeiros, por trocas de plantões, quase não participam do cotidiano do CAPS ad não acompanhando o caminhar do usuário nem do próprio serviço. O que foi corroborado por um enfermeiro falando de sua própria experiência. Os assistentes sociais e psicólogos são os profissionais que mais estão no serviço permanentemente e, portanto, são aqueles que acompanham os usuários continuamente além de terem uma outra organização de tempo de trabalho e de forma de trabalho. Os plantões, organizados dessa forma, geram um sentimento de afastamento em relação aos usuários, fazendo com que os profissionais não participem do cotidiano do serviço. Todos esses fatores aliados a questões salariais trazem desconforto e propiciam a dicotomia entre a equipe.

Um dos enfermeiros e o assistente administrativo relataram que há uma busca por parte dos usuários e familiares por internações de longa duração, afastadas da cidade e alguns profissionais entendem que: “a família quer se livrar do usuário”.

Além disso houve uma época em que a não compreensão do tratamento gerou buscas ativas em que o usuário era trazido à força para o serviço e que para alguns funcionários esse tipo de atitude poderia colocá-los em perigo. A equipe reagiu se utilizando da portaria que diz que o CAPS ad é de portas abertas. Se o CAPS tem como orientação a lógica da RD, uma ação dessa natureza se faz totalmente contrária à essa lógica. É o embate entre as forças instituídas que entendem que o usuário deve ser levado a qualquer custo para o tratamento não respeitando seu desejo, indicando um ponto de vista moral. Por outro lado, em alguns casos, as questões podem ser graves do ponto de vista social, quando há perigo para o próprio usuário, por exemplo, levando a equipe a tomar decisões imperativas. Uma situação como essa poderia ser entendida como crise. E não devemos esquecer o que uma das profissionais traz: a questão do compromisso da equipe. Um serviço de portas abertas leva em consideração o desejo como mola propulsora do tratamento. Mas esse é um desejo constituído de forças, de potência tanto do usuário quanto da equipe. O encontro dessas intensidades pode criar a potencialidade e criatividade necessárias para o acolhimento.

Alguns profissionais sentem que o fato de alguns deles participarem do Grupo Gestor minimizou a oferta dos atendimentos aos usuários.

As reuniões de equipe são realizadas de forma bastante esporádica e a discussão de casos clínicos nesse espaço segue o mesmo percurso. Em alguns momentos do dia a dia do serviço, os profissionais presentes nos turnos se reúnem espontaneamente e preenchem prontuários, formulários, e discutem vários assuntos da vida. Por vezes discutem a respeito de um ou outro caso clínico em busca de pares para suas tomadas de decisão ou para sanarem dúvidas. A falta das reuniões é atribuída ao fato de a coordenação atual do serviço não ter formação na área de saúde mental direcionando sua gestão ao campo administrativo e também à falta de vontade da equipe em se autogerir. Um dos profissionais citou que para muitos da equipe a discussão de caso não é entendido como trabalho. Trabalho é quando se está com o usuário. Se não há usuário presente não é necessário reunir. Contudo, há usuários no serviço.

Ouvi relatos a respeito dos leitos no Hospital Geral: “não valem pois eles não ficam nada com os usuários. Medicam e liberam, sem querer cuidar dos usuários, como sempre aconteceu”.

Quanto ao fluxo do usuário no serviço, este se dá por encaminhamentos de outras instituições ou demanda espontânea. O profissional que estiver no serviço pode fazer o acolhimento ou triagem. Alguns tem consultas pontuais ao longo da semana, outros ficam no serviço apenas de dia, o que é denominado acolhimento diurno e outros dormem no CAPS ad, o acolhimento noturno. Em acolhimento, vi em média 15 pacientes por dia.

Também ao longo desses dias pude ver que a equipe de enfermagem usa a ambulância do serviço para levá-los a alguma outra instituição para realizarem exames, por exemplo.

A rotina dos usuários acolhidos é a de tomar o café da manhã e aguardar alguma atividade ou consulta. Ficam dentro e fora do prédio, conversando. Alguns em alucinações ou delírios incomodam outros usuários havendo por vezes violência entre eles, sobretudo à noite, momento em que não há nenhum tipo de atividade. Outras vezes, há auxílio. Algumas vezes eles trazem bebidas alcólicas e outras drogas escondidas ou parecem comprar na rua. De toda forma, utilizam escondidos até que alguém da equipe perceba.

Ao longo do dia almoçam, descansam e aguardam alguma atividade ou consulta. Até que às 19:00 horas o CAPS ad fecha e ficam apenas os acolhidos noturnos. Nem todos os acolhidos no período diurno frequentam o serviço todos os dias.

Durante o período de observação participante percebi uma certa ociosidade dos usuários e uma falta de comunicação coletiva da equipe. Nunca se sabe com certeza o que vai acontecer, qual o planejamento do dia, qual a organização, exceto a alimentação, a medicação e a higiene, o que ratifica a função de abrigo ora forjada no período inicial em que os usuários em situação de rua começaram a frequentar o CAPS ad.

Pude participar de algumas atividades em grupo e alguns atendimentos individuais. E assim fui buscando meu foco, paulatinamente, a RD. Mas foi em uma conversa informal que falamos sobre a RD inicialmente. Em uma manhã, no refeitório, uma das psicólogas me viu falando sobre a pesquisa pois ela não estava na reunião que discutimos a respeito e me indagou sobre a RD. Disse que era ainda desconhecida da equipe. Que não passaram por nenhum tipo de treinamento e que tinham profissionais que discordavam da RD. Alguns colegas que encaram como estímulo ao uso. Na sua compreensão é algo geral, que qualquer coisa que se faça para minimizar os riscos do usuário é uma ação de RD. Mas que percebia que para alguns usuários isso não é bom. Ela citou a RAAS⁵ como exemplo. Neste instrumento, a RD é contemplada e ela preenche com vários atendimentos de RD. Esta profissional é também responsável pelo grupo do tabagismo que iniciou pouco tempo antes da pesquisa iniciar e que tem a redução do uso do cigarro, a reposição de nicotina e a parada abrupta como formas para se chegar ao não uso da substância. Estas orientações clínicas seguem a orientação e cartilhas do MS através do Instituto Nacional de Câncer.

⁵ RAAS – Registro das ações ambulatoriais da saúde que faz parte do Sistema de Informação.

Em continuidade à minha estadia por lá fui vivenciando a equipe do CAPS ad em seu cotidiano e a ociosidade dos usuários se confirmava a cada dia. Por outro lado, um movimento de cuidado com a estrutura aparecia como um ar de novidade.

Em uma certa manhã notei algo diferente. Era a limpeza do terreno. O mato foi cortado e o lixo de resto de obra, mato e plantas mortas, foram organizadas em pequenos montes para depois serem jogadas no lixo. Também vi que colocaram um portão na entrada interna que é direcionada aonde os carros costumam ficar.

Nesta manhã não havia nenhuma atividade coletiva no serviço. O enfermeiro ainda não havia chegado e estava uma psicóloga e algumas técnicas de enfermagem. Acompanhei-as. A equipe de enfermagem ficava na maioria do tempo em sua sala de medicação. Elas estavam separando a medicação dos usuários e logo os chamaram para tomar os remédios. Primeiro os de acolhimento noturno, depois os de acolhimento diurno. E alguns tomam a medicação em casa. O procedimento de entrega das medicações é o seguinte: os usuários entram, se sentam numa longarina de 4 lugares, e uma técnica afere a pressão. A pressão é anotada em prontuário e em seguida tomam a medicação. Elas entregam o comprimido aos usuários e eles tomam. Há um bebedouro ali mesmo. Durante a medição de pressão, profissionais e usuários falam do dia a dia e elogiam a pressão quando possível. E assim até o último usuário a tomar a medicação. Quando entrou uma usuária tossindo bastante a equipe ficou atenta. E ela disse: “é o cigarro”. E uma das técnicas respondeu que era para ela parar, largar tudo de uma vez. E a usuária diz que “não traga, que não suporta o cheiro”, embora ela estivesse com cheiro de cigarro. Os usuários foram lá para fora, e as técnicas ficaram em sua sala. Essa passagem nos revela o quanto a abstinência total faz parte do cotidiano do serviço. Ainda que haja um grupo de tabagismo no próprio CAPS ad que trabalha também com a lógica da RD. A abstinência total foi a única resposta dada à tosse da usuária.

Uma das técnicas de enfermagem revela que o sistema de plantão está difícil; a equipe cresceu muito e o que se diz nas reuniões de equipe quando acontecem não é cumprido. Que eles não conseguem falar a mesma língua. Ela explica que como são muitos em regime de plantão, nem sempre a pessoa está na reunião. O livro ata não é de acesso a todos. Fica trancado. E continuaram a preencher seus papéis e livros ata. O livro de enfermagem registra as intercorrências e contém dados como quem são os usuários do turno e quantos são, qual enfermeiro está de plantão, quais são os cuidadores do dia, quem são os trabalhadores do serviço geral e quais os técnicos de enfermagem do dia. Já a recepção tem o controle escrito dos que participam só de consultas, atendimentos, sejam as de grupo ou individual.

Nos atendimentos psicológicos acompanhados pude verificar a ideia de RD em cena.

Acompanhei o atendimento de um usuário de álcool. A psicóloga explicou quem eu era e meu objetivo e se o usuário aceitava minha presença. Esta explicação a respeito de minha presença era dada aos usuários na maioria dos atendimentos que acompanhei com os profissionais. O usuário já frequentou o CAPS e o ambulatório de saúde mental. Ele bebia socialmente até a esposa trabalhar fora. Isso gerou um ciúme excessivo a ponto de ele entrar em depressão e passar a beber muito. Um outro motivo de seu sofrimento era o fato do filho ser procurado pela polícia. Contudo, ele com o tratamento minimizou o uso para 4 copos de cerveja aos sábados. O atendimento não é apressado. Ela pergunta sobre vários aspectos e dentre eles percebeu que o usuário não comprou uma medicação devido ao valor. E ela foi procurar no prontuário, me mostrando. De fato, a medicação prescrita era Revia⁶, bastante cara. E ela seguiu o atendimento pedindo que o usuário revisse com o médico a medicação. Mas, perguntou a ele se ele conseguiria diminuir de 4 copos de cerveja para 3 no próximo fim de semana. E ele aceitou a proposta. E assim combinaram.

Também pude acompanhar um atendimento de outro usuário. Este participava de grupos de mútua ajuda além do CAPS ad. A psicóloga solicitou que o rapaz fosse acompanhado de sua esposa em uma próxima consulta. Ele já foi internado em comunidades terapêuticas e conhece os programas de mútua ajuda. Apresentava o que os profissionais de saúde reconhecem como lapso, quando uma pessoa está abstinente e usa a substância sem voltar ao repertório de uso anterior.

Nos dois atendimentos a psicóloga se manteve sem fazer nenhuma intervenção abrupta no que tange ao uso das substâncias. Não fala de abstinência nem de RD. Seu movimento foi de acompanhar o movimento dos usuários negociando com eles o tempo todo a forma como usam e a possibilidade de diminuição de quantidade e frequência além de acolher questões relativas a outros setores da vida. Suas atitudes e decisões correspondem a lógica da RD. A negociação afirma a autonomia do usuário, e o acolhimento de outros devires do usuário desfoca a questão da substância, indo ao caminho do encontro entre pessoas.

As conversas informais são sempre grandiosas em informações. Especialmente neste dia pudemos conversar um pouco após o término de seus atendimentos. Ela espontaneamente fala de seu caminho no CAPS ad que é de um ano. Explica que se sente diferente de alguns técnicos do serviço por ter começado no projeto inicial do CR. Nesse projeto ela passou por formação para trabalhar com RD e aprendeu a não ver a abstinência total como único caminho para o uso das substâncias psicoativas. Falando das diferenças que percebe reclamou que alguns

⁶ Medicamento utilizado no tratamento de alcoolismo e outras substâncias psicoativas cujo princípio ativo é a naltrexona.

profissionais da rede de atenção consideram doses baixas ou frequência baixa como dependência química e assim o resultado seria de que todos seriam dependentes químicos, o que ela discorda. Ainda falando dos cursos de capacitação ou especialização ela salienta que não conhece as medicações específicas e que isso faz falta em sua prática. Esboçou o desejo de que o próprio CAPS ad oferecesse conhecimento específico, mas que fica a cargo do desejo de cada um aprimorar o conhecimento a respeito do trabalho que fazem.

Também pude acompanhar alguns atendimentos do médico clínico geral da equipe. Ele não tem pressa em atender. Ouve as histórias dos usuários com calma e tranquilidade. Mas sente que atende muitas pessoas.

O que vem acontecendo nesse primeiro ano de serviço é que há uma demanda de muitos atendimentos que poderiam ser acompanhados em um ambulatório de saúde mental ou em unidades básicas de saúde. O CAPS ad recebe essa demanda ambulatorial porque não há uma absorção das questões relativas ao uso de álcool e outras drogas em outros dispositivos da rede não oportunizando os atendimentos dos usuários que lá estão em acolhimento com mais eficácia. Isso gera efeitos como a ociosidade dos usuários acolhidos. Além disso os profissionais percebem que nesse sistema ambulatorial os usuários não são atendidos pelos mesmo profissionais e que essa descontinuidade acarreta um prejuízo no tratamento dos usuários e na produção do cuidado. Tanto os médicos, quanto os psicólogos e assistentes sociais sentem essas questões. Eles tentam marcar os atendimentos de forma que possam acompanhar os usuários, mas a forma como o serviço se encontra organizado não oferece essa garantia.

Nesse trajeto acompanhei o grupo devocional coordenado por uma das assistentes sociais. O grupo transcorre sempre com a assistente social tocando o violão, e os outros instrumentos, o tam-tam e o pandeiro vão passando pelas mãos dos usuários que ficam todos sentados em roda. Eles se olham em busca de dar e receber os instrumentos. A profissional fala sobre a vida, sobre o uso de substâncias, sobre trechos da Bíblia. Em verdade, nem sempre os usuários se expressam. O grupo muitas vezes se assemelha a uma palestra. Também explana sobre a mudança de comportamento que vai acontecendo ao longo do uso contínuo das substâncias e alguns usuários falam de suas histórias. Há sempre um riso por parte dos usuários quando é falado algo sobre o uso de drogas. A assistente social também fala dos prejuízos sociais e familiares que o uso indevido pode acarretar. Explica que o tratamento começa quando há um reconhecimento por parte do usuário de sua dificuldade com o uso das substâncias e compara a dificuldade do tratamento de drogas a uma dieta, como um exemplo. Também fala a respeito da tomada de decisão no sentido de que uma vez decidida a pessoa irá se obstinar a

alcançar a meta traçada. Diz que eles podem ter uma vida diferente e fala sobre a Bíblia, sobre o que é crer.

Em um desses grupos um usuário indaga em que se resume o tratamento e o problema, se é algo do campo psicológico ou espiritual. Ela responde que os dois e que tem também um momento devocional. A questão do tratamento e espiritualidade fica importante no grupo, sendo um tema em que se debruçaram bastante. Até que o usuário diz que se fosse só espiritual eles não deveriam estar no CAPS.

O grupo sempre termina com uma oração e canções em roda, todos de pé e de mãos dadas.

O grupo devocional mistura a visão religiosa baseada na Bíblia com orientações acerca do tratamento do uso de drogas. É importante considerar que nosso país é um Estado Laico e que os serviços públicos de saúde devem atender a todos e não direcionar a religião de seus usuários. Não que haja um direcionamento explícito aos usuários. Nem que haja uma obrigatoriedade em participar. E nem que não possa haver relações com religiosidade nos serviços. Mas, pode ser interessante observar o impacto desse grupo nos usuários. Contudo, o CAPS não precisa absorver as religiões como atividades internas do serviço, ao contrário, os usuários devem ser respeitados em suas crenças, e ir a um espaço religioso pode fazer parte do projeto terapêutico do usuário que assim desejar. Assim teríamos várias conexões, vários pontos de ligação para a produção do cuidado, inclusive o direito de não ser religioso ou de não ser simpático a nenhuma crença. A religiosidade para alguns pode funcionar como minimização de agravos e dessa forma pode fazer parte do rol de possibilidades de cuidado. O artigo de Zila Sanches (2008) faz uma análise de intervenções religiosas, evangélicas, espíritas e católicas, no tratamento de dependentes químicos. Conclui que o que manteve as pessoas em abstinência foi o suporte, o acolhimento, o apoio incondicional dos líderes religiosos mais do que a fé ou religião. Nesse sentido cabe nos perguntarmos se os serviços de saúde acolhem os usuários de forma semelhante. A autora conclui que a religião é um meio de uma nova rede de apoio, de elevação da autoestima, coesão grupal e valorização das potencialidades. Portanto, na perspectiva dessa autora não se trataria de não poder fazer rede com pessoas religiosas. A questão que gostaria de chamar a atenção é a singularidade de cada usuário e o que o serviço oferece como cuidado. Por outro lado, a negação do prazer, normalmente pregada em diversas religiões, contrapõe-se a ideia da RD que considera que as pessoas usam drogas e podem querer usá-las dando ao uso diversos sentidos.

Já o grupo de artes manejado pelo oficineiro é sempre acompanhado de um cuidador devido a ter nestas oficinas materiais cortantes como tesouras. Assim explicou o oficineiro. Os

cuidadores fora da roda da mesa ficam observando a atividade na maior parte do tempo enquanto os usuários sentados em volta de várias mesas juntas no centro da sala para realizar as tarefas. A sala é grande com vários materiais já confeccionados espelhados nas mesas. Qualquer usuário pode participar. O oficineiro é artista plástico e oferece as tarefas conforme o estado clínico e emocional dos usuários e embora às vezes as tarefas sejam as mesmas ele orienta os usuários conforme suas singularidades. Ele observa se os usuários estão com tremores, se estão confusos mentalmente, se estão agitados ou não. Lembro-me de ele dizer que conforme melhoram no tratamento, os desenhos vão ficando mais firmes, as colagens de palitos de sorvete ficam mais acertadas, porque os tremores diminuem. Além dessas observações, as tarefas são variadas de acordo com o material disponível. E a regularidade do grupo depende do material adquirido seja pelo CAPS, pelo próprio artista plástico ou doações e outras questões administrativas que interferem na obtenção de materiais.

Um outro grupo observado foi o denominado Superação. É coordenado por uma das enfermeiras. Tanto usuários quanto familiares participam do grupo. Sua dinâmica é semelhante ao que alguns profissionais com formação em psicologia chamam de cadeira quente. Uma pessoa fica sentada em destaque e as outras em volta. Ela conta sua história desde a infância e após sua fala os outros participantes fazem perguntas a respeito. A enfermeira faz o que denomina de resgate perguntando diretamente se houve algum trauma na infância, na adolescência e vai pontuando os aspectos que ela considera mais vulneráveis para o uso de drogas. Em um dos dias que acompanhei, o grupo foi interrompido devido a intercorrências com outros usuários que não estavam no grupo. Nesse momento ela se viu deixando seu grupo para atender às demandas externas ao grupo. Os usuários do grupo se organizaram conforme sua orientação embora houvesse por parte dela uma solicitação de auxílio referido a mim. Fiquei no grupo acompanhando o movimento dos usuários, em busca de verificar se seguiriam suas orientações. O grupo manteve por algum tempo a dinâmica proposta, mas se estendeu bastante e não seguiu mais as orientações. Decidi ir até ela e dizer que o tempo se estendeu bastante o que a fez voltar e encerrar o grupo daquela manhã. Algo que foi importante foi sua fala durante o grupo sobre o “mundo das drogas”. No momento em que falava isso me perguntou sobre esse mundo. Não aceitei o convite de falar a respeito do “mundo das drogas”, mas ao contrário, percebi que havia para ela um “mundo das drogas”, um mundo separado de outros mundos como se não houvesse conexão com o cotidiano. Um mundo moral. O “mundo das drogas” é um mundo do mal, ruim, que não se deve entrar e se entrar é necessário sair imediatamente. Só há coisas ruins no “mundo das drogas”. Abandono, sofrimento, dor, perda financeira, desorganização familiar, dentre outras coisas. Não há possibilidade de as drogas serem um fator

de afetivação para encontros alegres na vida, para obtenção de prazer, ou qualquer outra relação com algo de bom. Assim falar do bem-estar que as drogas podem gerar para algumas pessoas ou em alguns momentos de suas vidas parece distante da proposta observada.

Na busca de participar das reuniões de equipe que estavam marcadas para as sextas feiras à tarde constatei sua irregularidade. Essas tardes são permeadas por perguntas dos mais diversos profissionais: - Terá ou não reunião? Quem estará presente? -, aquecendo os encontros nos corredores e salas do serviço.

Na medida em que as reuniões não acontecem com regularidade, os profissionais se organizam espontaneamente conforme sua demanda diária utilizando o horário conforme decidirem desde que estejam no serviço, ou seguem algumas orientações do coordenador.

Contudo, há uma iniciativa de reorganização do serviço. Em conversas informais com o coordenador discutimos um pouco a respeito do serviço e as questões do cuidado em saúde e sua gestão. Pouco tempo depois o coordenador escolheu uma das psicólogas, a mais experiente no serviço, como referência técnica para a equipe na área técnica do serviço. Esta psicóloga de referência tem como planejamento organizar minimamente os Projetos Terapêuticos Singulares. Um outro desejo seu era o de realizar as reuniões com a equipe de nível superior primeiro para aos poucos inserir os outros profissionais para organizarem com premência as questões mais urgentes dos usuários. Um novo movimento foi iniciado e alguns profissionais de nível superior, os psicólogos e assistentes sociais, estavam montando junto com ela um mural para que todos saibam quem são os usuários acolhidos nas modalidades diurna e noturna como uma forma de comunicação entre a equipe e assim facilitar a organização dos projetos terapêuticos singulares.

6.1.2 O Intercâmbio com Resende

Durante a pesquisa pude acompanhar uma semana de formação profissional da rede de atenção em saúde de Imperatriz, denominada Oficina de Atualização Profissional, Percurso Formativo na Raps: Intercâmbio entre Imperatriz, MA e Resende, RJ, realizada entre 13 e 17 de abril de 2015, e ministrada por profissionais de Resende, município do Rio de Janeiro, através de um processo seletivo de uma Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional aberta em 2013 para inscrição, através do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

O acompanhamento do Intercâmbio foi importante na medida em que pude presenciar momentos de articulação com outros pontos da rede de atenção considerando o intercâmbio como um dispositivo capaz de gerar efeitos operando na produção do cuidado de forma rizomática.

Um dos objetivos da chamada era o de estruturar ações de intercâmbio para profissionais, incluindo os de nível médio e das RAPS a fim de trocarem experiências e ampliarem possibilidades de intervenção dos profissionais a partir da convivência com outras realidades e realização de oficinas de atualização, focando seis linhas de ação a saber:

Linha 1: Atenção à crise e urgência em saúde mental

Linha 2: Saúde Mental Infanto-juvenil

Linha 3: Saúde Mental na Atenção Básica

Linha 4: Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas

Linha 5: Desinstitucionalização

Linha 6: Reabilitação Psicossocial.

Outro objetivo era o de estruturar ações de supervisão clínico-institucional em todas as redes participantes do projeto.

Imperatriz foi contemplada com a linha 1, atenção à crise e urgência em saúde mental. O cronograma compreendia treze meses de trabalho e as equipes estavam neste percurso.

Havia duas modalidades de inscrição, a de rede preceptora que iria receber os municípios inscritos, e a de rede em formação que iria até a rede preceptora. Imperatriz se inscreveu nesta última modalidade e Resende na primeira.

Pouco tempo antes da semana da oficina participei de uma reunião de alguns profissionais da rede de Imperatriz que estão no intercâmbio. O objetivo era organizar um evento em que essa experiência pudesse ser repassada aos demais colegas que não estavam inscritos no intercâmbio. Estavam presentes os coordenadores de saúde mental, do CAPS ij, do CnR e do Ambulatório de Saúde Mental além de todo o grupo gestor, duas técnicas de enfermagem do CAPS, o auxiliar de informática que é o educador social do CAPS ij e foram chegando mais pessoas. A ideia inicial era falarem sobre a experiência de Resende para organizarem o evento. Ao longo da reunião alguns profissionais encararam a experiência como uma disputa comparando os municípios na tentativa de observar qual lugar detinha o melhor serviço, uns poucos entenderam como uma troca ou intercâmbio. O Grupo Gestor que era o condutor da reunião tinha como uma expectativa desse encontro um fator de mudança para as equipes.

Alguns profissionais já tinham ido a Resende para o intercâmbio e ao explanarem sobre a experiência que participaram ficou claro que Imperatriz tem mais serviços de atenção e que a rede de saúde mental é maior, o que para alguns profissionais foi compreendido como melhor. Por outro lado, era nítida a afetação de alguns com essa experiência. Um dos membros das equipes explicitou claramente o quanto Resende se apropria de sua clínica discutindo casos em reuniões de equipe, fazendo matriciamento e assim fala com entusiasmo saindo de seu papel de técnico de informática e se afetando pelo cuidado em saúde. Uma outra percebe que Resende reserva um dia inteiro se for necessário para discutir os casos, que o médico participa da reunião, que respeita os outros profissionais, trocando com eles e solicitando opiniões. Outros profissionais do CAPS ij comentaram sobre sua mudança depois da ida a Resende estando mais próximos dos usuários. E um dos pontos debatidos foi sobre o apoio e da desburocratização da Secretaria de Saúde de Resende em relação a saúde mental. “As pessoas aqui não gostam que fale, mas é preciso”, esboçou um dos profissionais.

