



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social

ARIANE BRUM DE CARVALHO

PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM CAPSad

São Cristóvão – Sergipe
2010

ARIANE BRUM DE CARVALHO

PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM CAPS^{ad}

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Liliana da Escóssia Melo

São Cristóvão – Sergipe
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
 MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
 "Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos"
 NPPS/UFS CEP. 49.100-000 - Tel. fax: (079) 2105-6784

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da Discente **ARIANE BRUM DE CARVALHO**, intitulada "Processos de desinstitucionalização em CAPSad", defendida e aprovada em 07 de maio de 2010, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

Liliana da Escóssia Melo

Prof.ª Dr.ª Liliana da Escóssia Melo

Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

Prof.ª Dr.ª Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

Eduardo Henrique Passos Pereira

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Dedico esse trabalho a “um certo capitão Dalfolo” (meu avô).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

À minha mãe, Jussara, por ter sempre me estimulado a estudar, por respeitar minhas escolhas e por sempre dizer: “vai dar tudo certo”.

E ao meu pai, Wladimir, pelos esforços para sempre me oferecer boas oportunidades e pelas brincadeiras pra me descontrair.

Às minhas queridas irmãs, Aline e Amanda, pelo carinho e apoio e as boas risadas. Agradeço por todas as nossas diferenças que me trazem aprendizado e crescimento.

Penso o que seria da vida sem a presença da família e dos amigos... Agradeço, mesmo, a todos os meus Amigos. Sou grata pela existência de cada um. Aos amigos de Aracaju e aos amigos desse Brasil afora, do Rio Grande do Sul ao Ceará.

À Debi, minha amiga, com quem, desde a graduação, mantenho um forte laço de amizade. Agradeço, também, ao Francis, pelos momentos em “família Buscapé”.

Ao amigo e irmão de coração, Dagoberto, que compôs a gestão com o Projeto Movimentos, por me ajudar em vários momentos, a “movimentar a poeira e dar a volta por cima”!

Aos amigos Humberto e Dejair, que me ajudaram a “segurar a onda” e a não desistir. E, pelos incontáveis conselhos.

Ao meu amigo Eraldo por ter tido a paciência de ler o meu trabalho e com quem eu aprendo a cada dia. A minha amiga Sandrinha, que em momentos difíceis da vida em Aracaju, se apresentou como uma pessoa com quem eu podia contar a qualquer hora.

Ao Dedas, pela paciência nos finais de semana de estudo.

Agradeço a companhia constante de Amadeu e Filó, dois felinos que fazem parte da minha vida.

À equipe do CAPSad: Ana Paula, grande guerreira, apaixonada pelo que faz, ao Anselmo Pinto pelos desafiantes questionamentos que mais e mais nos dá a certeza de não haver uma resposta única. À Cristina Maura, que com seu sotaque carioca exercia seu trabalho com muita responsabilidade. À Márcia pela confiança em nosso trabalho. Ao sábio, Pedro, figura inigualável, minha sincera admiração. Ao Joaquim, pela parceria com os usuários, à Neuza, pela disponibilidade e sorriso faceiro. Ao Dioneu, que com seu jeito tímido, inventou, criou,

cuidou e trouxe mais vida para as paredes da instituição e para os corações que por ali transitam. Ao Fredy, pelos questionamentos e inquietações das cenas opressoras e oprimidas. À Andréa, pela dedicação no trabalho com as APAC's. À Neilma, pelo zelo e responsabilidade com suas atribuições, à querida Gilvanete, grande admiração por essa mulher batalhadora e dedicada. À Rivanne pela suavidade de suas ações. Ao Carlão e Ailton, autênticos vigilantes e dispostos a ajudar. Agradeço a todos aqueles que podem não ter sido mencionados aqui, mas com quem, com certeza, aprendi muito. E claro, não poderia deixar de agradecer aos usuários do CAPSad que, até hoje, quando os encontro pelas ruas da cidade, me cumprimentam com respeito.

A toda equipe de gestão e amigos. Agradeço, especialmente, ao Wagner, pela acolhida e parceria na minha “chegança” em Aracaju! À Camille que me convidou a compor a gestão. Ao Murilo, Simone, Kátia, Amanda, Silvinha, Mônica, Ingrid, Ana Salmeron, Elberlene, Vanessa, Grace, Claudine e Dedeco.

Inesquecível e sempre presente - mesmo que por ora distante - a amiga Michele. Agradeço pela parceria no trabalho e na vida. Minha amiga do “se jogue”. Uma grande apoiadora institucional que desestabilizou muitas instituições que habitam em mim!

À minha orientadora Liliana da Escóssia, pessoa a quem eu tenho admiração pela competência no trabalho e por ter me acompanhado na escrita - por vezes, caótica e desencontrada. Agradeço pela amizade construída.

Aos professores Eduardo Passos e Teresa Nobre pela leitura cuidadosa e atenta e pelas contribuições ao meu trabalho.