O debate suscitou ideias para os profissionais como pensar em estratégias para melhorar o atendimento aos usuários solicitando que os carros dos serviços fiquem de fato para os serviços e não sendo dividido por vários outros pontos da rede a ponto de minimizar as ações que poderiam ser realizadas.

Também avaliaram que Resende aproveitou muito o intercambio sendo equipe preceptora e colocando em prática o que acham pertinente das experiências das equipes que lá foram.

Eles também trouxeram impressões de práticas que consideraram manicomiais de Resende. A forma como os usuários são acompanhados na internação, sem atividades. E um portão trancado e com grade. Em nenhum momento associaram ao seu próprio portão.

Muitos profissionais das equipes de Imperatriz perceberam que não conhecem bem sua rede e exemplificaram tal percepção através do seu desconhecimento sobre o funcionamento do NASF concluindo que se mantêm muito dentro de seus serviços, não fazendo rede com outros setores da saúde ou não.

Como as falas iam se atropelando surgiu uma proposta de criar uma mini-equipe para organizar as percepções e como serão compartilhados com outros trabalhadores da rede.

Ao término da reunião o Grupo Gestor permaneceu ali. E conversamos um pouco acompanhados de certa tristeza. Estavam com medo da experiência não ser bem aproveitada. Sugeri que quando eles se encontrassem novamente que organizasse um roteiro de perguntas para tentar propiciar a troca e o questionamento do processo de trabalho de Imperatriz. Aqui cabe uma questão ética na pesquisa. Penso na função da pesquisa para o serviço, em como posso

contribuir para que ele se torne mais potente e ao mesmo tempo respeitando aquele espaço o qual não faço mais parte, pelo menos, por esses meses.

Nos dias que se seguiram os profissionais continuaram a organizar o evento através de uma mini-equipe mas nem todos os envolvidos estiveram presentes no dia marcado. É importante que se diga que os profissionais se comunicam muito através de grupos de *whatsapp* e lá tomam decisões. Assim o encontro ficou marcado para o dia 09 de abril de 2015.

Este dia começou com a fala do coordenador de saúde mental a respeito da possibilidade da troca de experiência em Resende, da dificuldade em trabalhar na saúde mental e no apoio a formação da RAPS. Em seguida o grupo gestor dirigiu o encontro.

Os estados e cidades que participaram do intercâmbio foram segundo a equipe de Imperatriz: Resende, RJ; Imperatriz, MA; Palmas, TO; Icó, CE; Jacobina, BA e Itaúna, MG.

Os profissionais da rede de atenção de Imperatriz que já haviam ido a Resende fizeram exposições a respeito de suas experiências por lá. Vejamos os tópicos elencados por eles para apresentação no evento:

1. Visualização das redes de serviços – foi apresentado pela coordenadora do CnR que chamou a atenção para o fato de Resende ter poucos dispositivos mas conseguirem trabalhar em rede, identificando essa necessidade em Imperatriz.
2. Matriciamento – foi apresentado por um profissional do CAPS ad. Em sua estadia não teve oportunidade de participar do matriciamento mas que outros profissionais que foram de Imperatriz tiveram a oportunidade de participar. Em sua visão o matriciamento de Resende ainda não faz parte do todo da equipe sendo algo que é executado por um ou outro profissional.
3. Protocolos – apresentado pelo coordenador do CAPS. Ele identificou que os protocolos de Resende não são todos escritos porém bem vividos pelos profissionais, funcionando em seu cotidiano. Compara a Imperatriz em que os protocolos são escritos mas sem articulação. Também identificou que em Resende os protocolos são secundários. A saúde do usuário é colocada em primeiro plano o que possibilita autonomia dos profissionais inclusive na tomada de decisões sobre internações.
4. Urgência e Emergência – apresentadas pela coordenadora do NASF. Traz a informação de que o regime de sobreaviso dos profissionais não é só destinado aos médicos incluindo outros profissionais. Percebeu que havia discussão do caso em questão em ato, por todos os profissionais presentes e as decisões são tomadas em conjunto.
5. Atenção Básica – apresentado pela coordenadora do CnR. Destacou que há cem por cento de cobertura em função do matriciamento.

6. Técnicos de Referência – apresentado pelo educador social do CAPS ij. Este profissional trouxe como informação que em Resende os profissionais são considerados técnicos em saúde mental horizontalizando as funções e que suas especificidades são secundárias. O técnico de referência é quem gerencia o caso e não necessariamente precisa atender o usuário do caso gerenciado. Ressaltou a importância da reunião de equipe, momento em que há a troca entre os profissionais, discussão dos estudos de casos, e aperfeiçoamento do saber.
7. Evolução, estudo de caso e reunião de equipe – apresentado pelo farmacêutico do CAPS. Se assemelha e complementa o tópico anterior. O farmacêutico expôs a respeito dos encontros que se dão semanalmente e quanto ao preenchimento da evolução, após a discussão dos casos, todos os profissionais a assinam. Ele revela que a equipe de Resende é pontual, não chegando atrasada em reuniões e que há um supervisor para cada dispositivo. O acolhimento dos usuários se dá com a equipe que estiver presente nos dispositivos.
8. Relato pessoal da experiência do intercambio – apresentado pela técnica de enfermagem do CAPS. Ela falou de sua experiência em estar em uma outra cidade por um mês seguido, afastada de seus familiares e do próprio serviço. Do quanto precisou se organizar para que pudesse participar do intercambio e que foi primoroso pois o aprendizado fez bastante sentido para ela, além da cidade de Resende ser bastante acolhedora, tranquila, bem cuidada, bonita e de pessoas educadas. Como nordestina considerou que não houve nenhum preconceito em relação a sua origem.

Após a apresentação dos tópicos foi aberto um espaço para os profissionais da rede que estavam assistindo à apresentação, perguntas e propostas, e em seguida o Grupo Gestor lançou duas perguntas para os participantes, que seriam respondidas por escrito e analisadas por ele posteriormente.

- a- Baseado na sua vivência o que você precisa mudar para melhorar a sua atuação no cotidiano do seu serviço?
- b- Tendo como referência as informações que foram oferecidas nessa mesa redonda aliada à sua experiência, o que você propõe para a rede de saúde mental do nosso município no intuito de melhorarmos a qualidade do cuidado oferecido?

6.1.2.1 A Oficina de Atualização Profissional, Percurso Formativo na Raps: Intercâmbio entre Imperatriz, MA e Resende, RJ

A oficina que estava prevista para ser realizada ao longo de toda a semana se estendeu até 5ª feira, pois as facilitadoras ao perceberem que haviam poucos representantes dos serviços de Imperatriz participando do evento optaram por reorganizar a proposta. Porém, na 6ª feira de manhã alguns profissionais de Imperatriz se reuniram para apresentar os Projetos Terapêuticos Institucionais aos demais profissionais da rede. Em verdade, foi apresentado apenas o projeto do CAPS ad em função do tempo. Este projeto por sua vez está em construção.

Embora estivessem poucos representantes de cada serviço, e que a sua maioria não pudesse participar da oficina de forma integral, se fizeram presentes CAPS ad, CAPS ij, NASF, Residência Terapêutica, Hospital Geral, CnR, CAPS e Ambulatório de Saúde Mental.

Os temas abordados durante a oficina foram: a apresentação das RAPS de Imperatriz e Resende, a história da reforma psiquiátrica no Brasil, o tema da linha “atenção à crise e urgência em saúde mental”, a Redução de Danos, o Matriciamento, e a proposta de construção de um projeto de intervenção para Imperatriz. Como recursos técnicos foram utilizadas técnicas de grupo para leitura de textos, para respostas a perguntas pré-organizadas, filmes e discussão em plenária.

Não houve pressa em responder às questões dirigidas da oficina ou mesmo aos textos trabalhados, ou ainda sobre o filme. Foi destinado praticamente um turno para cada atividade e os grupos se apresentavam e os outros participantes podiam perguntar e contar suas histórias relacionadas às questões trabalhadas. As questões estão em anexo.

Dois serviços, segundo as palavras das facilitadoras se destacaram como um trabalho mais consistente em relação à produção de cuidado, o CAPS ij e o CnR. Estas observações foram construídas através das falas dos participantes da oficina.

E foram se revelando a organização dos serviços, a produção de cuidado, o que os profissionais pensam a respeito da saúde mental, da organização de sua rede. Discutiu-se a respeito da clínica ampliada e sua relação com os CAPS, os projetos terapêuticos singulares e institucionais, a desospitalização e desinstitucionalização, a saúde mental e a psiquiatria, os vínculos terapêuticos, o usuário em crise e sua participação em seu tratamento, o cotidiano da residência terapêutica de Imperatriz, o acolhimento, o acompanhamento da família, a capacitação e formação das equipes.

A lógica biomédica bem como as práticas manicomiais ainda insistentes no cotidiano dos serviços foram discutidas através das falas e apresentações dos profissionais. Os serviços de saúde, em sua maioria, são atravessados por essas lógicas trazendo uma tensão em seu

cotidiano. Por outro lado, a lógica usuário-centrada também se faz presente. O que parece interessante em momentos de análise dessas ações é justamente o fato de se identificar esses processos no cotidiano, não fazendo julgamentos, para que se avance em direção ao encontro com os usuários. A oficina, como um dispositivo de agenciamento, proporcionou um espaço importante para a reelaboração do modo de produção de cuidado na medida em que ofereceu suporte e questionou o conteúdo produzido pelos profissionais, colocando em análise as situações trazidas.

Quanto aos Projetos Terapêuticos Institucionais (PTIs) da rede de saúde mental verificou-se a necessidade de terminá-los.

Os outros profissionais de outros serviços consideraram relevante a leitura do projeto do CAPS ad para conhecer e opinar, porém marcou-se a necessidade do projeto ser elaborado pela própria equipe.

Também foi revelado que embora tenha vários dispositivos, Imperatriz ainda trabalha de forma isolada necessitando dinamizar a rede de atenção.

Um efeito produzido durante essa semana foi o acordo de que as equipes de Saúde Mental se organizariam por território para iniciar o matriciamento uma vez que Imperatriz é polo de outras regiões.

As propostas resultantes sobre que intervenção Imperatriz necessitaria inicialmente eram:

1. Matriciamento da RAPS
2. Estratégia de Atendimento de urgência e emergência no HMI.
3. Organização da Saúde Mental (processo de trabalho)
4. Educação Permanente.

A Educação Permanente foi retirada desse grupo de intervenções uma vez que reuniões de equipe e matriciamento a contemplariam.

Na votação sobre qual intervenção seria premente, a Estratégia de Atendimento de urgência e emergência no HMI venceu, causando estranheza às facilitadoras e a alguns presentes. A estranheza se deu na medida em que os serviços não estão organizados, alguns como o PTI em construção, as reuniões de equipe não acontecem regularmente nos serviços salvo o CAPS ij e isso tudo foi discutido durante toda a oficina.

Por intermédio das facilitadoras de Resende e do próprio estranhamento causado rediscutiu-se o resultado chegando à conclusão de que seria necessário organizar primeiro os processos de trabalho da Saúde Mental, e que a lógica do trabalho seria o matriciamento. Já

havia um esboço por parte do coordenador de saúde mental a respeito do matriciamento que foi exposto por ele em meio ao processo coletivo de elaboração dos profissionais.

E então, na 6ª feira de manhã, as equipes sozinhas se reuniram para discutir seus processos de trabalho. Em verdade leu-se o PTI do CAPS ad que se encontrava por completar.

Gostaria agora de dar destaque à oficina de RD que ocorreu na 4ª feira de manhã.

Seu início se deu com a apresentação de um filme denominado *A verdade de cada um* produzido pela ONG Centro de Convivência É de Lei como disparador da discussão. O filme discorre a respeito de uma das estratégias de RD que são os insumos preventivos e exemplifica com as piteiras de silicone e os protetores labiais de calêndula e própolis. Também discorre a respeito do preconceito do trabalho da RD sendo entendida muitas vezes como apologia ao uso e propõe uma visão mais realista do uso. Fala do afastamento criado pelo moralismo e preconceito e a questão da ilegalidade como fatores prejudiciais à produção de cuidado ao usuário. Além desses temas, a invisibilidade dessas pessoas, a ação repressiva da polícia militar em São Paulo e do eterno “jogo de gato e rato” com as rondas, não trazendo resolutividade nem para polícia nem para os usuários se tornando uma ação sem sentido foram abordados. O filme traz ainda a disfuncionalidade das internações de longa duração e da falta de pesquisas sérias a respeito das internações. Também fala da necessidade de atividades que tenham adrenalina que chamem a atenção do usuário, do uso de substâncias desde os primórdios da humanidade e da ideia utópica de acabar com as drogas. O filme propõe que se abra o diálogo às questões sobre o uso de drogas se tornando um assunto presente. Poucos profissionais se colocaram a respeito do filme, exceto os profissionais do CnR.

Após o filme abriu-se plenária e foram discutidos o quanto há de valor moral no uso de drogas, o quanto a política para álcool e drogas ficou mais “esquecida” por parte do MS e o quanto de dinheiro essa questão absorveu para dar conta de uma resposta social a fenômenos das grandes capitais.

E a oficina seguiu com um trabalho em grupo em que foram apresentados casos clínicos para serem pensados à luz da RD ampliando o conceito para a alimentação, o cuidado, a proteção, a diminuição de riscos e danos sejam orgânicos ou sociais e depois aberto a plenária para todos.

Considero o intercâmbio como um todo, um dispositivo de agenciamento importante para a rede de cuidado de Imperatriz ainda que resultados objetivos não tenham sido alcançados até o momento em que pude acompanhar na rede de atenção. As discussões realizadas, a experiência em participar do cotidiano de uma outra cidade, o compartilhar o conhecimento adquirido aos seus pares podem ter um efeito de desterritorialização de alguns territórios

manicomiais sendo um fator de afetivação para os trabalhadores da rede. Contudo, os efeitos da oficina poderão ou não ser sentidos ao longo do tempo.

6.1.3 E o que pensam os profissionais?

Apresentado o cotidiano do CAPS ad III sigamos para as percepções que os profissionais apresentaram a respeito do que entendem como RD e acolhimento. A instrumentalização no CAPS ad III não foi possível ser analisada uma vez que a RD não está instituída no serviço.

No que tange à compreensão sobre a RD há certas diferenças. Encontramos várias compreensões: a minimização dos prejuízos sofridos pelos usuários, a evitação de piores problemas, a minimização do próprio consumo e um pensar crítico sobre o uso que se faz. Assim, embora a RD não seja do conhecimento de todos, não seja um conteúdo estudado pela equipe e nem algo instituído no serviço de saúde ela faz parte de um saber-fazer e alguns profissionais consideram que a praticam em seu cotidiano e têm uma ideia a seu respeito. Passemos às suas narrativas:

Redução de Danos, uma forma de evitar piores consequências do uso, né? [...] Olha, mais ou menos, assim a gente trabalha, mas também tá muito furado. A gente teria que ter mais clareza de se organizar nesse sentido, mas a gente já faz isso [...]. Então é, orientando como ele pode fazer para que não tenha tantos prejuízos, orientando que tipos de enfermidades ele pode ter, em decorrência do uso, e investigando para ver se ele já não tem, ou o que ele pode fazer para evitar que tenha, os cuidados, até com a higienização do corpo, cuidado com a alimentação, porque quando eles usam, eles não comem, como você viu aqui, paciente desidratado, bastante fraco, então, a gente orienta. (assistente social)

Olha, a Redução de Danos é você tentar ajudar a pessoa, a trocar, ou diminuir o que ele tá usando, até que ele não sinta mais falta da substância, por exemplo: se ele usa crack, usa só uma pedra, se usa cinco, vamo tentar diminuir pra 4, reduz, ou sai do crack e usa maconha, aonde os danos físicos são menores, não que não haja danos, mas eles são menores, porque o crack maltrata muito, e vicia muito rápido né?! (médico clínico geral)

Eu penso que em toda a minha pratica aqui eu estou fazendo Redução de Danos, porque Redução de Danos não é só o químico e a quantidade, não é só substituir uma droga pela outra, mas é eu fazer com que o usuário tenha um juízo crítico em relação ao uso que ele faz, que ele consiga refletir sobre os prejuízos isso pra mim já é Redução de Danos, é eu conseguir que o usuário comece a se alimentar melhor, comece a dormir melhor, isso é Redução de Danos, ele na escola isso é Redução de Danos, no seio da família, Redução de Danos, tudo que puder proporcionar uma melhora pra ele é Redução de Danos. (pedagoga)

A RD, portanto, está presente no cotidiano dos profissionais através dessas diversas percepções, minimização do uso, dos prejuízos, evitação e senso crítico mostrando

claramente que faz parte do modo de produção de cuidado e que está intrinsecamente ligada ao cuidado em ato, no encontro direto com os usuários.

E há aqueles que aceitam a RD, mas que consideram a abstinência como o objetivo final.

Vejamos:

Olha eu acho que, de verdade? Eu penso que existe a necessidade de você oferecer alguma coisa em troca de outra, tipo não tem como tirar totalmente o que o paciente usa, droga pesada se não oferecer alguma coisa, até por causa da ansiedade, que o paciente começa ficar ansioso, ansioso, ansioso, e eu acho que, de certa forma é bom pro paciente, porque ele vai deixar, ele usa um crack, aí ele chega aqui dentro ele parou de usar um crack, ele tá ansioso, ele usava o álcool lá fora, aí vai querer o cigarro. Entre ele ir lá pra fora, atrás do crack que vai arrebentar com a vida dele, ele fumar um cigarro que vai acalmar ele por um tempo, eu acho que é benéfico pra ele fumar um cigarro. Que a gente sabe também que a longo prazo, vai causar outros problemas, mais naquele momento que tem que ser resolvido aquela situação, eu acho que tem que ser. [...] Pra mim Redução de Danos é uma forma de.... é uma forma, de tentar ajudar o paciente na questão de não deixar ele usar coisas que possam prejudicá-lo mais. Pra mim é isso. Eu acho sabe, eu acho. Pra mim o êxito é esse, seria o paciente ficar livre completo. (enfermeira)

Uma das psicólogas da equipe nos traz sua forma de lidar com a questão do uso mostrando aos usuários a relação entre o limiar do uso e os prejuízos ou não.

Independente do atendimento, eu não tô falando do atendimento, eu tô falando que aqui mesmo, quando eu faço a roda de conversa, eu falo gente o problema não é beber, o problema é a quantidade que se bebe, e o prejuízo e o risco que isso tá causando a vocês, quem usa crack tá colocando em risco o quê? Tá colocando em risco a vida, a vida da família, e aí ele coloca e eu falei, não tem problema beber uma cerveja de vez em quando, mais eu consigo trabalhar, meu marido não briga comigo porque eu chego em casa bêbada, então eu tô falando aqui com vocês, eu tô falando alguma coisa errada? Né, então assim pra eles tentarem ver, que eles passaram do limiar, do que é, vamos dizer assim e assumir, pra eles mesmos né, e eles tão aqui porque eles não conseguem, mais se eu não quiser beber hoje, eu não bebo. Agora vocês, conseguiam fazer isso? Não! Então é por isso que vocês tão aqui hoje.

Através dessas narrativas, percebemos que a RD está presente no CAPS ad III na prática dos profissionais e se pudermos dizer que há algo em comum entre eles poderíamos citar a minimização de riscos como ideia principal. A prática desses profissionais nos diz que alcançar a abstinência total é algo difícil e que eles lidam com o que os usuários trazem nos atendimentos. Parece que a prática impõe de certa forma a RD ainda que o profissional tenha a abstinência como meta. Há que se questionar a centralidade do atendimento: o atendimento é usuário-centrado? Considera-se o desejo do usuário? Como se dá o embate entre o desejo do usuário e dos profissionais? O desejo enquanto movimento e força propulsora capaz de gerar um plano de forças que sustentem encontros alegres para o usuário.

A RD é uma lógica de atenção usuário-centrada e o cuidado requer o foco no usuário. Algumas narrativas nos mostram que há um embate entre o desejo e crença do profissional, e a necessidade do usuário, como por exemplo a narrativa da enfermeira. Para ela o êxito do tratamento é a abstinência total mostrando que nesse caso o atendimento não é usuário-centrado. Mas aparece um jogo de disputas entre o que o profissional deseja, o que o usuário deseja e a necessidade do usuário naquele momento. O desejo aqui não é a vontade explícita do usuário. Cabe aos profissionais ouvirem, mas também perceberem o que não é dito, mas demonstrado. O usuário frequenta o serviço de saúde por algum motivo. A RD enquanto instrumento de cuidado valoriza esse motivo e através dele busca novos sentidos para que o desejo tome uma certa força. Lembremos que o corpo vibrátil do usuário está fragilizado. O trabalho é de fortalecê-lo para que ele lide com o uso das substâncias de uma forma mais saudável.

Sigamos então para a categoria acolhimento. Também o acolhimento apresenta uma diversidade em sua compreensão. Sobretudo agora que o CAPS ad é do tipo III, por estar em portaria esse termo, por exemplo, acolhimento 24 horas, ele agora representa o período em que o usuário está no serviço.

A assistente social vê o acolhimento como um espaço de cuidado não só em momentos de urgências, mas em relação a condição de saúde do usuário trazendo uma crítica ao tempo de acolhimento.

É aquele tempo de intervenção urgente que o paciente está precisando, principalmente, porque ele está debilitado, às vezes ele tá em surto, ele tá em delirium tremens, e então ele precisa de um atendimento especializado, um local onde as pessoas saibam o que ele precisa, então eu acho importante pra tirar ele da crise, pra dá um gás, pra fazer uma investigação a respeito da saúde, como é que tá a saúde desse usuário, acho importante, acho também que, essa questão do tempo, é pouco, se a gente considerar a situação física de alguns pacientes.

O médico clínico geral já compreende o acolhimento como a eficácia do conjunto de atividades oferecidos ao usuário fazendo parte do compromisso da equipe, e vendo o trabalho como um espaço coletivo além de fazer uma crítica ao excesso de medicamento. Vamos a sua fala:

Porque acolhimento não é só medicamento, acho que a equipe pensa que acolhimento é só medicamento, não é só medicamento, tem o acolhimento de toda a equipe, é pra ter oficina, é pra ter esporte, e se ele passar o dia todo medicado ele também não vai fazer nada disso, se der uma dose de manhã, de tarde e de noite, ele vai fazer alguma coisa? Não adianta ele ir lá fazer terapia, que ele não vai.... Acho que isso é uma coisa que a equipe não trabalhou bem [...].

Já a psicóloga estende o acolhimento a todo e qualquer usuário do serviço público independente de ser o público alvo do CAPS ad III. É acolher a todos, evitando que o usuário saia de lá sem o mínimo de informação sobre o que foi buscar.

Então, aqui a gente já tem dois acolhimentos. Pra mim acolhimento, no sentido não só aqui do CAPS né, mais pra mim o sentido como um todo, acolhimento é quando uma pessoa chega, precisa de uma ajuda e essa pessoa ela, tá acolhida no serviço mesmo que ela não seja atendida por aquele serviço mas acolhida no sentido de, para aí, vamo tentar te ajudar? Como? Mesmo que aqui a gente não faça, o que você tá nos solicitando mas vamos ver qual é a tua situação, vamos ver quais são as demandas que a gente vai poder ajudar e, e se não puder ajudar, vamos te encaminhar para outro serviço. Então pra mim acolhida é isso, o que nós chamamos de acolhimento é aqueles pacientes que passam o dia inteiro aqui, que é o acolhimento diurno, e o acolhimento 24 horas que são aqueles pacientes que estariam, que estão internados no regime 24 horas.

A psiquiatra da equipe traz à noção de acolhimento a capacidade de não julgamento do profissional em relação ao usuário, seu uso, sua vida. Acrescenta a essa categoria as noções de atenção e escuta que o profissional deve oferecer ao seu usuário.

Eu acho que a atenção é o que eles mais procuram, claro, eles querem se ver livres da droga também. Mas assim, uma atenção de uma pessoa que não vai julgar o que eles tão fazendo, o que eles tão passando... Que eles são muito criticados, né? Então, a gente tá ali pra ouvir e pra entender, a gente não vai apontar o dedo “Olha você tá fazendo isso, você é sem vergonha, e tal...” Não, não... Então, eu vejo que essa atenção, esse acolhimento que a gente dá, acho que acolhimento também é a palavra certa. E eles comentam isso, “Eu vim aqui porque você entende, porque você não vai me julgar, você sabe do que eu tô falando”, entendeu? Isso é muito importante. [...] Como que eu posso explicar...? Primeiro, eu acho que tem que deixar à vontade pro paciente querer, né, ser acolhido. Porque não é legal ficar internado em lugar nenhum. Ainda mais num CAPS, ou num hospital psiquiátrico, enfim.

E ainda podemos adicionar às percepções a narrativa da pedagoga que considera o acolhimento como uma relação de vínculo e confiança para que o profissional juntamente com o usuário possa traçar um projeto de vida através da empatia, capacidade de se colocar no lugar do outro, além da enfermeira que considera o acolhimento nas dimensões biológica, psicológica e sociais ou seja, “o que ele precisa”, como ela disse.

Portanto, tanto a RD quanto o acolhimento são categorias que ainda que tenham sua denotação conceitual são passíveis de diversos significados a partir do exercício profissional de cada um, seu modo de ver a vida, sua subjetividade. Portanto, as experiências com os usuários e não só com eles, são fundamentais para ampliar o território existencial no sentido de não termos uma única resposta ou uma única certeza para as situações que o trabalho com os usuários exige. Essa ampliação favorece a criatividade permitindo um grau de liberdade cada vez mais amplo em busca da afirmação à vida.

6.1.4 A produção do cuidado à luz do usuário: A história de Pedro

A história de Pedro representa mais um caminho de fluxo de encontro e intensidade com a equipe do que algo consciente ou pensado anteriormente. A pesquisa nos exige um olhar vibrátil que por sua vez nos leva a caminhos não traçados à priori. Estar em campo, próxima aos usuários, nos levou a intensidades que culminaram no encontro com Pedro.

Pedro era um dos usuários que estavam em acolhimento diurno e noturno e que passava os dias no CAPS ad naquela parte de fora, entre as árvores a espera que alguma atividade acontecesse.

Em um desses dias no serviço, Pedro olha a minha aliança e me pergunta se eu era casada. Respondi e a partir daí começamos a conversar. Disse que já havia sido casado, mas que o uso de drogas fez com que perdesse sua esposa e convivência com seu filho que atualmente tem 13 anos. Falou da falta de atividade no CAPS ad e que fez umas pinturas nas paredes para passar o tempo. E assim, a cada dia que eu ia para a pesquisa nos cumprimentávamos e conversávamos um pouco.

Inicialmente ele não seria o usuário a ser entrevistado para a pesquisa. A equipe gostaria que fosse um usuário que já nem mais participava do CAPS ad há um bom tempo e que para eles foi um caso bastante difícil devido à grande quantidade de contenções físicas que tal usuário foi submetido além das dúvidas em relação ao seu diagnóstico. Cheguei a conhecer o usuário, sua mãe, seu prontuário, mas de fato, tornou-se muito complexo pois tudo o que se fazia com ele era contê-lo e ele “fugir”, e pouco se sabia a respeito dele; desta forma não contemplava os objetivos da pesquisa. Ao mesmo tempo, as conversas informais entre eu e Pedro apontavam um caminho de potência dele e do próprio CAPS ad. Restou-me seguir o que o campo me mostrava. E entrei em contato com sua técnica de referência, uma das psicólogas. Assim, nós três decidimos que ele seria o usuário participante da pesquisa o que foi devidamente discutido e partilhado com a equipe.

Pedro tem em torno de 30 anos. É um homem magro, esguio. Sempre anda com seus óculos de sol. Falante, muito comunicativo e prestativo. Simpático, educado, conquista as pessoas. Crítico, fala o que pensa. Se expressa muito bem e conversa sobre os mais diversos assuntos: música, política e rodas de bebida e crack.

Seus pais se separaram quando ele tinha menos de quatro anos. Ele é o segundo de quatro irmãos. Sua mãe mudou-se de estado para viver uma nova vida após a separação. Sempre trabalhou muito para manter e dar educação a seus filhos. Por volta dos 11 anos de idade, um vizinho de sua mãe o convida para auxiliá-lo na lida do dia a dia com o gado e ela aceita o

convite acreditando que ter alguém do sexo masculino como referência seria bom para Pedro. Foi com este senhor que Pedro inicia o uso de bebidas alcóolicas o que sua mãe veio a descobrir tempos depois. Até então Pedro era um bom aluno e um menino tranquilo embora a mãe percebesse que desde cedo ele era carente de atenção e aconchego.

Com o uso da bebida Pedro se distanciava de sua mãe, mesmo nos momentos de cuidados de todos os irmãos, momentos do banho, de catar piolhos, de cuidar de machucados.

Para Pedro o início do uso era muito prazeroso:

Primeiro a cachaça, né? Cervejinha, aí depois foi aumentando o grau do, de álcool. E depois veio a droga. No início é legal, sabe? É gostoso, assim o clima, quando você não tá dependente, né? Quando você usa só como um esporte, tipo final de semana, numa festa, tal coisa.

Naquela época sua mãe trabalhava como empregada doméstica e num dia em que caminhava para o trabalho esbarrou com a professora de Pedro que lhe informou que ele não estava indo à escola. Conforme a mudança de seu comportamento, inclusive roubando pequenos objetos de seus familiares, como as pulseiras e bonecas das irmãs, a mãe passou a desconfiar do uso de drogas ilícitas.

Pedro parou de estudar na 4ª série primária enquanto seus irmãos seguiram os estudos, e foi crescendo em meio a prisões, e tempos em situação de rua. Viu a morte de perto devido a vários tiros que até hoje lhe rendem uma bala no corpo. Chegou a dormir em bancos de praças, calçadas e mesas de sinuca, ainda bastante jovem como disse sua mãe em um dia em que estivemos juntas em sua casa:

Sim, ele foi preso menor de idade, então assim, a adolescência de Pedro dos 15 aos 17, 18 anos era assim, final de semana que ele não batia, ele apanhava, nessa aqui ele corria da polícia, no outro a polícia pegava ele, camburão de polícia, correndo de polícia, brigando em bar, apanhando, dormindo nas calçadas, em banco de praça, em mesa de sinuca.

E acrescenta:

Tinha vezes de você olhar e ser a mesma coisa de você olhar um defunto, uma caveira, a diferença é que ele ainda piscava, mas o olhar morto, a fala lenta, atropelada, aquela catinga de mofo, hoje, ele tá um ser sociável. É, não é fácil minha querida não é fácil, e quanto antes você encarar de frente é melhor, que você sofre menos e ajuda mais, é porque tem família que se esconde, põe as mãos por cima, põe um pano, encobre. É tocar no assunto e chamar pra briga.

Na tentativa de auxiliar o filho a mãe lhe proporcionou várias moradias em diversas cidades, lugares esses que achava que iriam ajudá-lo. Também lhe proporcionou internações em Comunidades Terapêuticas, mas Pedro não as considera lugar de cuidado na medida em que tais lugares privilegiam castigos em detrimento da liberdade e do diálogo. Vejamos o que relata de uma de suas experiências:

É, tipo assim, você pode fazer isso, você não pode, se fizer o que não pode vai pagar um castigo, alguma coisa assim, né? Pô, o cara tava lá na rua fazendo tudo o que eu quisesse, eu vou ficar aqui obedecendo esse bando de filho da puta aqui (risos), né? O que vem na cabeça é só isso, o cara manda, tem gente te mandando 24 horas. Aí mandando capinar, roçar, té doido? Né? Aquela coisa sem lógica, sabe? Que tratamento é esse? Pra mim não manjo. [...] Eles adotaram uma forma de pagar os castigos, era tipo de esgotando uma fossa, sabe? Era assim no balde, sabe? Coisa mesmo ..., e aquela fossa tava cheia direto [...] Aí chegou uma vez, eu não sei o que foi que eu fiz lá, “Pedro, pega o balde”, eu digo: “Que que eu quero com esse balde mesmo?” Tu já sabe, né? “Tu tá maluco? Tu tá pensando que eu vou pegar na porra daquela bosta ali? Não, não vou pegar não”, “Vai, vai”, rapaz, não tem ninguém que faça eu fazer isso, “Chama um carro pipa, aí, véio. Tipo, chama um carro limpa fossa aí”. Eles trabalham nessa parada aí, eu não. “Ah não, que tu vai querer se rebelar, e tal” digo: “Meu amigo, se eu tiver vindo pra cá pra ficar mexendo com bosta eu prefiro ficar lá na rua, por que minha vida tá uma merda mesmo (risos), eu só não quero é piorar, né?”. Aí eu sei que por causa disso deu fim, [...] “Não vou, não vou” pisei o pé no chão e, a coisa tava “Se você não adotar as normas da casa, você vai ter que ir embora”. “Oh, parceiro, já é, a porta da rua é serventia”. Fui lá, arrumei minhas coisas e chegou...

Esse relato nos diz a respeito de um tratamento moral em que a tentativa é de tutelar o sujeito o colocando numa posição de assujeitamento, tirando-lhe a liberdade de escolha. Como uma instituição total, fechada em si mesma, esta Comunidade Terapêutica não oferece espaço para relações, para encontros, para criação. É uma instituição em que a regra, uma vez não seguida, impede o tratamento. Assim, as regras valem mais do que os sujeitos. Aqueles que não se adequam a tais regras são excluídos. Segue no caminho inverso do cuidado em saúde. Além disso o castigo funcionaria como um “remédio” a serviço da medicalização, do embotamento do sujeito.

Retomando o crescimento de Pedro, os anos se passaram, ele se tornou pai, casou e se separou. E se fez pintor de paredes, montador de forros de casas, encanador como seu pai. Seu padrasto faleceu. Junto de tudo isso, Pedro foi criado em uma crença religiosa da qual sua mãe é uma das responsáveis de tal Templo, e que faz parte de sua vida até os dias atuais, e quando fala disso, fala com muito respeito e conhecimento embora só frequente o lugar atualmente para se tratar espiritualmente. Devido ao uso capturado das substâncias, ele não pode “trabalhar” efetivamente no Templo, mas ajuda com sua arte de pintura em paredes, ou qualquer outra coisa que o Templo precise e que ele julgue que possa colaborar.

Ao longo da vida morou em diversos lugares e fez amigos. Procurava sempre aprender.

Nessas idas e vindas, Pedro se cansou do uso capturado das substâncias e pediu ajuda a uma de suas irmãs. Esta se informou em um dos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) da cidade aonde teria um tratamento adequado e lhe pagou a passagem para Imperatriz a fim de que ele pudesse se tratar. E é assim que Pedro chega ao CAPS ad.

Pedro não se considera um doente. Ao mesmo tempo se vê através de uma visão moral quando considera que pode ter se desviado ao longo de sua vida pelo fato de ser usuário de drogas. De certa forma, a visão moral atravessa a subjetividade humana. Para Pedro ser doente equivale a não ter possibilidade de cura, de vida, trazendo um peso que o coloca não criativo, não lhe deixando outro caminho a não ser a própria doença. Como se a doença lhe tirasse a autonomia. Vejamos seu relato:

Eu não me sinto um cara doente. Aliás, nunca me senti, tipo assim, né? Eu, pode ter chegado perto de um desvio, sei lá, uma coisa de suprir, de tirar de um lugar pra querer suprir outro, alguma coisa assim. Eu não sei direito explicar, mas doença? Fica pesado. Que seja, sei não, fraqueza. Existem várias desculpas pra isso, né? Pra não chegar no ponto de se sentir um doente. Por que eu acho que se você chegar ao ponto de se sentir um doente, eu acho meio complicado até você pensar em se curar. Porque pra muitos, é uma, é uma doença sem cura. Já ouvi muito pessoas falando isso, sobre esse assunto, mas nunca coloquei na minha cabeça – sei que eu não sou um doente.

Chama a atenção o fato de Pedro não se colocar na posição de doente, lugar que a medicina e, por conseguinte, as demais profissões da saúde baseadas na lógica biomédica destinam aos usuários de substâncias psicoativas capturados pela droga. Para ele, não se ver como doente representa um fator de prudência e preservação da vida. Pedro também não aceita as regras morais religiosas das Comunidades Terapêuticas que frequentou com suas proibições e castigos embora ele participe de um espaço religioso. Este, escolhido por ele, parece lhe dar mais autonomia o que faz com que Pedro possa frequentá-lo conforme seu desejo e necessidade cuidando de sua espiritualidade e sendo valorizado em suas habilidades.

Sua psicóloga diz que ele chegou totalmente desacreditado pela família e pela equipe também. Seu jeito comunicativo ora era visto como manipulação ora era fator de aproximação com os trabalhadores do CAPS ad.

Ele chegou aqui totalmente desacreditado assim né, as pessoas que trabalham aqui que tem mais experiência do que eu e tudo, aí [...] acho que ele não vai conseguir ele é malandro, Gizele uma coisa que eu acho muito interessante nisso é uma coisa minha tá, o pessoal fala assim aqui a gente escuta muito, como é que é o nome, ele é manipulador né, ele é muito manipulador ele é muito isso ele é muito aquilo, às vezes eu me pergunto como assim manipulador? Porque assim se ele tá manipulando, o paciente, como é que o paciente manipula a gente? Eu me pergunto isso direto.

Esta narrativa nos leva a refletir sobre as relações de hierarquia e poder que existem nas instituições. Para alguns profissionais do CAPS ad Pedro é malandro, faz um jogo com eles. Essas “características” dadas aos usuários advém de uma visão julgadora sobre os usuários de drogas. Como se eles tivessem uma “personalidade”, um rol de comportamentos que se repetem por todos eles e em todos os lugares. O que a psicóloga percebe é um outro jogo, o jogo de

poder entre a equipe e os usuários e opta por crer na relação de encontro construída por ela e Pedro.

Seu corpo magro denotava a necessidade de cuidados básicos de saúde. Seu desejo era parar o uso de crack. Para ele a bebida não lhe trazia prejuízos. Queria também voltar a pintar, sua profissão. E assim foi feito o projeto terapêutico de Pedro. O projeto terapêutico era construído entre ele e a psicóloga uma vez que a equipe pouco discute os casos, pouco se encontra. Então a psicóloga vai fazendo acordos com certos profissionais para garantir um pouco o cuidado àqueles que ela atende.

Eis que Pedro traz um incômodo a equipe, um ruído foi construído. No período em que ficou acolhido no período diurno e noturno ele conseguiu um trabalho temporário como pintor de uma casa, mas como sua relação com os seus familiares estava melindrada, precisava dormir no CAPS ad. Assim, a psicóloga decidiu que ele iria trabalhar e dormir à noite no CAPS ad. A psiquiatra da equipe fez o mesmo, sobretudo pelo o que ele mostrou a ela nos atendimentos. Vejamos o relato da psiquiatra a respeito do desejo e percepção de Pedro:

Eu acho que... A gente tem que dar um crédito, entendeu? A gente tem que dar um crédito. E eu acho que foi isso que eu fiz com ele. Ele veio sinceramente, e falou “Olha, doutora. Eu tenho condições, eu preciso trabalhar, e tal, num posso ficar aqui o dia todo olhando pro teto... Tenho essa oportunidade, tão me dano essa oportunidade”. Que também não é fácil, num sei se sabiam que ele era usuário, enfim, né, que acontece bastante, de dar essa oportunidade, “Num dá pra perder...”, eu falei “É. Então vamo”, entendeu? Acho que é isso, é de dar crédito, num tem como, a gente só vai saber se fizer.

O rebuliço se deu. Para a médica e a psicóloga, alguns profissionais da equipe consideraram a atitude de mantê-lo em acolhimento e liberá-lo para trabalhar um erro fazendo do CAPS ad um hotel.

A médica noz diz um pouco a respeito do efeito de sua atitude:

Aí, tanto é, que deu a maior confusão depois, ficaram falando, aí a psicóloga veio falar comigo, aí eu falei “Ah, já foi, deixa como tá, e o cara vai trabalhar”, entendeu? Aí... mas deu um estresse. Deu um estresse. “O CAPS não é um hotel, num sei quê..”, aí eu falei “Gente, quê que cês quer que eu faça? Mande o paciente ir embora? Ele tá se esforçando, ele tá querendo fazer um coisa que ninguém fala, nem cogita a hipótese. Então vamo dar um crédito”, entendeu? É de dar crédito mesmo, e se der errado, paciência. E a gente vai dar de novo, e vai dar de novo. Que essa é a função, acho que isso não tá entendido ainda, sabe? Que ali é uma porta aberta e que você tem que fazer. Mesmo que seja perigoso e tal, eu sei que a gente lida com bandido, lida, mas... é a realidade. Num tem pra onde correr...

Percebemos que o fato do serviço ter liberado o usuário para trabalhar e tê-lo aceitado dormindo no CAPS ad causou tal reboliço entre os profissionais. Em sua maioria não

entenderam essa estratégia de cuidado como um agenciamento capaz de produzir mudanças no usuário. Viram como se o usuário fizesse do CAPS ad um hotel.

E o usuário sensibilizou tanto a psicóloga quanto a psiquiatra, sendo estas afetadas pelo seu desejo. Agora juntos, decidiram investir nessa busca de ofício, no sentido que o trabalho compunha na vida do usuário e na visão de que crise não é só em relação à droga, mas pode ser uma crise social, familiar ou de outra natureza. Havia algumas questões: ele precisava de um lugar de acolhimento (e assim foi feito!); precisava se sentir útil, em produção, e isso foi respeitado e sustentado pelas duas profissionais. Foi o desejo de Pedro que reuniu as duas profissionais em prol de seu objetivo. Elas, por sua vez, através de seus corpos vibráteis seguiram o fluxo de Pedro criando uma linha de fuga no processo instituído do CAPS ad e entrando no debate do que é crise, do que é processo de cuidado em saúde, e efetivando a RD nesse serviço. A psicóloga já havia trabalhado no CR da cidade e sua experiência nesse espaço facilitou o manejo do processo de cuidado. Mas a psiquiatra se entende como não conhecedora da RD e ao mesmo tempo se arriscando devido a experiência em seu cotidiano. Vamos ao seu relato sobre o seu contato com a RD:

Então, nunca tive contato, nunca acompanhei nenhum serviço... Até porque também lá no... na residência, o pessoal de Álcool e Drogas não costumava fazer isso. Era tirar e acabou. O máximo um cigarro, que isso todo mundo mantém mesmo, até porque não tem como, é muito difícil. Mas eu nunca vi orientação, nunca acompanhei serviço desse jeito, não sei os prós, assim, os contras, se tem vantagem, se funciona. Assim, empiricamente, eu fazendo, vejo que funciona. Eu vejo que funciona. Mas não sei a longo prazo como é que isso vai ser. Se o paciente, “Ah, continuo fumando, então eu vou fumar mais alguma coisa”, não sei se isso acontece, entendeu? Não tenho essa experiência não.

E ela ainda nos participa sobre sua forma de abordagem aos usuários:

A primeira coisa que eu falo é assim: “Qual a droga que você mais faz uso?”, né? Porque, geralmente, eles usam um monte de coisa. A principal, hoje em dia, é o crack, e o álcool, né? Mas geralmente quem, os usuários de álcool, só usam álcool, aqueles dependentes e tal, usam bastante mesmo... Mas os outros, o álcool é mais esporádico, e aí é o crack mesmo o principal, né. Então assim, “O quê que você quer? Cê quer parar de usar qual droga? Porque parar de usar tudo não vai dar certo.” A gente tem que ir devagar, não tem como. Eu nunca, nunca vi pelo menos um paciente parar tudo, “Pronto! Não uso mais nada!”. Acho muito difícil, né. Então, a gente vai tentando reduzir de uma por uma. É o jeito que eu oriento, entendeu? Então assim, a maioria fuma, normal. “Beleza, mantém o cigarro aí, até pra gente conseguir segurar nessa ansiedade. Mas tira o crack”.

Por outro lado, a psicóloga relata sobre esse tempo em que o usuário ficou no CAPS ad:

Foi uma das pessoas que o tempo foi passando, nossa mais ele já tá bem melhor né, então assim até a equipe fica meio assim né, difícil de acreditar que

isso pode ser capaz de acontecer e ele foi uma dessas pessoas que mostrou isso.

Pedro foi liberado para trabalhar durante o período de acolhimento 24 horas e parou de usar o crack. Nesse ínterim voltou a se reintegrar à família e logo após o acolhimento passou a morar com a mãe e irmãos. Ficou mais próximo de seu filho e também de sua ex-esposa, embora com ela ainda haja discussões.

Nos vários encontros que tivemos no CAPS ad, nos bancos embaixo das árvores, almoçando juntos na mesa dos usuários para conversarmos, nas salas vazias, no corredor, e em sua casa, Pedro falou de seu filho, do quanto que hoje está sendo um pai mais presente na vida do filho. Também falou da diferença entre usar o crack e ser capturado por ele, contando sobre as várias rodas de uso de crack em que conversavam sobre música, política, filosofia, conserto de carros e tudo o que queriam. O prazer e a alegria com que falou desses encontros é inesquecível. Ali tinha alegria, brincadeira.

É ..., assim, quando a gente tá num estágio louco, louco mesmo, a gente quer mais é se isolar. Não quer tá conversando, mas quando a gente, no meu tempo, tipo, eu ainda gosto muito de muitos parceiros que eu tenho, sabe? [...] A gente colocava um Legião Urbana, um Cazuza, né? Um Belchior, uma coisa ..., e ficava, um Guns N' Roses, um Pink Floyd, a gente colocava lá no som do celular, ou no sonzinho baixinho, colocava droga no prato e ficava aqui pá e conversando igual a gente tá, tipo falando de Cazuza, como foi a vida de Raul Seixas, que cada um conhece um pedacinho, aí, aquela coisa de interação, tomando uma vodkazinha, um negocinho, sempre uma tequilazinha pra acompanhar e era super descontraído, sabe? Até, até, era tudo ok. Tinha como a gente ter o controle mental, tava falando em coisas, explorando a mente, né? Conhecimento.

Mas chegou um momento em que ele se viu capturado pelo uso de drogas. Ele não acompanhava mais as conversas. Nem os companheiros desejavam mais sua presença. Aquela roda de uso no botequim, que era respeitada pelos “cachaças”⁷ e que deixavam as pessoas curiosas pelo comportamento legal, de brincadeira e conversas interessantes, passou a não existir mais pra ele. Seus amigos curtiam a droga, porém continuavam trabalhando, mantinham suas famílias, cumpriam suas atividades. Ele não. E conclui:

Perdi o controle, e os parceiros já estavam me estranhando. Eles tinham um padrão.

As normas, regras e controle estão instituídos. Estão presentes mesmo quando se usa algo para sair do controle.

Pedro também relatou sobre sua experiência em situação de rua.

⁷ Termo êmico. Cachaça é como Pedro e outros usuários de substâncias psicoativas denominam os usuários de bebidas alcoólicas que não fazem uso de drogas ilícitas.

Lá, aqui também eu tava perambulando, sabe? Tava assim naquela coisa. Não é morar, morar, sabe? Mas, tipo não parava em casa, né? E aí vinha em casa, alguma vez pra tomar um banho, ou comer e tentar roubar alguma coisa, e sumia de novo. Daí, era o resto do dia, varava a noite, a madrugada só voltava pra casa de novo debilitado e sempre com o olho aberto querendo, tipo encontrar uma oportunidade de colocar as mãos e lucrar com isso, e pra isso eu não media esforços, mentia, roubava, tudo que pudesse acessibilizar eu tava dentro. A gente perde muita coisa. Hoje eu acredito que, hoje eu consegui, né? Retomar um pouquinho da minha vida, massa assim, com muita falta de muita coisa que eu perdi, né? Eu acredito que não dá mais pra recuperar.

Atualmente Pedro trabalha no setor de depósitos de uma empresa, sendo responsável pelo estoque de bebidas. Mas deseja trabalhar dirigindo o caminhão da empresa para não ficar parado no mesmo lugar. Acredita que como pintor não trabalhará mais devido à falta de confiança que ainda circula sobre sua conduta. Quanto ao seu acompanhamento no CAPS ad, o projeto terapêutico é de se manter em atendimento com sua psicóloga.

Enfim, Pedro criou novos sentidos para vida, conseguiu restituir alguns laços, está trabalhando e mantendo o prazer que a bebida lhe proporciona, dando-lhe um novo sentido também:

A minha cervejinha eu não deixei de tomar, não, Gizele! Eu tiro um dia aí, eu caio na bagaceira aí, vou tomar uma gelada, conhecer pessoas, né? Eu num tô podi! [...] Tem um amigo meu que diz “E eu tô podi?!” Mas aí, nada assim muito exagerado, né? Ontem mesmo eu tomei umas dúzia, hoje tô de ressaca. [...] Não tem jeito pra você beber e dizer que não vai ficar bêbado, ou não vai amanhecer meio baleado, mas nada assim de chegar, tipo: “Não vou trabalhar hoje porque eu vou beber”. Aí é demais.

Analisar o processo de cuidado através da história de Pedro nos oferece a oportunidade de constatar o quanto os profissionais de saúde são criativos e autônomos no cuidado oferecido aos usuários. Em meio a tantas questões que o serviço foi atravessado como a mudança de gestão constante, a entrada de novos profissionais e saída de outros, a não regularidade de atividades, e não conhecimento sobre a RD por parte de alguns profissionais, e a própria mudança de CAPS ad II para CAPS ad III, nada disso fez com que o acompanhamento de Pedro não fosse satisfatório. Em nenhum momento quero corroborar com as dificuldades administrativas ou de formação do e no serviço, mas sim quero afirmar a potência dos profissionais e do CAPS ad. Foi o trabalho em ato dessas profissionais, sua capacidade de afectação, sua disponibilidade em cuidar que garantiu que o desejo do usuário, movimento de afectos, se tornasse algo concreto. E a própria potência do usuário que, embora tenha passado por situações complexas em sua vida, valorizou também os momentos de encontros alegres com as substâncias não negando o prazer que elas lhe trouxeram e trazem, com seus amigos, enfim, com os corpos que encontrou no seu percurso. O encontro entre esses três protagonistas

foi um encontro de potência, um encontro alegre que agrega vida, movimento e saúde ao próprio serviço. Em um primeiro momento ao chegar no CAPS ad e até mesmo depois de algum tempo, a sensação era de que não haveria possibilidade de cuidado e de que não havia um trabalho efetivo. Mas este caso nos mostra que as profissionais driblaram a falta da reunião de equipe discutindo os casos em parcerias construídas no dia a dia do serviço, e todas as outras questões e fizeram uma pequena rede dentro do próprio serviço com a finalidade de atender a esse usuário.

Também nos indica que, um olhar atento, um olhar vibrátil, tanto por parte dos profissionais quanto do usuário é um espaço de intensidades e fluxos que criaram uma rede, um rizoma no interior do serviço. Foi o que aconteceu com os três e com os outros profissionais que, embora não conheçam o caso de Pedro como a psicóloga e a psiquiatra, são pontos de articulação dessa rede, haja vista o caso do assistente administrativo que vez por outra bate uma bola com os usuários. Pedro reconhece a forma carinhosa e atenta dos profissionais:

Minha mãe cansou de perguntar, se perguntar “Onde foi que eu errei? Onde foi que eu errei?” O erro não era nela, nunca foi. Precisaria eu tomar minha decisão, né? Colocar na cabeça que eu nunca fui aquilo. Eu não nasci pra ser aquilo. Eu não nasci pra viver o que eu tava vivendo. Demorou, mas acordei, com a ajuda dos profissionais, dentro do CAPS, né? Que me deram, me acolheram mesmo, ali, eu até hoje eu não vejo eles como simples profissionais, sabe? Eu sinto saudade (risos) nas conversas, das risadas. É aquela coisa de tá interagindo junto, né? É uma coisa assim antiprofissional, saiu um pouco do profissionalismo. Aquela coisa que assim, pra mim restou assim uma lembrança de amizade, não de internação, e aquela coisa. Foi super importante conhecer as pessoas que eu conheci aí dentro. Tanto é que de vez em quando eu me pego aqui, batendo uma bolinha.

Esta fala nos mostra claramente o quão importante é o território existencial dos profissionais e sua capacidade de fluir saindo de sua função, no caso, o assistente administrativo se colocando em outra forma de existir, um outro devir, um brincante de futebol. Esse trabalho em ato que não tem regra, que não faz parte das leis e normas do serviço, é aquele que marcou as boas lembranças do usuário no serviço de saúde.

O caso de Pedro exemplifica a prática da RD no CAPS ad. Ainda é um movimento instituinte nesse serviço. As ações provenientes dessa lógica causam um estranhamento para alguns profissionais da equipe. A crença na relação estabelecida com o usuário por parte da psicóloga e psiquiatra criam uma linha de cuidado diferente daquela de costume em que aquilo que o usuário diz é considerado manipulação ou mentira ou algo semelhante. Os manejos criados para que o usuário pudesse seguir seu próprio percurso de se sentir útil, ouvido, e atendido seguem os princípios de autonomia, respeito e liberdade que a RD sustenta. O uso da droga foi visto do ponto de vista da relação que o usuário estabeleceu com ela, escolhendo qual

droga gostaria deixar de usar naquele momento de sua vida, no caso, o crack. Ainda possibilitou um novo sentido ao uso de outra droga, a bebida, que se direciona a encontros alegres, encontro de prazer.

6.1.4.1 A análise através do fluxograma descritor

Realizar a análise através do fluxograma descritor na equipe do CAPS ad exigiu por parte da pesquisadora uma certa persistência devido ao fato da equipe não se reunir com regularidade. Os próprios encontros de pesquisa que tivemos foram os motivadores da reunião dos profissionais. Além disso, nem sempre são os mesmos profissionais que estão nas reuniões, o que traz uma certa dificuldade de acompanhamento sobre os assuntos discutidos.

De toda forma, conseguimos nos reunir. Em um dos encontros passamos boa parte da tarde para entendermos o que acontecia no serviço, quais eram os serviços prestados e a quem se atendia. Estavam presentes profissionais de quase todos os setores, em torno de 15 pessoas. E muitos participaram ativamente, discutindo e tentando chegar a um acordo.

Disseram haver um boato de que eles não trabalhavam, crítica recorrente. Mas não identificaram de onde surgiu o boato. De outro lado a ociosidade dos usuários acolhidos nos períodos diurno e/ou noturno reforça a ideia de que não há trabalho. Ideia esta que também fez parte de minha percepção no início do contato com o serviço. Mas aos poucos, fomos percebendo que o trabalho estava pautado de forma ambulatorial, atendendo individualmente e com poucos trabalhos em grupo com regularidade. Viram a necessidade de se reorganizarem e se conectarem a outros dispositivos da rede que poderiam atender a uma demanda que não precisaria estar no CAPS ad como por exemplo os usuários abusivos de substâncias psicoativas que poderiam ser atendidos no Ambulatório de Saúde Mental. Então, clarificar a que o serviço se destina, qual seu público-alvo, era um passo importante no processo de cuidado. Reorganizar o Projeto Terapêutico Institucional também seria de grande valia. Nesse sentido, essa visão macropolítica do serviço se faz pertinente para a organização do serviço e o cuidado aos usuários. Também pudemos discutir um pouco a respeito do reflexo da não regularidade de discussão dos casos em equipe. O quanto a equipe reunida discutindo seu cotidiano poderia trazer benefícios ao processo de cuidado criando um espaço coletivo no CAPS ad que poderia reverberar no cuidado do espaço coletivo dos usuários.

O fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CAPS ad revela que a demanda é espontânea ou encaminhada por outros serviços. Na própria recepção é perguntado ao usuário se ele tem questões com álcool e outras drogas. Se for, ele é admitido no serviço. Caso contrário é encaminhado para outro serviço necessário. Sendo admitido ele

participa da triagem com o plantonista e é verificado se o acolhimento será diurno, noturno, 24 horas ou se será atendido em consultas. Se for para o acolhimento, o usuário é atendido pelo médico de plantão que verifica quais as atividades que o usuário precisa. O usuário que não necessitou dos acolhimentos vai para as consultas e alguns o encaminham para todos os tipos de profissionais do CAPS ad, outros não. Isso gerou a discussão sobre a necessidade desse percurso e a burocracia nos atendimentos. Quanto às atividades oferecidas houve discordâncias, pois algumas não acontecem embora eles a citassem em nossos encontros.

Assim, para uma melhor compreensão segue a seguinte organização do que foi citado nos encontros:

Atividades regulares:

Ambulatório que reúne as consultas com todos os profissionais de nível superior; Grupo de tabagismo; Grupo devocional; Grupo para alcoolistas⁸.

Atividades irregulares:

Grupo de violão; Grupo Resgate e Superação; Oficina de Arte; Recreação.

A saída do usuário do CAPS ad se dá por conclusão de tratamento, evasão, solicitação do usuário e alta administrativa.

A construção do fluxograma do processo de entrada e saída dos usuários do CAPS ad III (fig. 1) apresentou a necessidade de uma organização do serviço mais condizente com a realidade atual além de revelar um certo não conhecer os objetivos das atividades por parte da equipe bem como dúvidas sobre a realização de todas as atividades citadas.

Já a construção do fluxograma descritor de Pedro (fig. 2), todo referente ao ano de 2015, nos revela que após a informação dada pelo CRAS para a irmã de Pedro a respeito da existência do CAPS ad III, ele buscou o serviço em dois de fevereiro e que foi admitido nesta data por uma das assistentes sociais. Foi encaminhado para diversas consultas: médica, psicológica, nutricional, procedimentos de enfermagem, além da oficina de artes e exames laboratoriais que fazem parte dos procedimentos de enfermagem. Pedro participou do acolhimento 24 horas, e também do período diurno, alternadamente. No dia 21 de fevereiro foi liberado sob responsabilidade de sua mãe para passar o fim de semana em casa e ir ao Templo. Retornou ao CAPS ad III no dia 23 de fevereiro em que, por dores na face, foi encaminhado ao HMI. Do hospital seguiu para casa da mãe e voltou para o CAPS ad III no dia 24 de fevereiro. Novamente sua estadia se deu de forma alternada, porém no mês de abril se tornou 24 horas, período em que conseguiu o trabalho de pintor nos turnos manhã e tarde conseguindo a licença para

⁸ Neste grupo também são aceitos usuários de outras drogas. Esse grupo iniciou no período do fim da pesquisa.

trabalhar através da psiquiatra e psicóloga da equipe e voltar à noite para o acolhimento noturno. Seguiu no acolhimento noturno até o dia vinte e dois de abril em que sua alta do acolhimento foi discutida e que seu tratamento passou a ser acompanhado prioritariamente por sua psicóloga em dias agendados, porém Pedro passou a trabalhar no depósito o que lhe dificultou a frequência em seu tratamento. Pedro volta para casa.

Percebemos que todo o acompanhamento de Pedro se deu praticamente no CAPS ad III utilizando-se da rede de atenção para realização dos exames laboratoriais.

A religiosidade de Pedro foi respeitada e quando possível, embora em acolhimento, ele pôde ir ao Templo que frequenta.

Ainda que alguns profissionais da equipe não concordassem com o acolhimento noturno de Pedro este foi realizado.

E sua família contribuiu para sua reinserção social.

Figura 1: Fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CAPS ad III

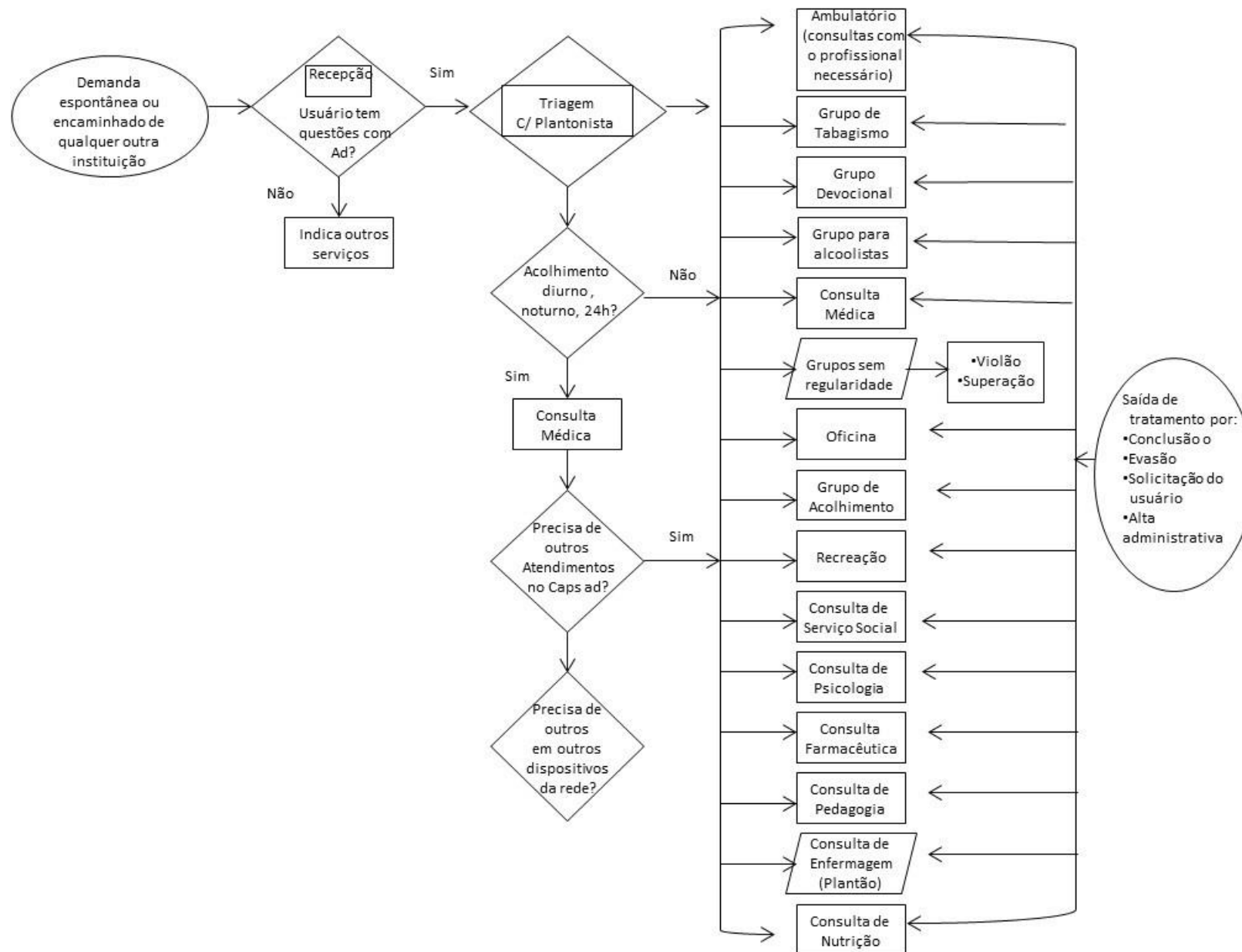
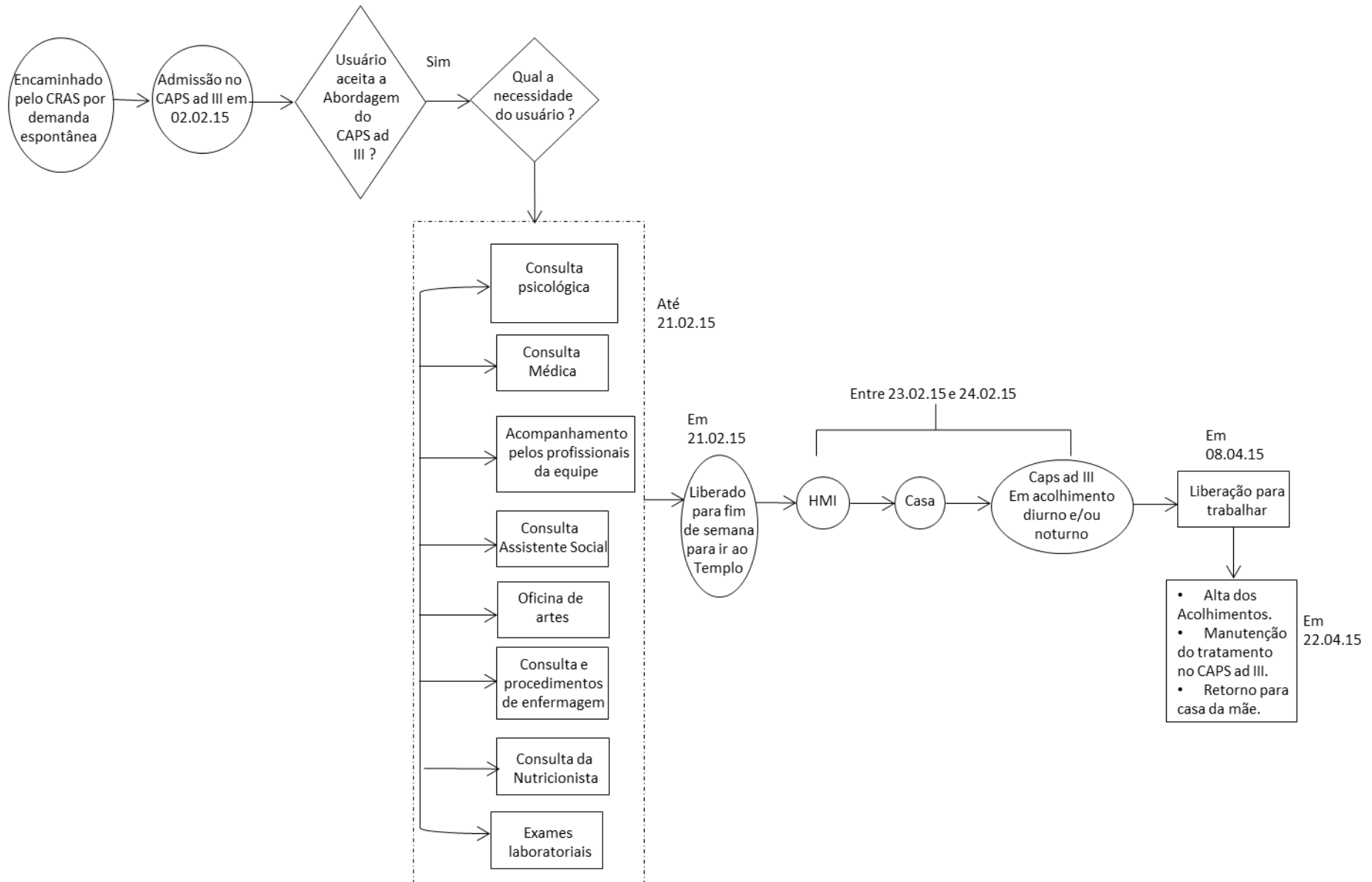


Figura 2: Fluxograma descritor do usuário do CAPS ad III



6.2 Sobre o Consultório na Rua

6.2.1 A descoberta do cotidiano

Tal qual no CAPS ad entrei em contato com a coordenadora do CnR e um dos redutores de danos para marcarmos um encontro sobre a pesquisa. Depois de alguns desencontros conseguimos nos encontrar. Fui então ao novo endereço do CnR, no prédio da Academia da Saúde situado no point da cidade, na Beira-Rio, às margens do rio Tocantins, bem em frente à área externa do polo onde as pessoas se exercitam. Pelo fato da equipe sempre receber estagiários minha entrada em campo foi facilitada. Um dos médicos em um de nossos encontros disse: “Já estamos acostumados com pessoas estudando a gente”.

Pouco tempo depois que cheguei ao local onde funciona o CnR a coordenadora também chegou. Recebeu-me de forma bastante alegre. E já foi me chamando para a sala do CnR. Ela é muito ágil. Deu logo o meu documento do comitê de ética para a pesquisa. Foi me oferecendo formulários do CnR e falando, falando muito. Falou sobre a mudança da equipe, do fato do carro não ser só para eles pois o dividem com o programa Mais Médicos⁹, da falta de medicação por causa de questões da licitação. Disse-me que já havia avisado à equipe que eu iria naquela semana. Disse também que os formulários do CnR estavam sendo modificados pelo MS e que havia um prazo para se ajustarem. Sua fala revelou as preocupações e compromissos de um gestor.

A sala do CnR é pequena. É composta por uma mesa com um computador e uma impressora, cadeiras, geladeira e dois armários em que são guardados os formulários, as medicações, os prontuários e todos os outros documentos. A equipe mudou bastante devido à chamada do concurso público permanecendo a coordenação e um dos redutores de danos agora denominados agentes sociais. A composição da equipe atual é de nove profissionais: uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira, três agentes sociais que são os redutores de danos (dois homens e uma mulher), dois médicos e uma coordenadora que tem formação em assistência social.

Alguns profissionais já tinham experiência no campo da saúde, outros não.

A equipe tem buscado formação quanto ao cuidado à população em situação ou moradora de rua. A enfermeira, a coordenadora, a assistente social e um dos redutores de danos participaram de um curso de educação à distância oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, através da Coordenação de Educação a Distância (EAD/ENSP-FIOCRUZ) e da Coordenação Nacional de Curso, em parceria com os Departamentos de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS) e de Atenção Básica

⁹ Programa lançado pelo Governo Federal Brasileiro com o objetivo de fortalecer a atenção básica do país.

(DAB/SAS/MS) do Ministério da Saúde, denominado Atenção Integral à Saúde de pessoas em situação de rua, com ênfase nas equipes do CnR. Além destes cursos participaram da semana de Resende.

A coordenadora e a assistente social também foram contempladas com o curso da Universidade Aberta do Brasil em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina chamado Álcool e outras drogas, da coerção à coesão. Os outros profissionais estão aguardando novos editais.

Os cursos oferecem possibilidades de trocas com outros profissionais de vários lugares do Brasil, o que deu à equipe um sentimento de satisfação em ver que seu trabalho segue um caminho de contato estreito com a rua, seus moradores, sua especificidade.

O horário de trabalho é vespertino e noturno. No horário vespertino parte da equipe atende no Centro de Referência para população em situação de Rua (Centro POP), uma vez por semana. O Centro POP é uma casa que comporta até 16 pessoas funcionando junto com um albergue. Sua estrutura é composta de cozinha, sala, tv, quartos com beliches, 2 áreas abertas, uma na frente do terreno e outra atrás. É destinado a atender homens a partir de 18 anos. Se coloca como endereço dos usuários para a confecção do cartão SUS já que eles moram na rua. Por ser um dispositivo novo, completou um ano no dia 08 de maio, estava em período de estruturação inclusive no que tange à composição da equipe técnica. A organização dos atendimentos clínicos realizados pelos médicos fica sob a responsabilidade da enfermeira. O restante da equipe auxilia quando necessário e basicamente conversam com os moradores de lá. Todavia, as atividades exercidas pelo CnR neste espaço são os atendimentos médicos e de enfermagem, os mais frequentes, e dos demais profissionais da equipe. São realizados encaminhamentos para a rede de saúde e outros, prescrição de medicações, aferição de pressão, medição de glicose, além de conversas com usuários sobre a vida, o que os levaram até as ruas. O CnR e o Centro POP criaram uma parceria de trabalho.

A escolha em acompanhar a equipe do CnR no turno da noite se deu pelo fato de nesse turno a equipe ir a campo com frequência.

Aos poucos a equipe foi chegando para trabalhar, inclusive as três estagiárias do serviço social. Quando a equipe daquela noite chegou, eu me apresentei e explanei um pouco a respeito do projeto. A estagiária me perguntou o que era RD e nos colocamos a conversar.

Logo, logo a equipe pegou o material que fica armazenado nas caixas plásticas. Nesse material constam as medicações fornecidas pela Atenção Básica, material para curativo dentre outros.

Deram-me uma blusa igual a deles para que eu pudesse ir a campo identificada. Assim que eles se aprontaram entramos na Van. Saímos por volta das dezenove horas. Observei que a

equipe conversava bastante durante o percurso. As conversas se desenhavam sobre vários usuários, suas histórias e suas próprias histórias. Os profissionais imitavam os comportamentos dos usuários, sua forma de falar, seus tons de voz. Se divertiam. E falavam da vida, das questões do município, do sindicato.

Ao longo da pesquisa fui percebendo que a Van é um dispositivo em que acontecem as reuniões de equipe. Lugar em que eles agenciam seu modo de produção de cuidado sendo um ponto importante de sua micropolítica. Não há uma reunião de equipe formal com hora pré-determinada. Se há algo a passar para a equipe, a coordenadora faz a reunião, caso contrário são recados dados rapidamente antes de ir para o campo. A troca a respeito do cuidado sobre os usuários bem como a escolha de quais lugares serão percorridos no dia do campo normalmente se dão na Van. Além dessa função, a Van é um espaço de compartilhamento da vida, de produção de potência e desejo. Ora o assunto são os usuários e os cuidados, ora o assunto são as vidas dos profissionais. Ora os acontecimentos da cidade de Imperatriz. Ora os lugares outros que as pessoas trabalham. Tudo isso acontece na Van. A Van é cheia de vida! A Van fala muito sobre a equipe. Quando os encontros são alegres, a Van se mostra cheia de falas e risos, quando a equipe está triste, preocupada, a Van se põe em silêncio.

Nessas idas e vindas com o CnR participei de vários encontros descontraídos. Aliás, esse clima de descontração é um marco nessa equipe. Na maioria das vezes há muitas brincadeiras, risadas e em alguns momentos a assistente social leva para a equipe comidas deliciosas feitas por ela mesma.

Ao longo do tempo de campo segui com a equipe por diversos lugares da cidade, Praça da Cultura, Praça Brasil, Bacurí, Praça da Bíblia, Praça Mané Garrincha, um viaduto, Praça Tiradentes, um posto de gasolina, o Mercadinho, que é um setor comercial com muitas distribuidoras de alimentos, lojas, além da feira, o local onde ficava a antiga rodoviária no centro da cidade, ruas próximas ao Hospital Regional. Todos bairros que pertencem ao centro da cidade. Um dos redutores de danos, o mais experiente na área e que aqui denomino de Joaquim, em nossas conversas informais fala de seu incômodo de não irem a bairros periféricos da cidade embora compreenda que alguns profissionais do CnR têm pouca experiência para irem à lugares de maior risco. Para ele já era hora de ampliar o serviço.

O CnR circula por estes lugares sem marcação prévia indo a vários lugares. Seu percurso se define mais pelos usuários do que pelos lugares. Estão sempre em busca daqueles usuários que já conhecem e atentos a algum novo que possa aparecer.

Para apresentar o cotidiano do CnR trago algumas cenas que presenciei durante a pesquisa. Como se a rua fosse o palco de um teatro e os encontros vivenciados pela equipe e os usuários fossem atos de uma peça que podem ter um fim em si mesmo com seus sentidos posto

que muitas vezes não se encontram os mesmos usuários no seguimento do trabalho e, ao mesmo tempo, uma linha de continuidade possível entre vários outros atos quando há a possibilidade de acompanhar alguém por um certo tempo.

Cena 1 - A primeira noite de campo

Durante a primeira noite de campo a assistente social me mostrou fotos tiradas por ela mesma antes e depois de uma mão machucada de um paciente cuidado por eles. Mostrou-me com orgulho o trabalho da equipe:

“Nunca pensei que essa mão ficaria boa. Ele não sente mais algumas partes, mas a ferida fechou”.

Seguimos até a Praça da Cultura e depois à Praça Brasil. Em frente à igreja havia dois usuários. Um de boné vermelho, com um dos braços muito fino. E o outro, com o corpo mais forte, que já foi usuário do CAPS ad. Quem se dirige ao encontro dos usuários primeiro é o Joaquim. Logo em seguida o outro redutor se juntou a eles. O restante da equipe ficou na Van. Eles disseram que um dos usuários era agressivo, e que não seria bom descermos todos e que só descem todos quando há vários usuários para não assustar as pessoas na abordagem. Diante do que já conheciam dos usuários não desceram todos da Van.

Joaquim, abraça os usuários, conversa, ri. Os usuários que estavam sob efeitos das substâncias psicoativas quase não deixaram ele voltar para a Van. O outro redutor de danos que exerce a função de motorista da Van, e que denominarei de Márcio, aproximou-se dos usuários brincando, conversando.

Minha observação se deu de dentro da Van, acompanhando o restante do grupo para não atrapalhar a abordagem e respeitar aquilo que foi orientado.

Depois, seguimos adiante e a Van durante algum tempo ficou dando voltas e voltas pelas ruas da cidade. Perguntei o que estavam fazendo e me disseram que estavam buscando um senhor. Mas ele não estava nos locais que sempre o encontram. E seguimos até pararmos em uma árvore pertinho do viaduto que liga o centro da cidade com o outro lado da cidade. Joaquim é o primeiro a descer. Ele quase sempre é o primeiro a descer. Seu passo é seguro, ritmado. Curto, rápido e ritmado. Dá um ritmo peculiar a equipe. A árvore estava um luxo. Muito bem arrumada. Cheia de panelas, potinhos, flores. É uma mulher quem mora ali. Ela não estava. Joaquim disse: “a prateleira dela tá mais arrumada que a lá de casa” e todos rimos. E o grupo conta que ela cuida muito bem daquela casa. Como ela não estava, ninguém mais desceu e seguimos adiante. Fomos para o bairro Bacuri e lá estava outro usuário do CAPS ad. Estava na porta de casa, hábito em alguns bairros da cidade, sentado numa cadeira de macarrão azul. E o Joaquim desce para conversar com o usuário enquanto Márcio fica conosco na Van.

O percurso segue até chegarmos à praça da Bíblia onde encontramos o senhor que a equipe estava buscando. Era magro, negro com cabelo grisalho e com o final da barba branca. Suas vestes eram calça jeans e blusa sujas. Estava sentado no banco da praça acompanhado de mais outros dois que estavam dormindo no banco. Todos descemos. O descer da Van tem relação não com o número de pessoas da abordagem, mas com o tipo de perigo que a situação pode oferecer ou também se é uma abordagem de alguém que conhecem ou não. Quando é a primeira vez de abordagem de um usuário, normalmente vão os dois redutores de danos homens. A que se deve esse fato? Os redutores de danos são profissionais de saúde que, por sua experiência de vida e profissional, apresentam um traquejo com os usuários de forma bastante próxima. Atualmente são denominados em portarias agentes sociais e, no caso de Imperatriz, a seleção destes profissionais não garantiu uma experiência anterior de contato com pessoas em vulnerabilidade. Assim, a redutora de danos, como uma das profissionais mais novas na equipe, está no início de sua prática e ainda não se sente à vontade em determinadas situações. Um outro fator importante é que a população que atendem é eminentemente masculina e na maioria das vezes estão sob o efeito de substâncias psicoativas. A enfermeira do grupo disse que alguns usuários “abusam”, ou seja, passam dos limites da cordialidade e tratamento em relação às mulheres. Os redutores de danos masculinos protegem as profissionais dessas situações. Podemos inferir que em um primeiro contato, sobretudo com usuários masculinos, os redutores de danos homens são como um escudo para a equipe e ao mesmo tempo aqueles que irão conhecer o “novo terreno” para que tracem as novas estratégias de cuidado.

O senhor relata que não estava bem. Que uma pessoa como ele não pode estar bem. A assistente social sentou-se ao seu lado e seguiram proseando. Ela estava o encaminhando para o Centro POP. É um albergue só para homens, o que a coordenadora do CnR reclama, pois as mulheres precisam de proteção. A assistente social, considerando que ele poderia ter compromissos disse ao senhor que se ele não tivesse nada para fazer no dia seguinte que fosse para lá. Essa fala me chamou atenção pelo fato dela considerar a rotina do usuário, sua vida. Ela explicou detalhadamente aonde fica o tal centro e ele disse que já tinha ouvido falar, mas que nunca foi. Ela continua a explicação dizendo que ele lá teria cama, comida, tv. E naqueles dias estava chovendo bastante. A tentativa da equipe era que ele se abrigasse. Em algum momento alguém da equipe retira algo da caixa para dar a ele. Enquanto isso se passava, a estagiária dizia não entender como uma pessoa vive daquela maneira. Me conta que esse senhor tem família, filhos na cidade, mas ele não quer morar com ninguém. Ao questionar o que levou ele a morar na rua ela respondeu: o álcool. Ali, fiquei pensando se eles sabiam a história de vida do usuário, o que aconteceu naquele momento em que decidiu morar na rua e em como a substância pode substituir a pessoa ou sua história de vida.

A equipe diz que muitos não se acostumam mais fora da rua. Preferem a rua.

Eis que um dos que estavam dormindo acordou. Aliás o senhor de cabelos grisalhos tentou acordar os amigos, mas não conseguiu. Este que acordou tempos depois estava bastante “ligado”¹⁰. Disse que gosta muito de conversar. E alguns da equipe foram conversar com ele.

Chegou a hora de voltarmos ao local de encontro do CnR, sua sala na Academia da Saúde.

Alguns profissionais desceram antes para aproveitarem o caminho e irem para casa. Outros seguiram conosco e foram preencher formulários. Se encerra a primeira noite de campo.

Agora convido você a passear comigo por alguns cenários que pude acompanhar e que trazem luz à nossa cartografia. Começamos pelo posto de gasolina.

Cena 2 – O posto de gasolina

O posto de gasolina Santa Tereza se localiza na BR 010. Nesse local, vários caminhoneiros descansam, comem, namoram, praticam sexo nos caminhões. O posto é repleto de caminhoneiros vindos de vários lugares do Brasil, como os estados da Paraíba e Sergipe. E cidades como Curitiba (PR), São Luiz (MA), Balsas (MA), Vitória (ES), Blumenau (SC), Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto (SP), Barra Velha (SC), além de pessoas de Imperatriz. São jovens, adultos e senhores das mais diversas idades. A maioria em torno dos 50 anos de idade. Nos horários em que fomos, a lanchonete estava aberta. Todos da equipe desceram da Van: psicóloga, enfermeira, redutores de danos, assistente social e o médico. Começa uma conversa ali, outra aqui. Márcio vai à lanchonete chamar as pessoas para serem atendidas. Muitos aceitam o convite. Aferição de pressão, teste de glicemia, encaminhamentos são os atendimentos oferecidos. Nem sempre a aferição de pressão é realizada pela enfermeira. Em alguns momentos é o redutor de danos ou outro profissional quem afere.

Em uns bancos embaixo das árvores, os atendimentos são feitos. O médico atende em pé debaixo de uma árvore um pouquinho afastada para dar um ar de privacidade ao atendimento. Assim que possível ele se junta ao grupo. Fui me aproximando devagar. E entre os atendimentos clínicos e orientações sobre alimentação, uso de preservativos, riscos e danos à saúde, os caminhoneiros vão contando suas histórias. Um estava alcoolizado. O outro nos fala que já não viaja tanto e que tem caminhões para alugar para outros caminhoneiros. Um outro relata que gosta de fazer o trajeto Rio-Bahia. Um outro nos ofereceu uma bebida alcóolica. Recusamos. E assim o posto de gasolina é colorido, é plural. São brancos, olhos claros, negros, olhos castanhos, magros, gordos, senhores, jovens, comerciantes do entorno do posto, profissionais

¹⁰ Forma de dizer que a pessoa está sob o efeito de substâncias psicoativas.

do sexo e profissionais de saúde, todos no mesmo espaço. Um convite, evidente, ao trabalho para uma pesquisadora iniciante e com alguns anos de profissão como profissional de saúde. A psicóloga me pergunta se estou gostando. Digo que sim. Que estou muito feliz. E ela diz: “dá pra ver no seu rosto”. E rimos. Misturei-me com a equipe. Ouvi as histórias, conversei, ri. Momentos em que o pesquisador está totalmente integrado. E os apertos de mão entre os caminhoneiros e a equipe encerram normalmente as abordagens no posto de gasolina.

Sempre que fomos ao posto, encontramos um grupo de travestis no caminho. Elas vêm numa alegria, numa farra, numa festa. Aproximam-se logo que veem a Van. A Van abre a porta e elas olham todos no carro e cumprimentam dando boa noite a cada um. E vão pedindo camisinha, pomadas e implicam uma com a outra. “Olha essa bicha! Ninguém quer ela não. Tem que cuidar dela”. E é uma risada geral. As travestis são coloridas, bem maquiadas, com roupas curtas. Em nenhum momento que estive em campo vi a equipe descer da Van para atender as travestis. Todas as vezes a abordagem era rápida, para não atrapalhar o ganha pão delas. As camisinhas são entregues e aí sim a equipe segue para o posto de gasolina. Ali vi o quanto o CnR já faz parte do cotidiano daquelas pessoas. Como já estão vinculadas, como são acolhidas.

O vínculo e o acolhimento construído por eles, usuários e profissionais, são um encontro de respeito às diferenças. Em um primeiro momento, estranhei a Van não parar para atendê-las, porém elas estão em seu horário de trabalho e a abordagem interfere diretamente na produção delas. A equipe respeita essas peculiaridades, mas não se fecha a outra forma de abordagem. Caso necessitem, a equipe marca um outro horário e lugar, ou seguem um pouco adiante para atender aquela pessoa que necessita de atendimento. O respeito às diferenças e peculiaridades traz para a equipe uma capacidade de expansão de seu território existencial o que as leva a se vincular e acolher as várias formas de existir no mundo.

Cena 3 – Construindo a paredinha – produzindo cuidado para aplicar uma injeção

Em uma das andanças do CnR fomos ao Mercadinho. A equipe estava procurando por um senhor. Ele morava em Imperatriz desde fevereiro. O senhor estava lá deitado em dois pedaços de papelão. Era um senhor negro. Estava vestido com uma bermuda jeans, uma blusa de manga curta branca de listras horizontais azuis e tinha um pouquinho de barba. Não estava alcoolizado. Ele não usa outras substâncias psicoativas além do álcool. Todos nós descemos da Van. Na noite anterior, a equipe cuidou de uma ferida em um de seus tornozelos. Para ele era uma mordida de cachorro, mas a equipe desconfia porque o médico na noite anterior achou que não tinha marcas de mordida. Foram perguntando de onde ele era. Fala que tem família na Bahia, tem filhos. Ele trabalha em Imperatriz ajudando a descarregar os caminhões. Mas com

a perna machucada estava difícil se manter em seu ofício. A equipe logo se apruma. Forra o chão com um saco plástico e cuidadosamente deita a perna machucada em cima do saco. O médico segura a lanterna do celular para que iluminasse bem para a limpeza da ferida. A enfermeira acalma o usuário. Joaquim limpa o curativo que fizeram na noite anterior. O restante da equipe se põe a conversar com o senhor. A equipe toda se ajuda. Os profissionais que estavam lidando diretamente com a ferida colocam luvas e recolhem o material para descarte. Todos se envolvem. Uns ficam mais quietos, outros falam mais. Mas, todos acolhem e se envolvem. Joaquim aproveitou para entregar a roupa para uma usuária, mas como ela não estava entregou à irmã dela. Alguém pergunta se ele conhece os outros moradores de rua ali perto e ele disse que não se mistura com eles. “Eles roubam e eu não faço isso”. A equipe tenta encaminhá-lo ao Centro POP veementemente. Os profissionais falam desse serviço muitas vezes. Dizem que lá ele vai dormir, vai se alimentar e não vai passar nem frio nem chuva. O tempo por aqueles dias continuava bem chuvoso. Mas o senhor não aceita ficar no Centro POP. Foi e voltou no mesmo dia. Ao ser indagado pela equipe o porquê de não ficar no Centro POP responde que gosta de andar. Assim, a equipe continua sua abordagem na tentativa de lhe convencerem a ser medicado. Era uma aplicação de injeção que combinaram anteriormente devido ao ferimento não estar cicatrizando. Mas como estava faltando água destilada, a tentativa era de levá-lo ao HMI. Ele não aceitou. A equipe acredita que ele ficou com medo deles o “retirarem” da rua. Mas combinaram um encontro para o dia seguinte, em frente a uma loja. O novo encontro chegou, mas a injeção não foi feita porque o usuário não aceitou a intervenção. E o tempo passou. A equipe sempre mantendo contato com o senhor e checando se ele tomava os comprimidos receitados. Até que chega a noite em que a injeção seria aplicada. O senhor, depois de muitas tentativas de escapar se rende ao tão famigerado remédio. E assim todos a postos. No cantinho da rua estava o senhor cercado por uma paredinha humana de profissionais de saúde para não expor suas partes íntimas, para protegê-lo de algum olhar curioso, para lhe aplicarem a tão esperada injeção por parte desses mesmos profissionais. Desejo é potência.

Cena 4 – A hora de retornar

Esta cena se deu no local da antiga rodoviária da cidade que está abandonado e cercado, mas em seu entorno há varias barracas de comida e algo como uma praça atrás das barracas. Joaquim desceu e alguns da equipe também. Os usuários estavam nuns becos ali por perto. Enquanto íamos descendo tivemos que voltar. As pessoas estavam em uso de substâncias de uma forma bastante reservada, em uma roda fechada e pareciam já estar naquela noite em uso intenso. Através de seus olhares e comportamento esquivo, a equipe percebeu que ficaram

desconfiados de nós e então saímos. Neste ínterim, houve tempo suficiente para Joaquim avisar a moça que aguardava a roupa que a roupa estava com a irmã dela (ele a entregou no Mercadinho) e ela lhe diz que a irmã não é confiável. Possivelmente não receberá a roupa. Uma senhora e mais dois homens viram o carro do CnR e pediram remédios. O CnR atendeu prontamente. Em seguida era hora de partirmos.

Muitas vezes não é possível para a equipe fazer alguma abordagem. Momentos como esses pedem prudência para que não se inviabilize um próximo contato com os usuários e também que os profissionais não se arrisquem.

Vamos à análise das cenas.

6.2.2 O que as cenas nos dizem?

As quatro cenas descritas nos mostram que o CnR é um dispositivo privilegiado de encontros tristes e alegres. A possibilidade de lidar com diferentes grupos sociais é um campo de potência imenso. É potente pelo aprendizado da equipe, pelo cuidado oferecido aos usuários, pelos insumos oferecidos. Cada cena nos remete a uma situação diferenciada. A cena 1, a primeira noite de campo, diz respeito ao movimento da equipe, sua itinerância pela cidade, a valorização da casa da usuária, a árvore próxima ao viaduto, a busca por um usuário, a insistência na tentativa de abrigá-lo e a relação com os usuários em uso da substância. A cena nos mostra que a equipe valoriza seu trabalho, alegra-se com os resultados obtidos, e talvez se decepcione por não conseguir abrigar o senhor. É um trabalho dinâmico em si mesmo.

A cena 2 nos leva a um outro lugar, o posto de gasolina, que tem suas especificidades. Lugar em que um grupo comum de trabalhadores se encontram, os caminhoneiros, e que quase tudo acontece: sexo, drogas, alimentação, conversas, experiências diversas. Para a cidade de Imperatriz esse posto é importante, uma vez que a cidade é um lugar de passagem para outros estados brasileiros. A atenção ao posto de gasolina evidencia o olhar que a equipe tem para a especificidade da cidade minimizando riscos e danos não só para os caminhoneiros. Considerando que eles podem levar o que aprendem nos atendimentos a suas famílias e a outros colegas de trabalho, temos uma propagação do cuidado em saúde.

A cena 3 mostra todo um percurso de um objetivo específico, a cura da ferida através da injeção. Foram vários encontros até que a injeção pudesse ser aplicada, mostrando o acolhimento e respeito ao desejo do usuário, e ao mesmo tempo a capacidade de persuasão da equipe no intuito do cuidado em saúde. O trabalho nesta cena se mostra bastante transversal, no sentido de que o instituinte se evidencia. Os profissionais atuam não conforme sua formação acadêmica ou profissional, e sim como a situação se coloca. Além disso, mostra a capacidade do usuário em criar sua rede. Ao dizer que não se junta a determinadas pessoas porque eles

roubam, o usuário diz que essa é uma prática que ele não quer para si. Ele escolhe com quem se relaciona.

A cena 4 mostra o momento de não avançar. O limite dado pelos próprios usuários. Todas essas experiências ampliam a produção do cuidado. O tempo todo a equipe se posiciona diferente conforme cada situação, criando um grau de liberdade, autonomia e criatividade bastante amplo para seu território existencial.

Em comum as cenas mostram como a equipe lida com o acolhimento, com o juízo moral, com a instrumentalização e com própria lógica da RD. São cenas que valorizam a potência da equipe.

Essas cenas que descrevi são parte de um cotidiano no CnR que diz respeito às suas lógicas e ao seu modo de funcionar.

Em alguns momentos, a equipe do CnR é, de certa forma, protegida pelos usuários. Certa vez fomos à Praça da Bíblia e a polícia estava presente. Os usuários deram um sinal à equipe para que a mesma não parasse lá. Demonstra o vínculo construído entre os usuários e a equipe. Por outro lado, precisamos levar em consideração os possíveis motivos de tal situação. A RD traz em sua história perseguições por parte das autoridades policiais e judiciais, a não compreensão de seu objetivo e a ideia de que ela estimula o uso de drogas. Ainda que em Imperatriz não haja tais perseguições, até onde pude saber, parece que cuidar desses usuários é algo fora da lei, ou pelo menos, sem sentido ou fora da lógica. Assim, a equipe pode ser compreendida como uma instituição a favor dos usuários e a polícia contra os usuários. O que nos faz pensar a respeito do Programa Crack é possível vencer¹¹, que coloca a autoridade policial como cuidadora. Se ela exerce essa função, não haveria motivos para tal afastamento.

Em outro momento na Praça de Fátima, uma usuária alcoolizada solicitou 10 camisinhas. Ela, com sua roupa florida e boné, estava muito alegre, rindo, rindo bastante. Queria fazer sexo protegido.

Também foi possível acompanhar alguns atendimentos no Centro POP realizados pelo CnR. Normalmente no período da tarde, uma vez por semana e esporadicamente à noite. Dependendo do turno, a equipe inteira está presente ou parte dela.

Um outro momento que gostaria de registrar se deu em uma das idas à Praça de Fátima em que observei que algumas pessoas na rua prestam atenção ao trabalho da equipe. Uma moça com uma criança fitou a equipe por alguns minutos cuidando das feridas dos usuários, entregando as medicações, ou mesmo conversando com eles. Também dois homens observaram a equipe chegando um deles a dizer baixinho: “Bom esse trabalho”.

¹¹ Programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade.

E por fim há dias em que o CnR vai em busca de alguns usuários e não os encontram. Eles mudam de lugar, saem da cidade. Nesses dias a equipe retorna pensativa na Van a sua sala da Beira Rio. Talvez sejam momentos em que os profissionais se sintam com sua potência minimizada.

6.2.3 E o que pensam os profissionais?

Apresentadas as cenas que refletem o cotidiano da equipe passemos para as percepções dos profissionais quanto seu próprio trabalho, quanto ao conceito de RD, quanto à instrumentalização e o acolhimento, ou seja, vamos à sua compreensão sobre sua produção de cuidado.

A equipe do CnR se vê bastante integrada. Foi interessante o processo das entrevistas pois em nenhum momento os profissionais responderam às questões de forma pronta ou conceitual propriamente dita. Em sua maioria dão exemplos do cotidiano do serviço para dizer o que é a RD ou qualquer outra questão. O trabalho em ato é uma marca nas narrativas dos profissionais.

Todos os profissionais entrevistados relataram prazer em trabalhar neste programa. O CnR para eles é um espaço de cuidado e entusiasmo. Um espaço de potência, de encontros alegres.

Um dos redutores de danos nos diz a respeito de trabalhar no CnR:

Ah! Me acho muito feliz. Bastante feliz. [...] A gente conversa alguma coisa de casa, a gente sai pra rua e vê os problemas do outro pior do que a gente, a gente vai logo, feliz. Isso aí já é um tratamento, é uma terapia. A gente acha que os problemas da gente é grande quando chega na rua, esse cara aí é tá pior do que o meu, a gente vai, entendeu. Interessante. Não pelo fato da gente tá vendo os problemas dos outros, mas quando eles começam a contar assim, eu vim de tal lugar. Pô esse cara saiu da família dele e veio parar aqui. Eu acho bem interessante, né.

Para o médico o CnR é um lugar de cuidado. Vejamos:

Na realidade é uma forma de amenizar esse dano do usuário de droga porque ele não vai chegar ao hospital, porque ele fica constrangido no hospital, e eu acho que a gente chegando até ele a gente realmente vai fazer o que é da profissão que é fazer o bem pela pessoa do jeito que ela é não importando o que ela é ou que ela fez, que a gente tá ali pra cuidar dele que é o objetivo da saúde né?! E a gente chega lá sem julgamento sem nada, pra tratar dele. Se ele precisar de ajuda tá aqui né.

A assistente social considera o CnR assim:

É, aqui é como se você tivesse em casa na família, eu digo sempre, que aqui é uma família. Aqui a gente discute casos, aqui a gente atende, aqui a gente sorri, aqui a gente faz festa, aqui a gente come, a gente come muito aqui, nós faz farra, junta, nós somos um grupo muito unido.

Quanto ao conceito sobre a RD, a equipe a tem como a base de seu trabalho. Além disso, eles não falam diretamente sobre as substâncias psicoativas para os usuários. Na maioria das vezes, nem tocam no assunto do uso. O trabalho é de um cuidado paulatino e gradual, através do diálogo e da entrega de insumos. Estes por sua vez tomam uma dimensão importante, o que pode trazer em alguns momentos uma dificuldade em atender as necessidades subjetivas do usuário caracterizando momentos de instrumentalização, ou seja, quando os instrumentos ou insumos tomam maior espaço no processo de cuidado em detrimento do cuidado subjetivo. Não à toa em alguns momentos da observação de campo foi visto que quando os usuários não queriam “algo”, ou seja, algum remédio ou curativo, a equipe ia embora rapidamente. Contudo, isso não acontecesse sempre.

Os sentidos da RD são diferenciados variando entre a minimização de agravos, o autocuidado, a entrega de insumos ou a ampliação do conceito.

O médico considera que tudo que fazem se transforma em RD, o que demonstra uma visão ampla sobre esse conceito. Já traz o sentido de minimização de agravos e uma crítica ao trabalho da equipe:

Redução de Danos, como eu te disse, a gente aprende muito, a gente vive muito que é minimizar, mesmo, os agravos seja de saúde, seja do psicológico que aquele paciente tem na situação que ele vive né? Isso é Redução de Danos. Mas, ainda falta muito pra gente, literalmente, aplicar essa Redução de Danos porque, por exemplo: Em dois anos nós não trabalhamos, nós não utilizamos, por exemplo, materiais que nós poderíamos utilizar, pra diminuir a possibilidade de agravo de saúde, né? Distribuir cachimbos, que a gente não faz, que deveria fazer isso aí. A gente já distribuiu preservativos, que é uma Redução de Danos. A gente aplica anticoncepcional nas mulheres que estão em situação de rua e que realmente aceita, a gente aplica pra ter o controle de natalidade. Nós fazemos a medição de pressão, o índice de glicose.

O outro redutor de danos inclui na RD a entrega de insumos, a substituição de uma droga por outra e o cuidado com a higiene:

... é um remédio, tentar convencer ele de trocar uma droga por outra. Às vezes nós leva sabão, sabonete, pasta de dente.

Já a enfermeira traz além da minimização de agravos uma aceitação em relação a morar na rua e uma crítica àquilo que ouve sobre seu trabalho:

Reduzir danos é reduzir algo que já está ruim na pessoa, é dar uma qualidade de vida melhor naquela situação que ela existe, que ele está ali naquele momento, não é retirá-lo daquela situação, mas deixar ele naquela situação melhorando a qualidade de vida dele. Alguma coisinha né que pra muitos podem ser em vão né que muitas pessoas querem um tudo né, se ele não sair de usar droga não serve. Melhor não gastar dinheiro né, pagando profissional só pra tá indo entregando doce, pagando profissional desse tanto de dinheiro só pra tá indo lá conversar com eles mas é uma Redução de Danos sim né. É algo importante, na verdade, reduzir danos dessa forma.

Ao serem questionados sobre a visão que apresentam sobre os moradores ou pessoas em situação de rua vemos a equipe na direção de entender a escolha dos usuários, tentando sair de seu próprio território existencial e modificar sua compreensão a respeito da vida na rua inclusive os vendo como cidadãos de direito.

A coordenadora da equipe nos demonstra uma visão de direito alertando para os conceitos pré-concebidos que trazemos de nossa sociedade:

Quando você começa a trabalhar você vê de uma outra forma. Eu sei que eles não são uns coitadinhos, essa ideia eu não coloco pra ninguém, acho que ninguém na vida é coitado ele tá no prejuízo de alguma situação que foi em consequência dele ou não mas ele não é um coitado. Não coloco na situação de coitado. Que a gente tá ofertando a mudança. É diferente quando o governo, ele não te oferta. Entendeu? Então, assim, é um cidadão de direito, é isso que eu vejo, independente do que ele faz, se ele furta, se ele rouba, se ele tá em situação de rua, se ele quer se cuidar, se ele não quer, nós estamos ali pra trabalhar, pra fazer saúde e colocá-lo na rede quando necessário que não seja apenas saúde. É isso que eu vejo. Um cidadão de direito, cabou! Não vou questionar porque que ele tá fazendo, porque ele deixou de fazer não. Que se a gente for pensar por isso desmotiva, e você acaba deixando o lado dos seus conceitos, seus estigmas entrar no campo profissional. Nós não estamos aqui pra isso, nós estamos aqui pra trabalhar e da melhor forma possível.

A redutora de danos, que é a profissional mais recente na equipe nos demonstra muito claro esse movimento de desterritorialização quanto à visão sobre os usuários:

Assim é, eu vejo que são pessoas normais como a gente. Só que assim, eu me comovo muito com a história deles, vendo aquela situação, a gente conversa muito o porquê deles está ali, é opcional como eles falam, então assim eu me comovo, mas eu tenho que aceitar é a decisão deles, acham bom viver daquele jeito, a forma correta não é a minha, a deles também é a correta. Porque eu escolhi a minha vida, viver dentro de uma casa, ter uma família e eles escolheram viver daquela maneira né, então nós temos só que aceitar e cuidar deles do que tão precisando, eu vejo assim.

Quanto à percepção da equipe em relação ao que seria o acolhimento, podemos perceber variações entre o escutar, o cuidar, o encaminhar o usuário e a disponibilidade para o usuário.

A psicóloga da equipe nos fala a respeito de como se dá o acolhimento para ela:

Eu acho que no acolhimento tem que ter a empatia, você tem que chegar de braços abertos, porque sempre que você vai fazer uma primeira abordagem a pessoa tá muito desconfiada, então assim, primeiro você tem que ganhar a confiança da pessoa, tudo isso tá no acolhimento, tem que ganhar a confiança da pessoa, pra ela conseguir te ouvir, ali, alguma coisa, pra ela conseguir falar alguma coisa, porque muitos na primeira vez não falam. A gente fala, explica qual é o nosso serviço, quais os profissionais que têm, fala que tá sempre na rua, dia “x” vai passar ali de novo pra ver se ele tá precisando de alguma coisa, talvez ele não esteja precisando de nada agora, mas depois ele pode vir precisar e o que ele precisar, quando ele vê a van passando na rua ele pode dar com a mão, ou sei lá, assoviar, ou fazer um gesto que a gente pára. A gente comunica e vai ganhando a confiança aos poucos e na segunda ou terceira vez a gente faz o cadastro, aí eles já ficam conhecendo a gente e o serviço,

agradecem demais. Acho que o acolhimento ... , várias coisinhas pequenas pra acontecer, porque se não, não acontece.

Um dos redutores de danos clarifica o que não é acolhimento, o que ele considera acolhimento e traz uma percepção de rede integrada, do trabalho coletivo da rede:

O acolhimento (pensando) . É um conjunto de fatores, né? Porque como é que eu posso dizer assim, o acolhimento só pegar o nome, perguntar a idade, fazer uma ficha e mandar pro MS que teve um atendimento, e deixar ele à mercê. Então, isso não é acolhimento. Acolhimento é nós ver, encaminhar, igual eu tô te falando, a pessoa dizer que quer ir pra um centro de recuperação, poder pegar ele, levar pro CAPS, aí isso seria um acolhimento. Eu. (pensando) fazer o acolhimento e o encaminhamento, isso é o coletivo, né? Ele ser bem acolhido, ser atendido, encaminhado e tratado. No caso se ele quiser o tratamento né, mas se ele quiser só conversar, um curativo ou outro, aí no conjunto lá, seria, isso, se a rede funcionasse mesmo, e acolher. E deu levar esse paciente com as informações que eu tenho e ele já colher outra e ser criado um projeto terapêutico até compartilhado, entendeu, o nosso e o do CAPS, não ser diferenciado, nem que seja uma vez no mês discussão de caso junto pra pegar o que nós temos e acrescentar lá e pegar o que eles tem e acrescentar pra nós, acho que falta isso também.

A redutora de danos considera sobretudo ouvir o usuário:

... mas é a gente poder ajudar, poder tá cuidando deles, é eu poder escutar um pouco, ouvir o que eles têm pra falar porque muitas vezes eles precisam de ter alguém pra ouvir o que eles tem pra falar e é assim eu acho essa parte do acolhimento. É você estar um pouco presente né, é você ouvir, é você chegar lá e parar pra escutar , você ajuda com que ele tá precisando, então eu acho isso porque muita gente pensa que acolher é eu pegar e trazer e colocar dentro da minha casa, não porque muitas vezes tem muitos deles passando por algum problema e só quer que você escute o que ele tem pra te falar.

Já o médico da equipe traz o acolhimento como fazendo parte de todas as ações realizadas pelos profissionais, nunca negando ao usuário um mínimo de atenção ainda que a ação seja mínima. Vejamos:

O acolhimento pra mim é nunca dizer o não, é tentar por menor que seja a ação, uma ação, um cuidado e eu acho que toda ação que a gente faz é de certa forma um acolhimento, é tá acolhendo tanto na forma social como na forma de saúde, enfim em todas as ações nossas.

Através dessas narrativas, percebemos que há certas variações na compreensão e percepção dos profissionais a respeito de algumas categorias encontradas na pesquisa.

Trabalhar no CnR significa sentir-se em casa, em família e feliz. É também uma terapia, um aprendizado através do acompanhamento de outras pessoas. O CnR é sentido como um lugar de cuidado não só para os usuários como também para a equipe.

A visão que os profissionais apresentam sobre a RD varia desde uma compreensão ampla em que todas as ações são sentidas como RD, passando por entrega de insumos,

substituição de drogas por outras drogas, cuidado com a higiene, minimização de agravos e a própria aceitação da equipe sobre a rua ser a casa dos usuários.

Os moradores de rua são vistos como pessoas de direito e como pessoas normais, como todas as outras.

No que tange ao acolhimento, a equipe do CnR compreende ser a escuta, o cuidado, a disponibilidade para estar com os usuários e os próprios encaminhamentos para outros serviços quando necessário.

Desta forma, podemos dizer que há tantas percepções quanto profissionais trabalhando, gerando uma multiplicidade de práticas no cotidiano do serviço.

6.2.4 A produção do cuidado à luz do usuário: A história de João

Foi dentre as cenas descritas e tantas outras que decidimos trazer João. Cartografar a sua história não foi tarefa das mais fáceis. Além de ser um usuário calado e quase sempre sob efeitos de substâncias, a própria equipe não tinha em mãos muitos detalhes de sua vida e o prontuário é evoluído¹² sob a ótica do olhar biomédico, registrando apenas sobre as consultas dos médicos e enfermeira. Foi em discussão do caso com a equipe que se iniciou o preenchimento de prontuários com evoluções que contemplassem outros aspectos da vida dos usuários. Os profissionais perceberam a forma como preenchiam os prontuários negligenciando aspectos sociais e subjetivos do usuário através das perguntas que o caso suscitou.

Diante da situação de campo, o cotidiano da rua, o desafio posto para a entrevista com João era o de termos um encontro em que ele estivesse em condições de estabelecer com a equipe uma relação na qual expusesse suas narrativas. O fato de João estar sempre sob o efeito de substâncias dificulta bastante o trabalho da equipe. Como ele se apresentou sempre muito calado, na observação de campo, não tivemos muito contato, mas embora as palavras não fossem nosso meio de comunicação, a presença constante à Praça, lugar de encontro de usuários de substâncias psicoativas, foi fundamental para que ele aceitasse o convite de participação da entrevista. O convite foi oferecido pela própria equipe do CnR, ponte entre a pesquisa e o usuário, porém a entrevista não se deu com hora programada. Embora tivesse sido planejada para a semana seguinte à noite em que ela ocorreu, a entrevista se tornou uma surpresa. Em uma das idas ao local de reunião do CnR os redutores de danos inesperadamente orientaram que fôssemos com eles naquele momento, pois João havia aceitado o convite.

A escolha de João se deu por diversos motivos. Um deles é o de ter sido o usuário que mais circulou pela rede de atenção que a cidade oferece: os CAPSs, a Residência Terapêutica

¹² Evoluir um prontuário significa anotar os atendimentos que foram realizados.

(RT), o CnR e os outros dispositivos de saúde e assistência como o HMI, as unidades básicas de saúde, CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), equipes de Saúde da Família, o Centro POP. Além disso, o tempo em que estava sendo assistido pelo CnR, dois anos, cria um desafio para a equipe, que o atende em suas necessidades clínicas.

A primeira vez que a equipe do CnR esteve com o João foi para assistir às necessidades clínicas que o usuário apresentava. Vamos à recordação da assistente social sobre esse primeiro encontro:

[...] Se ele tivesse um problema clínico ele conversava e pedia ajuda, se não, ele nunca foi um paciente de chegar pra gente conversar e se abrir ou de uma conversa. [...] Quando a gente começou a atender ele, era inúmeros problemas mesmo no pé, machucado, ferida, um furado. E aí começou ... Nós começamos esse trabalho com o João clinicamente. Ele nunca foi de contar a história dele”. (grifos nossos)

Embora a cidade ofereça diversos dispositivos, João se vinculou apenas ao CnR. No caso de João há uma dificuldade em colocá-lo em rede. Não há ainda uma fluidez entre o CnR e o CAPS ad, por exemplo. Os profissionais referem que os usuários não se sentem bem no CAPS ad, não são acolhidos.

A coordenação do CnR traz essa evidência ao ser perguntada sobre a relação do CnR com o CAPS ad, referindo-se à Oficina de Atualização Profissional de Resende, já descrita em outro capítulo, e em que acredita que poderá contribuir para uma relação mais próxima entre os serviços.

“Estritamente entre profissionais. Falar que a equipe tem abertura ... que nem te falei, a gente estreitou. Esses seminários estão sendo bons”.

Um dos profissionais do CnR também fala a respeito da relação com o CAPS ad e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):

Não tem ajudado muito. Internação: um paciente agora que esteve lá, disseram que não podia internar ele porque ele não estava em surto. Mas ele tava todo sujo, tava querendo banhar. Eu acho assim que precisa de mais companheirismo. No caso da ambulância, a gente liga, às vezes atrasa. Aí demora, demora muito, uma hora mais ou menos. Isso é muito chato. Que é, uma equipe? O Consultório na Rua, vamos lá? Pode ser qualquer outra pessoa. E é porque é uma equipe que trabalha! E outro cidadão de bem que liga precisando de uma ambulância? Esses fatores aí.

Contudo a equipe procura ir a postos de saúde, ao hospital geral solicitar auxílio, ao SAMU quando necessário, mas tudo ainda bastante penoso e à custa de algumas informações em que eles conseguem colocar as outras equipes em xeque. Assim, são atendidos em algumas de suas solicitações e à custa de bastante insistência.

Embora a rede não esteja tão fluida, as tentativas da equipe em fazer uso dos dispositivos da cidade são pontos de ligação da rede tentando operar o processo de cuidado. Como João estava sempre machucado, ao longo do tempo da pesquisa, vimos a equipe sempre tratando de seus ferimentos. A equipe trabalha de forma bastante autônoma e horizontal, em que o campo mostrou que os cuidados não são relacionados a formação profissional, como por exemplo, o redutor de danos limpa as feridas, o médico segura a lanterna para outros da equipe quando necessário, a psicóloga pega a maleta de insumos, o que demonstrou uma coesão do grupo, e até mesmo no início dos trabalhos em que a assistente social leva às vezes deliciosas comidas para a equipe. Os ferimentos de João funcionavam como um elo de ligação entre ele e a equipe e embora haja um reconhecimento da necessidade de se cuidar dessas feridas muitas vezes o trabalho da equipe se tornou instrumentalizado. A equipe reconhece essa instrumentalização e se angustia em vários momentos pensando em como fazer com que João aceitasse outro caminho de cuidado e mantém seu trabalho cuidando das feridas e incorrendo em uma recorrência: a tentativa de sempre levar João e os outros usuários para o Centro POP, que é o lugar que o CnR tem vínculo firmado para os atendimentos, inclusive trabalhando lá uma vez por semana.

João tem em torno de 30 anos de idade. Nasceu em Imperatriz, mas viveu parte de sua vida em Tocantins. Normalmente anda descalço, de short e camisa de manga. Sujo. Seu cabelo moicano é sua marca. Tranquilo e ao mesmo tempo fechado aguardava a entrevista cedendo alguns minutos. Ao longo de todo o tempo esteve com o gravador em suas mãos trêmulas. Estava sóbrio devido aos vômitos de sangue por alguns dias. Os momentos de sobriedade são momentos comemorados pela equipe do CnR. São esperados como momentos de encontros alegres, que poderiam ter a capacidade de afetar o usuário para uma possível mudança. Momentos que poderiam configurar um aumento de sua potência.

A Praça é um lugar bem arborizado com bastante movimento, onde há intensa atividade comercial e uma obra de arte no espaço, e em torno dela muitos moradores ou pessoas em situação de rua se reúnem, formando por vezes um aglomerado de pessoas. Foi nesta praça que João iniciou uma nova rede de atenção entrando em contato com alguns comerciantes do entorno, inclusive conseguindo com um deles uma internação em uma CT. Isto nos mostra um usuário ativo, com certa autonomia, capaz de criar novas relações na vida.

Em meio a vários moradores de rua nos aproximamos de João e de sua irmã e começamos a entrevista. Sua família é composta por 4 irmãos, sua mãe, sua avó e um sobrinho. Uma irmã e o pai morreram. João trabalhou como pedreiro e também na roça. Teve emprego de estivador. Seu patrão gostava dele bastante, segundo sua irmã. Há tempos João mora nas ruas. Na atual Praça, há 3 anos. Quando criança era um menino sossegado. Sua infância teve

muito da labuta de sua mãe para criar os filhos. Seu finado pai bebia em excesso. Seus irmãos, a maioria, também faz uso abusivo de álcool, exceto sua irmã. Quanto aos estudos quase completou a 8ª série. Aos 15 anos iniciou o uso de bebidas e outras drogas. Casou-se e teve filhos, reconhecendo apenas um deles devido a problemas conjugais. Com este não mantém contato direto. O menino tem medo do pai. Separou-se da esposa devido aos problemas que o uso de substâncias trazia. E em determinado momento, atravessado pela separação e o desgaste que sentia causar em sua família decidiu morar na rua afrouxando seus laços familiares:

“Desgastei muito a minha mãe e minha irmã ... Aí eu saí tipo só com a roupa do corpo. Ela ficou chorando, mas foi o jeito.”

João começou a roubar, inclusive objetos em sua própria casa. E resolveu que a mãe não iria mais ver cenas desse tipo.

Eu disse: nunca mais a senhora pode derramar o choro por mim ... Estando vivo não derrama mais não. Porquê? Porque eu tô indo. Pra onde? Pra onde Deus me guiar e saí de pé pra cá só com a roupa do corpo. Quando eu cheguei aqui o pessoal me deu meio monte de coisa, me deram roupa, me apoiaram aí e tô aqui até hoje.

Hoje trabalha na vigilância de carros na Praça.

O que aconteceu ao longo dos anos? João era uma criança como as outras, embora todas as dificuldades sociais que sua vida lhe impôs. Desenvolveu-se ao longo da vida através dos cuidados de sua genitora e de seu próprio trabalho. Ao que tudo indica o uso indevido das substâncias aliado a questões amorosas reduziu sua potência vital.

As substâncias passaram a representar a busca do prazer fácil, efetivação de encontros alegres. No entanto João sofre a captura das substâncias e estas passam a ser a sua única fonte de prazer. Sofre assim uma captura e o que era para ser fonte de prazer, passa a ser de tristeza. Aprisionado pelo uso excessivo de substâncias, João perde a prudência. Outrossim a equipe do CnR não consegue captar as intensidades afetivas que o próprio João sinaliza como o filho, e a irmã, por exemplo.

João relata que ao longo desses anos na Praça se internou em uma CT religiosa na redondeza, a qual é paga e cobra que levem seu próprio enxoval. O acesso se faz por uma pré-seleção no tipo de triagem feita onde é verificada a vontade do usuário em se tratar. Quando isto aconteceu o levaram de carro.

Lá os primeiros três dias você não faz nada, é só deitado mesmo, deitado e comendo, dormindo e comendo. Agora depois dos três dias vão aplicar tarefa em você, dar uma força, uma bota boa. Coloca trinta peão assim, um do lado e outro do outro, quinze do lado quinze do outro. A cabeça vazia é oficina do diabo e é mesmo oh! O cara tá deitado sem fazer nada só tá pensando em coisa que não presta.

Através dessa fala podemos inferir que na CT há um regime de trabalho, braçal, para ocupar a mente. Ao que parece, nessa instituição, o pensar, o falar sobre a relação estabelecida com a droga não é o caminho de tratamento. O aspecto moral, a ideia de mal, do demônio é a linha de pensamento. E João se vê nessa situação: na tentativa de não pensar em coisa que não presta.

Na CT João tentou participar de um tipo de vigília ao longo de 24 horas. João nos diz:

Eu não aguentei e deitei. Quando eu deitei na cama não sei o que foi que me deu que não sei nem como levantei, sei que quando eu acordei eu tava lá de trás do banheiro, debaixo de um pé de coisa, deitado e chorando. E eu fugi de lá de dentro, de novo, sem ver também. Eu não sei que diabo é isso também não. Só sei que quando os crentes passam aqui (na Praça) e põe a mão no meu cabelo eu caio bem aí. Um dia caí aí e taquei a testa e também não vi não. Os caras pensam que eu sou endemoniado. Sei não oh! Sou nada.

Sua irmã relata que quando eles começaram a rezar, ele se sentiu agoniado, atribulado.

João não ficou mais que uma semana na CT. Repentinamente saiu correndo, não falava com nexos e saiu pela cerca de arame farpado. Nas entrevistas com os obreiros estes disseram que João fugiu da Comunidade.

Por sua autonomia e construção de rede João se internou na CT, porém esta com um olhar e uma prática moral não dá o suporte necessário ao questionamento de João a respeito de ser endemoniado e do processo de abstinência das substâncias. João não se considera endemoniado. Ele checa os valores morais estabelecidos pelo tratamento na CT e abre um espaço para outras formas de apreensão de sua compreensão sobre o uso das drogas. Acreditamos que aqui é uma oportunidade para o CnR adentrar já que João mostra que embora tenha participado da CT não concorda com a visão moralista de Deus e Demônio.

Sua mãe e irmã, que moram em outra cidade, nunca o deixam sem assistência. A irmã o visita sempre na Praça. A mãe vendeu sua casa, e algumas outras coisas, e alugou um quarto para João. Ele vendeu as coisas do quarto e lá se tornou um ponto de encontro para uso de drogas.

Ao ser esfaqueado por uma moradora de rua, no ano de 2014, João foi encaminhado ao HMI, mas foi embora sem alta médica do hospital com o soro no braço. Foi nessa época que a assistente social do CnR obteve, através de João, os contatos de sua mãe e irmã. João foi encaminhado ao Centro POP onde ficou uma semana voltando em seguida à Praça de costume.

A assistente social do Centro POP refere-se a João como uma pessoa meio viva, meio morta:

“[...] ele tava jogado na Praça nu, nunca tinha visto um lá assim! E ele tava nu, jogado no canteiro como se tivesse passando mal né, ele tava sobre efeito de droga.”

Sigamos a pista relativa aos “zumbis”. Que caminhos foram percorridos para que chegasse a um processo de “quase morte”? Há que se levar em conta de que “quase morte” estamos falando. Consideramos aqui duas passagens, dois movimentos, dois planos. Aquele mais evidente, o corpo deteriorado, ferido e machucado. Um outro corpo, uma morte social, mas que também pode ser dito como uma morte coletiva. Um “dado”, uma teia oferecida e construída socialmente que coloca um usuário como João em um plano de relações de poucas aberturas, com baixo grau de porosidade. Esses planos se imbricam, de certa forma, cegando-nos, impossibilitando de vermos João.

Quanto aos insumos oferecidos vamos a uma fala de um dos redutores de danos a respeito das medicações:

A importância dos remédios? É muito importante. O usuário quando ele tá precisando ele não quer saber de “a mais b”, né, que não tem, não sei o quê, né. Começa a ficar zangado e a equipe tenta tipo assim tirar o foco dele do remédio, medir uma pressão. Que eles falam logo, o que vocês vieram fazer aqui? Só olhar pra nossa cara? Não. A gente vai, mede a pressão dele, vê como é que tá. Assim, tem uns pontos aí. Não dá pra fazer tudo na mesma hora. Interessante.

O redutor de danos exemplifica claramente o quanto o processo de trabalho pode ser capturado pelos insumos. O usuário quer uma medicação, quer alguma coisa, é preciso dar-lhe algo. Então ele procura uma outra forma, a aferição de pressão, para ir desvencilhando a relação objetual que aparece no cotidiano, tentando minimizar a entrega da medicação. Ele traz o objetivo do contato daquele dia, uma visita. Uma aproximação sem moeda de troca. E percebe que não é possível atender a todas as necessidades do usuário.

O outro redutor de danos da equipe traz uma recordação de uma cena em campo que revela a potência do trabalho durante a entrevista:

Você ver um médico se ajoelhar, botar o joelho no chão, sentar a bunda no chão, a enfermeira pegar um pé sujo podre fedendo, lavar como se fosse um pé de um parente, higienizar, medicar, fazer o curativo, isso aí é indescritível! Uma cena dessas! Isso aí nem em hospital a pessoa vê.

Esse cuidado oferecido traz uma transversalidade¹³. É um ponto de ligação de intensidades, de trabalho, atravessado e mediado pelos procedimentos, instrumentos e a afetação dos profissionais de saúde que podem reverberar em um lugar de potência para o usuário, e para a equipe, aquecendo suas intensidades, e paulatinamente ir deixando o lugar instituído de “zumbi”. Portanto, os instrumentos são um meio de aproximação em direção aos usuários, estão ali para garantir a vida biológica, mas para garantir a vida afetiva é preciso

¹³ A transversalidade, segundo Baremblytt, significa um entrelaçamento, no rizoma. Está relacionado às linhas de fuga do desejo e da produção, funcionando como dispositivos ou agenciamentos. Ver p. 195.

vibrar. O cuidado quando realizado apenas com o olhar biomédico, intervém no corpo biológico de forma instrumental e com intervenções exclusivamente de restrição sobre a pessoa, proibitivas, e ingestão de medicamentos, não contribuindo para que este corpo se restabeleça do ponto de vista sócioafetivo. O instrumento posto dessa forma deixa de ser um ponto de lugar de intensidades e fluxos. O cuidado biomédico olha o sujeito através do “olhar retina”, como um objeto sobre o qual vai intervir com um suposto saber. Constrói uma relação autoritária, burocrática, que objetifica o sujeito e o coloca nos lugares instituídos que aprisionam os trabalhadores e os usuários. Já o cuidado com referência na Clínica dos Afetos, intervém sobre o corpo, reconhece e opera também sobre o corpo afetivo, a subjetividade, utilizando estratégias de cuidado que tentam resgatar o sujeito impactando sua subjetividade, e assim ele não é proibitivo, não exigindo a abstinência ou uma resposta imediata à oferta. O projeto terapêutico é agenciado, negociado com o usuário, onde a RD, como um processo instituinte, tem possibilidade de atuar de forma a resgatar este sujeito para a vida. Este tipo de cuidado que não é biomédico, mas integral e de resgate da pessoa para a vida e o mundo, vê essa pessoa com o corpo biológico, e também um que vibra pelo efeito dos afetos, caracterizando um modo social e afetivo de produção de cuidado.

Por outro lado, a equipe não tem um projeto terapêutico claro e definido para João como também para outros usuários do serviço. A equipe mantém como projeto cuidar das feridas de João.

E os atendimentos se seguiram ao longo dos anos baseados nos atendimentos clínicos que João solicitava como se pode observar no prontuário que totalizou 15 evoluções, todas descritas a partir do olhar biomédico, marcadas pelo oferecimento de medicações e cuidado às feridas, preenchidos basicamente pela enfermeira da equipe. A discussão da equipe a respeito do caso bem como as decisões que se tomaram a respeito não foram registradas, indicando que, embora haja um compromisso nos atendimentos por parte da equipe, o seu trabalho coletivo não é considerado em nível de registro.

João voltou à Praça. Como ele mesmo diz: “Cada um de nós tem uma história”.

Atualmente João se encontra em uma CT.

João precisava de cuidados clínicos de ferimentos, mas também de cuidados sobre o seu “corpo afetivo”, que fosse capaz de produzir uma reabilitação da sua potência, da sua possibilidade de produzir vida nele mesmo. Algo que pudesse ativar a vontade em João, e o tornasse um ser desejante, com força e resiliência para ativar os vínculos rompidos com as pessoas que são do seu afeto, e a vida.

Para um projeto terapêutico que inclui o corpo biológico e o afetivo, era necessário que a equipe ajustasse suas lentes de olhar aquela situação, utilizando o corpo vibrátil. Este é capaz

de ver o invisível, o sensível, afetivo. Porque não é matéria, não tem densidade, não tem tamanho. Ele é um campo de intensidades produzidas nos encontros.

Então, para produzirmos um encontro capaz de nos colocar em outra cena, diferente da cena do corpo adoecido, ou da homogeneização do cuidado, sem respeitar a singularidade do usuário, sua história de vida, sua relação com a rua, seria necessário mergulharmos nas intensidades produzidas nele para vermos um corpo de intensidades.

Nos processos de trabalho, os desejos do usuário e da equipe estão em pleno agenciamento, ainda que esses agentes não tenham consciência. O desejo de João e o desejo da equipe, portanto, estão em movimento, agenciando-se o tempo todo, tentando provocar mudanças.

No caso do João, a busca de prazer se dá de uma forma que o sujeito fica totalmente capturado pelo uso de substâncias psicoativas. Nesse percurso, o corpo drogado emerge em intensidades frias, ondas geladas, ficando quase sem vida, inerte. As passagens de intensidades são tênues o que faz com que o usuário fique sempre tangenciando perigos, esvaziando seu corpo afetivo ao invés de preenchê-lo. Um corpo pautado pelas marcas dos encontros tristes. Por outro lado, aquele que reage a isto e reconstrói seus vínculos com a multiplicidade que o mundo oferece, produzindo mais encontros alegres, descobre um campo de potência, de desejo, e se torna um sujeito capaz de produzir seu próprio mundo, governar sua vida, e mesmo que faça a opção por continuar com o uso de drogas, o faz a cada dia mais sob seu próprio controle. Semelhante a uma alquimia em que não vemos as substâncias, mas vemos sua efervescência, esses encontros são produzidos e produzem a máquina social, agenciando as intensidades, e construindo e sendo construídos pelo coletivo.

Através da história de João podemos nos interrogar a respeito do cuidado em saúde e seu processo de trabalho. Quais as possibilidades do processo de trabalho em campo na rua tendo como diretriz a RD? Quais as possibilidades de que amarras clínicas, a instrumentalização e seus procedimentos, se desvencilhassem a fim de que o usuário se potencializasse sendo protagonista de sua história?

Encaminhando para uma análise do cuidado sob a perspectiva da RD, uma primeira problematização das práticas de cuidado se deu através do reconhecimento de que há uma centralidade no cuidado instrumentalizado. Ao mesmo tempo, discutimos elementos como a Clínica dos Afetos e a subjetividade como caminhos para a produção do cuidado.

Entendemos a RD como uma força instituinte que apresenta conceitualmente autonomia e cidadania, e que é uma lógica compreendida pelos mais diversos sentidos. Porém, tê-la como processo normativo não garante que ela venha a ser realizada. Para que ela seja vivenciada é necessário que os profissionais engajados se permitam mudar o seu olhar para o mundo

agenciando encontros instituintes de afirmação à vida, quebrando conceitos pré-concebidos, moralistas, repressivos.

O caso nos revela a tensão entre a necessidade biológica do usuário e a necessidade de afecto, algo que possa fazer com que encontre um percurso de encontros alegres capaz de dinamizar o torpor de corpos adoecidos, o corpo biológico e o corpo afetivo.

Também nos mostra o trabalho paulatino de uma equipe que ora se vê capturada pelo corpo biológico, aquele visto pelo “olho retina”, e ora se vê afectada por esses encontros de intensidades e desejo. Desejo produtivo e criador, da equipe e do usuário em uma afirmação pela vida.

Quanto à rede de cuidados, João nos demonstrou que tem autonomia e que fez novos amigos, criou um novo trabalho além de manter o vínculo com a irmã.

Por outro lado, a relação de afeto entre João e a irmã não é explorada pela equipe. A irmã é reconhecida pela equipe como cuidadora de João, mas não entra em um projeto terapêutico na tentativa de propiciar algo diferente. O filho de João, que tem medo dele, poderia ser uma linha traçada nesse cuidado através da tia, que facilitaria esse contato entre pai e filho.

O caso nos revela que instituições morais como as Comunidades Terapêuticas muitas vezes não acolhem o usuário em seus questionamentos interrompendo o vínculo ora criado.

Quanto à equipe do CnR, foi observado um trabalho integrado em seu cotidiano em que as formações profissionais não obstruem o cuidado. Há uma horizontalidade nas funções de cada um. As especialidades se presentificam quando a ocasião exige. Contudo, no que diz respeito ao registro das análises dos casos atendidos, privilegiam-se as tecnologias instrumentais em detrimento das relacionais.

Na medida em que não há um projeto terapêutico claro, ainda que se compreenda que um projeto terapêutico mude ao longo de seu percurso, o processo de trabalho da equipe se desenvolve timidamente no que concerne a sua própria gestão pois a discussão e planejamento do cuidado auxiliam a própria equipe no ato de cuidar e viabilizam um território consistente para as mudanças necessárias que poderiam ser impostas pelo caminhar do próprio processo de cuidado.

Um dispositivo que poderia ser explorado é o de um espaço analítico constante para que a própria equipe pudesse gerar subsídios para novas possibilidades de cuidado em rede.

Contudo, parece que o convite é de ficarmos um pouco míopes, no sentido de darmos àquilo que vemos com tanta naturalidade um ar de desfoco. Desfocar dos processos instituídos, estranhá-los, e mergulharmos nas intensidades e provocações que só uma imagem desfocada é capaz de instigar. Através de nosso corpo vibrátil.

A história de João também diz respeito sobre aqueles que são capturados pelas drogas, fala de suas intensidades e como a captura o coloca em um lugar de baixa potência.

6.2.4.1 *A análise através do fluxograma descritor*

A discussão do caso de João através do fluxograma descritor surpreendeu a equipe na medida em que ela percebeu que executa muitas ações em seu cotidiano revelando sua potência, sua capacidade de articulação, construindo relações com alguns pontos de atenção da rede.

Assim o Centro POP foi considerado pela equipe um ponto da rede de atenção fundamental para a produção de cuidado dos usuários e um parceiro do CnR.

No caso em questão, embora o usuário tenha optado por não permanecer o tempo que a equipe do CnR e do Centro POP consideravam suficiente, foi nesse lugar – o Centro POP - que João pôde convalescer dos ferimentos causados pelas facadas.

O caso de João mostrou à equipe a fragilidade das relações com alguns pontos de atenção. O CAPS ad é considerado pela equipe um ponto de atenção da rede importante, uma vez que a maior parte dos usuários são dependentes de substâncias psicoativas. No entanto, ainda não houve uma articulação para a produção do cuidado de forma mais eficaz no cotidiano dos atendimentos para pessoas em situação ou moradores de rua. Esse fato fez com que a equipe pensasse em estratégias na sua forma de contato com esse ponto de atenção, como por exemplo, a ideia de um redutor de danos ir com os usuários do CnR para o CAPS ad para alguma atividade que não fosse consulta médica ou psicológica.

Para os profissionais do CnR, o atendimento de João foi considerado satisfatório embora João tenha voltado a morar na rua antes de outra internação em uma CT. A equipe do CnR compreende que os atendimentos são paulatinos, e que os resultados não são resultados como os outros serviços de saúde. O desejo aqui entendido como produção e direcionado para a vida pode ser exemplificado pela assistente social:

Porque o profissional, sempre, a gente sempre espera, mesmo naquela situação que ele está, a gente espera que ele reaja. É o que o profissional quer, é o que a gente quer. Por mais que a gente tente entender, por mais que a gente consiga depois de um certo tempo entender toda aquela história, mas ainda assim o profissional quer que ele saia daquele estado que ele se encontra, ainda que ele tenha feito essa escolha e tá sendo ajudado de todas as formas e ainda que não conseguiu sair, mas o profissional, ele sempre busca que ele saia daquele estado em que ele se encontra e que ele consiga se enxergar, que ele consiga voltar a querer se cuidar e a querer viver, porque da forma que ele se encontra ali, não é, de uma certa forma dizer, que ele tá vivendo, né? Porque pra viver a gente sabe que tem todo um processo que faz com que o ser humano realmente viva e não sobreviva. Porque ali, é uma questão de sobrevivência. Cada dia que eles tão ali na rua, que tão esfaqueados ou que tivemos a notícia que ele foi morto, ele sobreviveu mais um dia. É uma questão literalmente de

sobrevivência nas ruas, mesmo com os tempos, mas é uma questão de sobrevivência. Eu acredito nisso.

Contudo, a equipe compreende o espaço da rua como o lugar do usuário, sua casa. Entende que é ali que ele mora, que constrói relações, encontros, sejam alegres ou tristes, e procuram respeitar esse espaço.

A importância do preenchimento do prontuário se libertando dos registros puramente biomédicos também foi algo que foi revelado através da discussão do caso. O CnR não tinha como prática o uso de prontuários. Criaram ao longo dos anos o seu próprio prontuário. Ainda assim, a evolução dos atendimentos tem como característica básica o registro de atendimentos clínicos, quase não constando a história ou indícios de emoções, comportamentos, vivências, ou os registros dos outros profissionais, prevalecendo os registros da enfermagem. Embora haja os registros da assistente social, sobretudo nos anos de 2014 e 2015, eles também tiveram como características os atendimentos clínicos e não aspectos sociais do usuário, por exemplo.

Ainda discutindo sobre os prontuários, os profissionais falaram de sua falta de prática em se atentar à subjetividade dos usuários atendidos. A atenção básica normalmente tem muitos formulários para serem preenchidos. São formulários bastante quantitativos, através dos quais a equipe pode ter acesso ao número de diversos procedimentos realizados e que se tornam muito importantes, pois através de seu preenchimento é que se tem a clareza do quanto a equipe está produzindo, pelo menos quantitativamente, garantindo verba federal. Essas observações nos revelam que a lógica biomédica se faz presente de forma bastante intensiva estando arraigada no dia a dia da equipe. Assim, o uso do fluxograma possibilita à equipe reconfigurar a importância de se registrar a história do usuário além de registrar os dados quantitativos que os encontros com os usuários oferecem.

Por fim, João demandou da equipe uma articulação com a família do usuário dado os riscos de vida que esse apresentava. Foi só através desses riscos que João diz a equipe do CR como encontrar sua família e a partir daí a equipe do CR e a irmã de João passam a ter também um vínculo, embora ela não esteja claramente contemplada em um projeto terapêutico.

Para uma maior clareza trazemos os fluxogramas descritores.

Através do fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CnR (fig. 3) podemos perceber que a entrada do usuário se dá por busca ativa ou quando há um encaminhamento, que aqui significa que alguém solicitou o CnR avisando aonde o usuário se encontra.

Assim, desde a entrada do usuário, a prática do CnR é um trabalho marcado pelo mínimo de burocracia. A equipe do CnR diariamente sai à campo em busca de pessoas em situação ou moradores de rua. Ao encontrar um possível usuário procura abordá-lo, e se ele não aceitar a

abordagem, a equipe continua suas visitas estando sempre à disposição para um possível atendimento. Se o usuário aceitar a abordagem, verificam-se suas necessidades. As intervenções que o CnR pratica em seu dia a dia são as consultas médicas, entrega de preservativos, encaminhamento para outros serviços, solicitação de exames, o acompanhamento por toda a equipe de forma intensiva - que tem como objetivo a escuta e o vínculo -, momentos de lazer programados, intervenções psicológicas, intervenção da assistência social - procura descobrir onde é a moradia da pessoa, se tem família, se há necessidade de passagens para que a pessoa possa ir pro seu local de origem caso deseje -, busca de roupas. Além destas há ainda obtenção do Cartão SUS e o procedimento da enfermagem que visa medicar, fazer curativos, aferimento de pressão e teste de glicemia. Porém, é importante lembrar que apenas a consulta médica se destaca como sendo atividade de um único profissional, o próprio médico. As outras ações são executadas por todos os profissionais da equipe, inclusive o médico.

O CnR ainda procura fazer rede com os demais serviços e assim consegue remédios que porventura possam faltar, consultas outras, mas é com o Centro POP que ele mantém um maior vínculo.

A saída do usuário se dá ou por reinserção social, óbito, perda de contato ou evasão, que significa que o usuário não quer ser atendido, mas como já vimos a equipe fica à disposição sempre tentando um contato.

Já o fluxograma descritor de João no CnR (fig. 4) nos indica que a equipe encontra João em sua ida a campo em maio de 2013. Até a ocorrência do episódio do esfaqueamento em novembro de 2014, os atendimentos de João aconteceram regularmente na Praça de Fátima conforme suas necessidades biológicas por todos os profissionais da equipe. A partir desse episódio, João começou a circular na rede de atenção. No HMI ele permaneceu menos de 24 horas e saiu de lá por sua própria vontade. No Centro POP permaneceu por uma semana para que os ferimentos pudessem melhorar. Poderia ter estendido sua permanência, mas também saiu por sua livre e espontânea vontade, o que deixou a equipe do CnR e do Centro POP bastante preocupadas.

Figura 3: Fluxograma descritor do processo de entrada e saída dos usuários do CnR

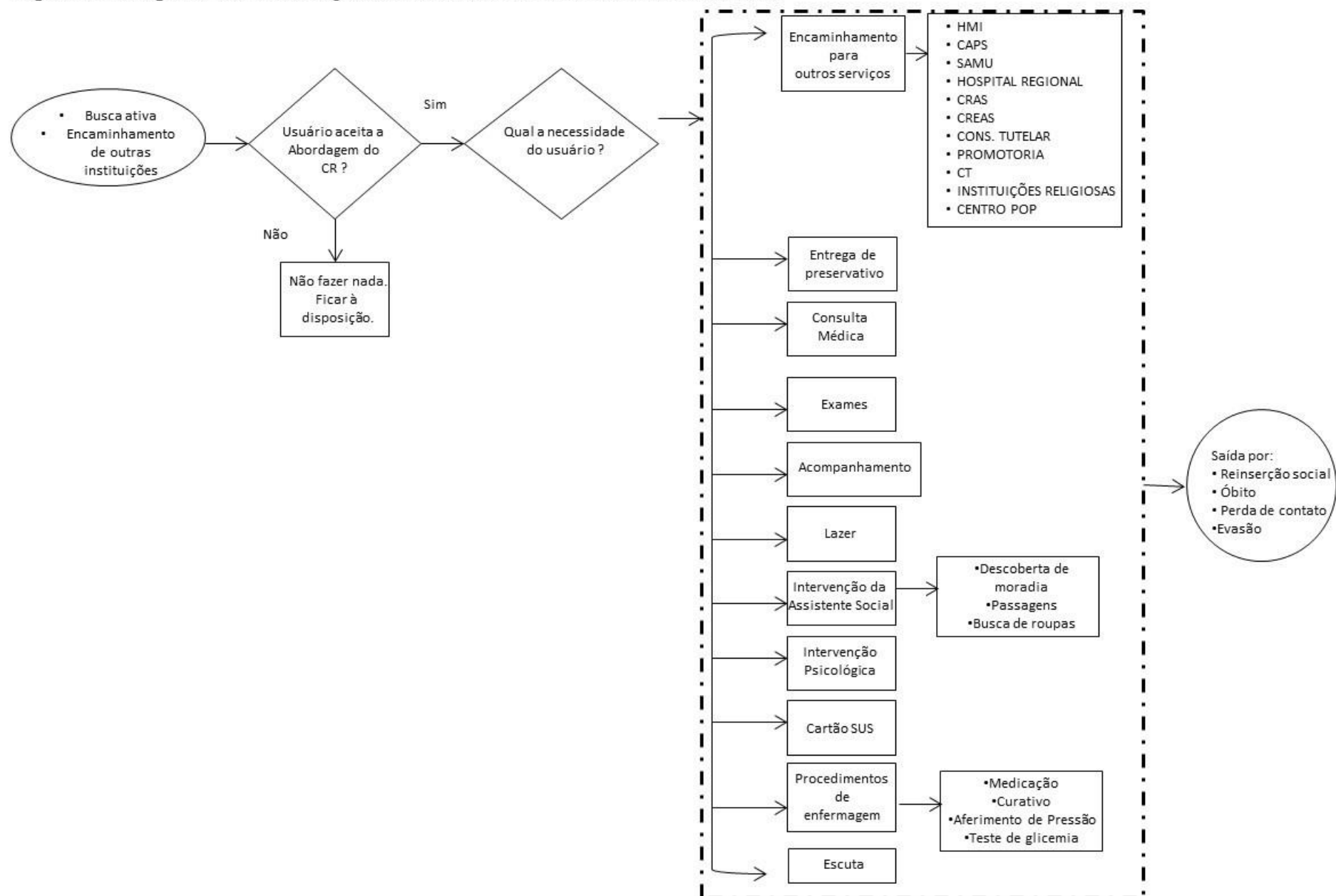
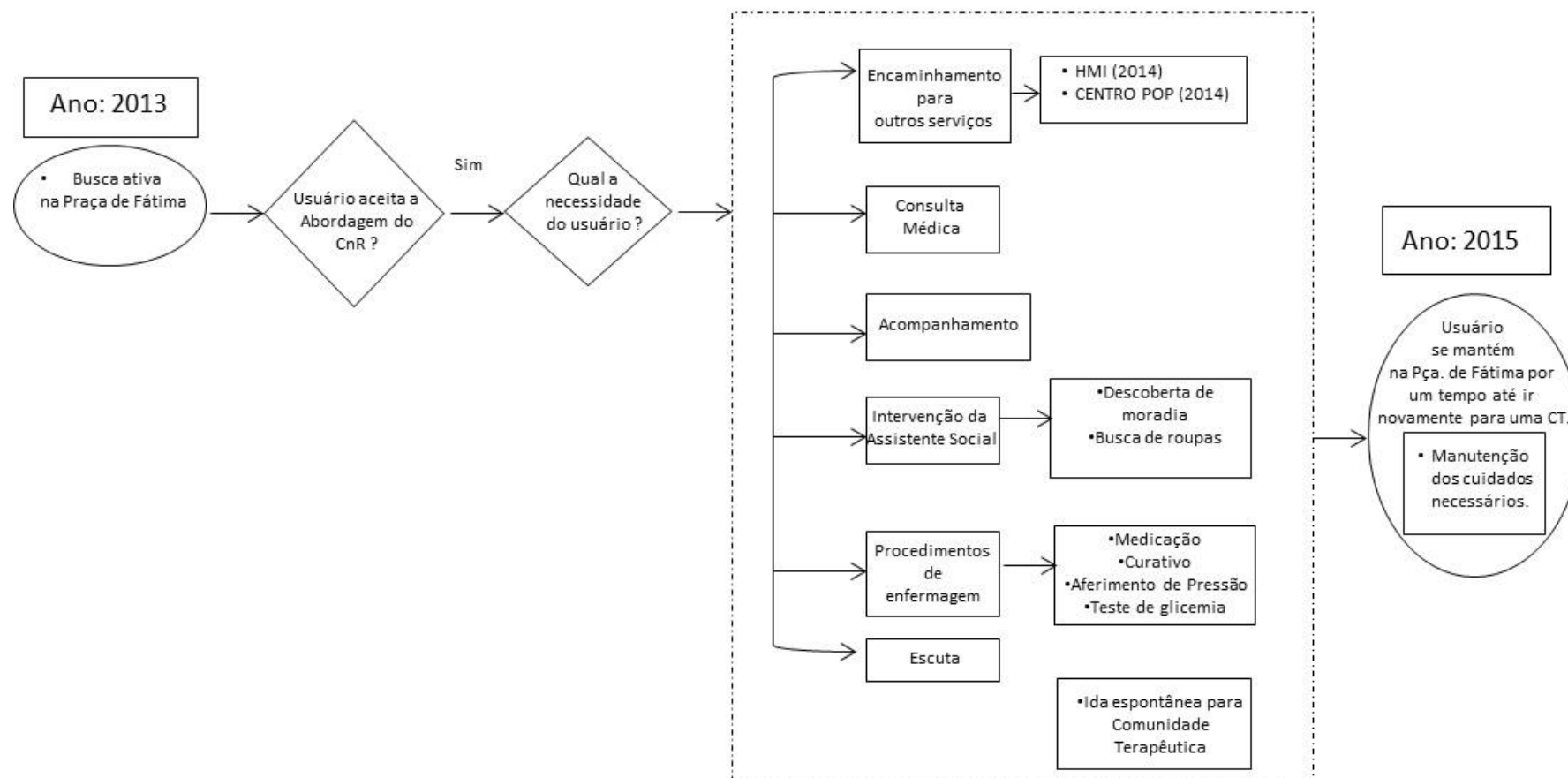


Figura 4: Fluxograma descritor do usuário do CnR



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é uma composição. Uma integração de um desejo antigo: estudar o campo a que dediquei longos anos de minha vida. Neste percurso, sentimentos, emoções, experiências, encontros esperados e inesperados, dúvidas se ligaram e se desligaram e construíram uma teia, um rizoma na figura desta pesquisadora. Desloquei-me da saúde mental para uma aproximação inicial com as ciências sociais. Uma sutil desterritorialização. Quem sabe uma linha de fuga na tentativa de trazer um ar novo àquilo que já se fazia ordinário. Há sempre uma transformação. Não aquela, ingênua, como se a pesquisa fosse oferecer uma grande mudança no campo. Escolhi o caminho das mudanças sutis, a micropolítica para adentrar naquilo que julgava conhecido. Para simplesmente vibrar e encontrar alegria. Certa vez, Franco em uma aula do curso de mestrado nos disse que se o cientista escolheu estudar determinada estrela era porque já estava apaixonado por ela. Portanto, escolhi o caminho da paixão. E assim procurei padecer. Esse exercício me mostrou que debatemos com nossos *a priori*. Precisei estranhar o mundo em que vivia, a forma como trabalhava, meus pressupostos, minhas crenças. E não foi negando-as que esse estranhamento se fez. Ao contrário, foi assumindo os mais diversos sentimentos e questionamentos que pude jogar luz ao aprendido. O aprendido era meu território. E a prudência é amiga da desterritorialização. Assim, um primeiro novo aprendizado era o de que a pesquisa muda seu percurso. E que por mais que falássemos nas aulas de metodologia a respeito disso, vivenciar é algo indescritível. Nos colocarmos nas águas do rio um pouco sem leme não é lá uma tarefa fácil quando o leme é exigido o tempo todo. Mas para descansar do leme era necessário minimamente me preparar para usá-lo. Eis que o planejamento inicial da pesquisa pode ser um território pronto para ser desterritorializado. Sua importância se dá na medida em que ele nos assegura para soltarmos a linha da pipa. Acho que esse é o ponto. Ademais, o planejamento vai se dando ao longo da pesquisa. Portanto, fui pega de surpresa em vários momentos: na percepção de desordem que me mostrou que todo caos tem uma ordem, ainda que não seja a ordem que gostaríamos. A que gostaríamos é aquela conhecida. O CAPS ad me ensinou isso. Um campo que em princípio sentia como um deserto, que me lançou a encontros tristes e que de repente, mas não do nada, em uma pergunta, surgiu o usuário da pesquisa. Eram as intensidades. E o usuário, acompanhado de profissionais sensíveis, capazes de segui-lo, de confiar em seus encontros, de gerarem vida e alegria. Capazes de exercerem sua autonomia, de priorizarem o instituinte ao instituído, de se afetarem pelo desejo. Desejo este que foi como uma mola propulsora de força. Também aprendi que há outras formas dos profissionais se comunicarem, nos corredores, na Van. O CnR faz sua reunião na Van. Esta, um dispositivo de forças, de desejos, de encontros. Agora, chego a pensar que é obvio fazerem reunião na rua, no carro. Como não ter pensado nisso antes?

No campo do inesperado, encontramos os profissionais do CAPS ad lutando por sua formação continuada, juntos, vários serviços do município, agraciados pela busca da saúde mental em integrar-se na rede. E os dois serviços pesquisados se encontraram para discutir a saúde mental que praticam. Oportunidade essa oferecida pela macropolítica, nesse caso, o MS. Macro e micropolítica juntos em prol de um objetivo. Acompanhar um pouco esse processo de agenciamento foi um privilégio que não estava planejado. Ver os profissionais compartilharem suas experiências vividas em uma outra cidade, mesclarem a sua realidade, transformarem-se e se afirmarem. Considero o intercâmbio um dispositivo de produção de cuidado. Já o CnR também fica atento aos editais de cursos de atualização e especialização para aprimorarem seu “saber-fazer” a RD. Os caminhos do estudo tiveram algo em comum, a troca de experiências com profissionais de vários lugares do Brasil. Isso indica um olhar macropolítico para a micropolítica, apostando no ato da produção do cuidado. Também não estava planejado ir à CT, à casa do usuário, almoçar com ele, jantar com o CnR, conhecer familiares, entregar camisinha, entregar o gravador ao usuário com suas mãos trêmulas, passar um dia no Templo. Tudo isso para construir os estudos de caso, os fluxogramas. Tudo isso para compor histórias de vida. Realmente, não estava planejado. Nem discutir organização de serviço. Não fazia parte da pesquisa falar sobre organização de serviço. Fazia parte da pesquisa mergulhar na teoria. Mas, encontrar esses corpos causou efeitos sensoriais, intelectuais. Mudou o olhar. Mudou o território. Não se fica incólume aos encontros teóricos.

Também aprendi que o exercício da escrita científica nunca chegará a verdade. Ela já é permeada por quem a escreve. E a escrevemos diversas vezes para chegar onde chegamos. Portanto, o compromisso não é com a verdade. O compromisso é com o percurso. “O caminho vale 2x e o resultado vale x” já dizia o chefe da equipe técnica da qual fui estagiária.

A pesquisa nos ensina que esperar faz parte. Que o campo tem seu ritmo e somos nós pesquisadores que somos os estranhos, e que vamos nos colocando no campo aos poucos. Até que nosso encontro tome um certo plano de permanência.

Ouvimos mais do que a pesquisa pretendia. Ouvimos desabafos, alegrias, acompanhamos lágrimas e sonhos. Por alguns momentos nos tornamos confidentes. Em outros momentos querem nos oferecer a resposta certa. Em outros querem que sejamos companheiros. E nós mediamos todos esses devires para compor a dissertação.

Pensando no uso da droga, percebemos que pode ser um encontro prazeroso. O caso de Pedro evidencia esse prazer quando ele fala a respeito da roda de uso do crack, de manter o uso do álcool. Mas quando ele se vê capturado pela droga, sendo esta sua única fonte de prazer, ele fica aprisionado. Parece que o trabalho nesse caso é através da RD. Dar condições ao usuário de criar novas fontes de prazer, reconstruir e/ou criar vínculos afetivos e sociais, que serão ao

mesmo tempo fonte e suporte para seu novo devir. O acolhimento ao usuário, no sentido de acolher sua forma de ser no mundo, é fundamental para traçarmos esse caminho. Através dele criamos uma relação de encontro de intensidades que possa vibrar e agenciar novos encontros na vida do usuário. Essa relação horizontal, em que o usuário é aceito em sua condição de autonomia, possibilita questionamentos, diálogos e percepções que o ajudam a clarificar sua relação com as substâncias, sua relação com as pessoas, suas necessidades, seus desejos, seus sonhos. A cada encontro novo, cada nova experiência, o usuário se desterritorializa um pouco, ao mesmo tempo em que cria um novo território. É interessante perceber que o foco da RD não é a substância, mas a relação que se estabelece com ela. Em verdade, a relação que se estabelece na e com a vida. Aos poucos o usuário se conecta a novos corpos que produzem também encontros alegres e assim pode fazer o uso das substâncias de uma forma mais prudente, mais saudável, porque a droga não é sua única fonte de prazer, sendo uma das fontes de prazer. Ele agora tem outras fontes de prazer que o auxiliam na sua afirmação à vida. A RD o auxilia a desterritorializar. Ele cria novos territórios existenciais mais potentes e criativos.

Outrossim, as percepções acerca da RD se assemelham nos dois serviços pesquisados. O alinhavo é a minimização de agravos. Mas ao mesmo tempo, cada profissional coloca sua singularidade, seu olhar sobre o conceito, como um platô, dando importância a certos sentidos.

Assim o conceito se amplia e abre espaço para o autocuidado e a oferta de insumos, por exemplo, até a questão da cidadania. Para cada profissional, uma nuance é mais contundente.

Por outro lado, a RD aparece na relação objeto/sujeito pelo ângulo da dependência como uma estratégia para a abstinência como nos apresenta a enfermeira do CAPS ad em sua narrativa. O ideal para ela é a abstinência. Já pensando na relação objeto/sujeito enquanto consumo-usuário de drogas a RD toma outra forma e a relação que o usuário tem com as substâncias sai do campo da dependência abrindo espaço para outros usos possíveis. Neste caso, o usuário não é mais visto como passivo diante do consumo e pode criar formas de uso menos prejudiciais. O caso de Pedro nos mostra esse caminho ao assumir o uso de álcool como forma de prazer.

Portanto, a RD está presente nos serviços pesquisados. A RD ainda silencia os profissionais tal qual a exposição do filme nos mostrou. Parece causar um certo espanto. No CnR se faz mais presente, pois é sua base teórica, o que não garante não ter momentos de dificuldade, de instrumentalização. No CAPS ad foi exigido um olhar minucioso, de acompanhamento de diversos atendimentos, além do estudo de caso, para vê-la, pois lá, a RD não está instituída. Lá o embate entre os pontos dicotômicos, a abstinência e RD, além da visão moral é o comum.

O acolhimento também segue o caminho das diferenças sutis. O cuidado ao usuário seria o alinhamento de tais percepções. E entram as singularidades de cada um. Os momentos de urgências, o olhar à saúde biológica, à saúde global, o que é construído para atender o usuário nos serviços de saúde, o comprometimento com a informação, o não julgamento, a escuta e o estar disponível.

Assim essa categoria se apresenta nos serviços com suas diferenças.

Tanto a RD quanto o acolhimento nos mostram a multiplicidade de olhares e experiências nos levando a diversas acepções.

Especificamente a respeito da transformação do Consultório de Rua para Consultório na Rua, a meu ver, apresenta aspectos bastante importantes. A ampliação da equipe incluindo um médico no cotidiano do serviço, ter mais acesso a medicações, estar inserido em uma pasta ampla, isso tudo pode trazer uma dinâmica importante para o cuidado e otimizar a questão da vida mesmo, minimizando riscos de saúde. É o acesso mais próximo preservando a vida. Como essas pessoas estão em limites muito sutis, é importante essa eficácia no cuidado. Por outro lado, acredito que o desafio continue sendo o de inserir o usuário na rede de atenção. Fazer com que esse usuário seja visto e tenha garantido seus direitos na rede. O fato de estar na atenção básica não garante necessariamente esse cuidado integral. Esse cuidado será construído em rede através da equipe do CnR. Ter uma norma é bastante interessante para garantir teoricamente o cuidado. Faz parte da macropolítica dos serviços de saúde. Mas, o cuidado se faz em ato, no cotidiano dos atendimentos. Por isso penso que o desafio é o mesmo, independente da pasta a que o CnR esteja submetido. E ainda temos o aspecto intrínseco a própria equipe do CnR de não se concentrar totalmente nas ofertas de insumos e estar atenta a outros elementos que porventura apareçam no cuidado, como por exemplo relações afetivas com familiares, amigos, o próprio trabalho. Fazer com que esses elementos sejam eliciadores de um cuidado maior consigo mesmo. E na rede, garantir o cuidado do sujeito junto com suas necessidades biológicas exige da equipe um trabalho para além de estar com o usuário, mas de discutir essas questões com a rede. Penso que o matriciamento é uma intervenção bastante benéfica nesse sentido. Através dele as equipes trabalham juntas, reorganizam-se e reelaboram as questões apontados pelos serviços.

Uma vez havendo por parte do MS um direcionamento para se operar segundo a lógica de RD, por sua vez repleta de controvérsias e diferentes acepções, toda a compreensão, a incorporação e as ações a partir dessa lógica terminam sendo construídas pelas próprias equipes. É através das reuniões de equipe, nos embates com outras equipes, nas discussões de casos clínicos, nas disputas entre as subjetividades dos profissionais, além dos treinamentos e oficinas pontuais ofertados pelo Departamento de Saúde Mental do Estado do Maranhão, que tem se

passado da normativa à prática. Nesse hiato, surge uma diversidade de sentidos do que se entende acerca da proposta de RD.

Desta forma, está longe a pretensão de conclusões fechadas em si mesmas dada a natureza da pesquisa. Ficam reflexões a partir da cartografia e descrição da produção do cuidado à luz da RD. Ficam os passos seguidos para, quem sabe, servir de fator de afetivação por aí. Ou não. De toda forma, produzir cuidado é em ato. Tantos fatores interferem, mas a criatividade e liberdade são soberanas. O encontro entre usuários e profissionais é soberano. A saúde mental é um campo vasto de intensidades, de forças, de máscaras. Sua saúde está nas rupturas, nos estranhamentos, nas linhas de fuga. É como uma droga, um fator de afetivação. Pode dar muito prazer.

E para contribuir de forma mais efetiva aos serviços estudados, deixo aqui algumas sugestões.

Quanto a organização do serviço, esta se faz importante. O estudo de caso evidenciou este fato. Ela não é algo estanque, acabada. De tempos em tempos precisa ser revisitada. Porque os fluxos são móveis, são dinâmicos. Esse olhar constante pode facilitar a produção do cuidado. E a equipe ganha um “know-how” ao se interrogar a partir de seu cotidiano. O cotidiano indica o caminho da organização do serviço. Isso implica também na observação do quantitativo de profissionais, que no caso do CAPS ad, foi evidenciado o número insuficiente de psicólogos, assistentes sociais, e outros profissionais que não tem formação na enfermagem. Também é importante considerar o cuidado oferecido respeitando o desejo do usuário que pode ser de abstinência ou não. Há que se oferecer atividades para as mais diversas relações com as substâncias. Outrossim, a observação da demanda que se pretende atender. Criar rede com as unidades básicas de saúde para que os usuários que não estejam em situação de gravidade tenham seus atendimentos garantidos na atenção básica ao mesmo tempo em que o CAPS ad abre espaço para atender a sua demanda.

Já o coletivo nos serviços de saúde tem sua importância não só na troca de experiências, mas na construção da cidadania dos usuários e no fortalecimento da equipe em questão. O estudo em grupo, o matriciamento, os estudos de caso são ferramentas importantes para a produção do cuidado. Potencializam a equipe. Fazem com que ela se aproprie de seu trabalho e assim possa enfrentar as dificuldades encontradas e também a gozar as vitórias conquistadas. De forma nenhuma precisam prescindir da criatividade de discutir os casos na Van, na rua ou nos corredores, mas utilizar instrumentos potentes facilita o caminhar. Construir um fluxograma, por exemplo, junto a seus pares, clarifica e revela as potências e as fragilidades. Não há trabalho que não as tenha.

A luta com a burocracia que tanto dificulta os serviços não é especialidade dos serviços estudados. Uma questão que acredito é que o trabalho coletivo nas instituições ainda precisa amadurecer para lidar com as disputas e embates inerentes a elas. Uma equipe fortalecida ganha terreno para não sofrer tanto.

Em se tratando de saúde mental, olhar o manicômio em nós é tarefa permanente. Não só as amarras das internações sem sentido, mas com intenções, não só as contenções ou castigos. Todas ligadas a visões morais, controladoras. Mas aquelas que estão entranhadas e emaranhadas em nosso território existencial e que muitas vezes passam despercebidas, mas não deixam de ser sentidas e de gerarem efeitos na produção do cuidado.

Defendo que no campo álcool e drogas atravessado por tantos pré-conceitos, regras, as equipes se coloquem em análise para produzir novas subjetividades, para desenquadrar os usuários e auxiliá-los quando capturados pelas substâncias, quando o uso passou a ser uma das conexões mais importantes de sua vida, tornando-se um encontro triste, ameaçando sua coerência. Nesse sentido, o trabalho da equipe seria de se colocar a favor da vida como um campo de forças propulsoras para novas conexões construindo no encontro com o usuário novos sentidos, novos devires.

Assim, seguir as pistas que os usuários nos indicaram é de grande valia. Eles não se consideram nem doentes, nem demônios. Procuram escapar do enquadramento. Por que os profissionais não fazem o mesmo? Desenquadrar-se e desenquadrar o outro. O trabalho da RD é de autonomia, de responsabilidade, de ponderação, de acompanhamento de percurso.

Os usuários nos ensinaram sobre a alegria, sobre a dor, sobre a vida. Mostraram que têm força ainda que seus corpos em alguns momentos estejam frágeis. Mostraram que constroem outras redes sociais, que fazem seu devir. Que perdem, mas que ganham também. E que reconstroem laços.

Por fim, gostaria de dizer que considero que a RD seja mais complacente com o ser humano uma vez que um de seus pilares é uma aceitação empática na relação de cuidado a fim de que ele possa produzir novos sentidos para si e para seu mundo incluindo a abstinência como uma das formas de viver. A RD é uma postura frente às pessoas em favor da vida.

Deixo aqui o leitor. Agradecida. Com a certeza de que não analisei tudo aquilo que essa pesquisa ofereceu. Com a certeza de que se começasse novamente seria um novo percurso. Mas com a certeza de que a pesquisa, agora, faz parte de meu território existencial. Seus efeitos, só o caminho irá dizer.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. *Cartografar é habitar um território existencial*. in Pistas do método da cartografia. PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Porto Alegre. Sulina, 2012.
- ANDRADE, A.; MALUF, S. *Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. in (org.) FERREIRA, J, FLEISCHER, S. Etnografias em serviços de saúde. Rio de Janeiro. Garamound. 2014.
- ARAÚJO, M.; MOREIRA, F. *Aspectos históricos da Redução de Danos*. In (org.) NIEL, M.; SILVEIRA, D. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo. Ministério da Saúde. 2008. p.11 a 19.
- BARROS, L.; KASTRUP, V. *Cartografia é acompanhar processos*. in Pistas do método da cartografia. PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Porto Alegre. Sulina, 2012.
- BARROS, Regina D; BRASIL, Vera V; *Cartografia de um trabalho Socioanalítico* in Grupo e instituições em análise. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.228-229.
- BECKER, H.S. *Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. Evidências de Trabalho de Campo*. In: Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. Ed. Hucitec, 1997.
- BERREMAN, GD. *Etnografia e controle de impressões em uma aldeia do himalaia*. In ZALUAR, Alba (org): Desvendando máscaras sociais. Francisco Alves Ed., 1990.
- BIRMAN, J. *A physis da saúde coletiva*. In Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 11-16, 2005.
- BONET, O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. 1ª ed. Rio de Janeiro. 7 Letras, 2014.
- BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. Ministério da Saúde. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica, n.34*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Caps e outros serviços. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsacre.php>>. Acesso em 20 de out. 2013.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
- BRASIL. Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005.
- CAMPOS, R.; FURTADO, J. *Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde*. Ver. Saúde Pública, 2008. 42(6): 1090-6.

CECÍLIO, L. C. O., *Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):973-983, out-dez, 2000

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 10 dez 2013.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 10. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

DATASUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 03 de mar. 2013.

DELEUZE, G. *Espinosa. Filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs 1*. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. São Paulo: 34, 2012.

DESLANDES, S. *Trabalho de Campo: construção de dados qualitativos e quantitativos*. In. MINAYO, Maria C; ASSIS, Simone G; SOUZA, Ednilsa R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DOMANICO, Andrea. *Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias. Estudo sobre a implementação de estratégias de Redução de Danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. UFBA. Tese de doutorado, 2006.

FARINA, Cynthia. *Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual*. Disponível em: < <http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GE01-4014--Int.pdf>> Acesso em 19 de out. 2014.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. *Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões*. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FILHO, Antônio; VALÉRIO, Andréa. (orgs). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD;Salvador: CETAD, 2010.

FRANCO, T. *O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG* . in FRANCO, T., MERHY, E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2013.

FRANCO, T. *Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade*. In FRANCO, T.; RAMOS, M. “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. Hucitec: São Paulo, 2010.

FRANCO, T.; BUENO, W.; MERHY,E;. *O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim* in O TRABALHO EM SAÚDE. MERHY et al, HUCITEC, São Paulo, 2003.

FRANCO, T.; GALAVOTE, H. *Em busca da clínica dos afetos*. in “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, Túlio. MERHY, Emerson. *O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado*. in FRANCO, T., MERHY, E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.

GONÇALVES, M. A.; MARQUES, R.; CARDOSO, V.Z. *Etnobiografia: esboços de um conceito*. In *Etnobiografia, subjetivação e etnografia*. GONÇALVES, M. A.; MARQUES, R.; CARDOSO, V.Z (Org.). Rio de Janeiro. 7Letras. 2012.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Disponível em: 04 de mar. 2013.

JORGE, et al. *Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia*. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.

KEEN, J. *Estudos de caso*. In B. POPE, C; MAYS.N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Artmed, 2009.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. *Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde*. Interface, Botucatu , v. 18, n. 49, p. 251-260, Junho 2014 .

MALINOWSKI, B. *Objeto, método e alcance desta pesquisa*. In Zaluar, A.(org). Desvendando máscaras sociais. Francisco Alves Ed, 1990.

MERHY, E. *Em busca do tempo perdido*. in Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.

MERHY, E. *O cuidado é um acontecimento e não um ato*. in FRANCO, T., MERHY, E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.

MERHY et al. *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde*. In MERHY, E; ONOCKO, R. (Org.) Agir em saúde, um desafio para o público. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2006. p.113-150.

MONCEAU, G. *Implicação, sobreimplicação e implicação profissional*. Fractal Revista de Psicologia, vol.20 – n.1, p.19-26, Jan./Jun. 2008

MUNIZ, M. *Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho de equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico*. 2011. Disponível em: <http://www.bdtndc.uff.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-05-24T145956Z-3243/Publico/Marcela%20Muniz.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

PAIM, J.S.; ALMEIDA, Fº, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva: Saúde Coletiva: campo científico e âmbito das práticas. Cap. 4 Salvador-BA: Casa da qualidade, 2000.

PASSOS, Eduardo, EIRADO, André. *Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador*. In PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da*

cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012.

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012.

Relatório do Projeto Consultório de Rua de Imperatriz. 2012.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2011.

RUI, T. *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack* *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Campinas, SP : [s. n.], 2012. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/Taniele_Rui_Tese.pdf>. Acesso em 27 de set. 2013.

SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. *Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas*. In Rev Saúde Pública 2008;42(2):265-72.

SANTOS, Vilmar E; SOARES, Cássia B; CAMPOS, Célia M. *Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil*. Physis [online]. 2010, vol.20, n.3, pp. 995-1015. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>>. Acesso em 22 de set. 2013.

SENAD. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD, Salvador: CETAD, 2010. (org.) FILHO, Antonio N., VALÉRIO, Andréa L.

SOUZA, Jaqueline et al. *Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios*. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 15(2), p.210-217, 2007.

SOUZA, T. *Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. 2007.

VELHO, G. *Observando o familiar*. In: NUNES, E. (org). *A aventura sociológica*. Zahar, 1978.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Vídeos

Vídeo 1- XAVIER, D. Congresso Internacional sobre drogas, lei, saúde e sociedade. 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=QExqXI1FGMs>. Último acesso 01.02.2016

Vídeo 2 - FRANCO, T. *O que é Micropolítica: discutindo a saúde*. 30 de setembro de 2014. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=pHieoppPwCw>. Último acesso 01.02.2016.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: A Redução de Danos na produção do cuidado em saúde mental: uma cartografia de um centro de atenção psicossocial de álcool e drogas e em um consultório na rua.

Pesquisador Responsável: Gizele da Costa Cerqueira

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense - UFF

Telefones para contato: (99)3072-7039 e (21)98001-1315

Endereço eletrônico para contato: gizacerqueira@gmail.com

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos

O (A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ *A Redução de Danos na produção do cuidado em saúde mental: uma cartografia de um centro de atenção psicossocial de álcool e drogas e em um consultório na rua*”, de responsabilidade da pesquisadora Gizele da Costa Cerqueira. Esta pesquisa tem como justificativa o cuidado como um fator importante para o bom funcionamento dos serviços; ser ainda um tema novo nessa área de estudo, ser um estudo no interior do país e a importância dos questionamentos e sentimentos diversos que implicam no cuidar. Tem como objetivo geral analisar a produção do cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Girassol, CAPS ad Girassol, Imperatriz, Ma à luz da Redução de Danos. Tem como objetivos específicos analisar os fluxos e as dinâmicas do trabalho da equipe do CAPS e da equipe do Consultório na Rua no que tange a implementação da política de Redução de Danos e identificar e analisar as diferentes acepções de Redução de Danos expressas no cuidado oferecido aos usuários. O método se baseia na cartografia. Para a produção de dados serão realizados a observação participante, entrevistas semi-estruturadas com roteiro de entrevista e estudo de caso. As entrevistas, a observação participante e o estudo de caso serão realizados no local de trabalho dos profissionais. As entrevistas com o usuário, familiares e outras pessoas importantes para o estudo serão realizadas onde melhor lhe aprouverem. As entrevistas serão gravadas com gravador digital para transcrição posterior. A observação participante se dará nas atividades dos profissionais com registro em diário de campo. Em caso de desconforto ou risco, a pesquisadora optará por proteção ao voluntário(a) não colocando suas falas na pesquisa e se necessário interrompendo a entrevista. Caso o voluntário tenha dúvidas poderá falar pessoalmente com a pesquisadora, além do contato telefônico e endereço eletrônico. Comprometo-me com a manutenção do sigilo das identidades. Sua participação é voluntária e esse consentimento pode ser retirado a qualquer tempo.

Eu, _____, RGnº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Imperatriz, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do voluntário da pesquisa

Testemunha

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

ANEXO II**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE do CAPS ad**

Idade: _____ Sexo: _____ Nível de instrução: _____

Formação:

Tempo que trabalha na saúde: _____

Tempo que trabalha no CAPS ad _____

Data: _____

Questões:

1. Qual sua visão de uma pessoa dependente química?
2. Quais os problemas dessas pessoas?
3. Em seu dia a dia o que considera útil e inútil no atendimento a essas pessoas?
4. O que é acolhimento para você? De que forma você acolhe?
5. Como o(a) usuário(a) chegou no Caps ad? Do que ele precisava? O que ele queria?
6. Como era organização do serviço para atender o usuário(a)? Quais eram os cuidados oferecidos?
7. A equipe estava preparada para o atendimento?
8. Quais as suas facilidades e dificuldades em atender o(a) usuário(a)?
9. O que foi positivo nos atendimentos desse o(a) usuário(a)?
10. Você teve alguma dificuldade em atendê-lo?
11. Houve algum encaminhamento para a rede de saúde? Quais? Como você foi atendido nesses outros serviços?
12. Quais as suas orientações quanto ao uso de álcool e outras drogas?
13. Quais as qualidades do Caps ad e quais os problemas?
14. O que seria um Caps ad de excelência?

ANEXO III**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE do CnR**

Idade: _____ Sexo: _____ Nível de instrução: _____

Formação:

Tempo que trabalha na saúde: _____

Tempo que trabalha no CAPS ad _____

Data: _____

Questões:

1. Qual sua visão de uma pessoa dependente química?
2. Quais os problemas dessas pessoas?
3. Em seu dia a dia o que considera útil e inútil no atendimento a essas pessoas?
4. O que é acolhimento para você? De que forma você acolhe?
5. Como o(a) usuário(a) conheceu o CnR? Do que ele precisava? O que ele queria?
6. Como era a organização do serviço para atender o usuário(a)?
7. Quais eram os cuidados oferecidos?
8. A equipe estava preparada para o atendimento?
9. Quais as suas facilidades e dificuldades em atender o(a) usuário(a)?
10. O que foi positivo nos atendimentos desse o(a) usuário(a)?
11. Você teve alguma dificuldade em atendê-lo?
12. Houve algum encaminhamento para a rede de saúde? Quais? Como você foi atendido nesses outros serviços?
13. Quais as suas orientações quanto ao uso de álcool e outras drogas?
14. Quais as qualidades do CnR e quais os problemas?
15. O que seria um CnR de excelência?

ANEXO IV

Cronologia da Saúde Mental de Imperatriz

Ano	Ações
2001	Início do Programa de Saúde Mental
2003	Implantação do primeiro CAPS
2004	Implantação do CAPS ij
2007	Fechamento da Clínica Psiquiátrica Implantação do NAISE
2008	Implantação do CAPS ad
2011	Fechamento do NAISE Implantação do CR
2012	Implantação da RT Adaptação do CR para CnR