Aos colegas do Mestrado, professores e alunos que compreenderam e apoiaram minha necessidade de bolsa.

À FAPITEC, por conceder a bolsa e me possibilitar a conclusão do Mestrado.

RESUMO

Essa dissertação buscou traçar uma cartografia de processos de desinstitucionalização no CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), no município de Aracaju-SE, no período em que estive compondo a gestão local deste serviço - no ano de 2007. Para tanto, utilizamos de registros escritos (diários de campo) e registros mnemônicos. Trata-se de uma narrativa cartográfica, entendida aqui como uma narrativa que força um descolamento do dito para a busca das condições de sua produção. Com foco na esfera micropolítica do CAPSad, trazemos à tona situações concretas do cotidiano do serviço articulando-as com condições sociais, históricas e políticas de formulação, implantação e implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Reforma Psiquiátrica. Mais que descrição da experiência de ocupação de um lugar de gestão, esta narrativa aponta para a construção de um espaço coletivo de gestão de processos de trabalho, comprometido com certas diretrizes políticas, mas também com o questionamento e estranhamento ao instituído. O princípio de desinstitucionalização, apregoado pela Reforma Psiquiátrica adquire potência quando articulado aos problemas reais e concretos que emergem do cotidiano das práticas, cujas soluções são construídas pelos próprios sujeitos que os vivenciam e os tornam legítimos

Palavras-chaves: álcool e outras drogas, desinstitucionalização, política pública de saúde

ABSTRACT

This paper had the objective of tracing a cartography of deinstitutionalization processes at CAPSad (Psychosocial Attention Centre) in Aracaju referring to the period I was part of the management of this service - in 2007. To reach this goal, we used field diary as field register and mnemonic register. This is a cartographic narrative, understood as a narrative which forces a detachment from what is said, to research the conditions for its production. Focused on CAPSad micropolitical sphere, we brought up concrete situations from the service's routine articulating it to social and historical conditions and also with the Integral Attention to Alcohol and Other Drugs Users Policy and Psychiatric Reform. This paper is not only a description of a personal management experience, it points to a collective field of management and work processes implicated with specific political policies and also the questioning and to wonder about what is already instituted. The deinstitutionalization paradigm intended by the Psychiatric Reform gather potency when linked to real and concrete problems that appear on daily practices, which solutions are built by the people who experience and legitimate these practices.

Key-words: *alcohol and other drugs, deinstitutionalization, health public policy*

SUMÁRIO

1. Introdução à problemática: um meio por onde começar.....	11
2. Aspectos históricos e conceituais das políticas públicas sobre drogas.....	22
2.1 Da justiça à saúde.....	22
2.2 A trajetória da Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPSad.....	27
2.3 O CAPSad Primavera: estranhamentos e olhares estrangeiros	33
2.4 Sentidos possíveis à desinstitucionalização.....	39
3. Notas cartográficas	53
3.1. Uma análise da implicação.....	56
4. Micropolítica do CAPSad: indissociabilidade entre atenção e gestão.....	62
4.1 Produção de subjetividade, uso de drogas e modos de vida no cenário contemporâneo capitalístico.....	65
4.2 O contato com a equipe: de um certo distanciamento a uma certa vizinhança.....	72
4.3 Uma pausa para o planejamento.....	77
4.4. Desafios de um processo de gestão pública.....	81
4.5. Em busca de espaços coletivos de gestão	85
4.6 Projetos coletivos de ambiência.....	90
4.7 Relação com a justiça: dilemas de um trabalho intersetorial.....	92
5. Os sentidos da clínica em CAPSad.....	98
5.1. Atividades terapêuticas: nossos desafios.....	108
5.2. A redução de danos no CAPSad : o viés da clínica da redução de danos a partir da Política de Atenção Integral a usuários de AD.....	114

6. Considerações finais.....	122
Referências Bibliográficas.....	126

1. Introdução à problemática: um meio por onde começar

Não haverá transformação sem reforma de pensamento, ou seja, revolução nas estruturas do próprio pensamento. O pensamento deve tornar-se complexo (Morin, 2003)

“Um meio por onde começar”, ora enunciado, além de expressar um modo pelo qual dar início a essa escrita, revela também uma escolha em partir do meio, ou seja, introduzir a discussão partindo de um assunto que é “meio”, que é “chave” para essa discussão e a partir do qual podemos compreender melhor o que pesquisamos. Sendo assim, optamos por iniciar com uma análise sobre o modelo de pensamento instaurado pela modernidade¹, contrapondo-o ao paradigma da complexidade, por entendermos que as práticas estão amparadas em um certo modo de pensar e compreender o mundo e, ao mesmo tempo, produzem modos de pensamento.

O paradigma positivista, racionalista e cartesiano - forjado na modernidade – impôs um modo de pensar e entender a realidade de forma dissociada e fragmentada, deixando marcas profundas nos nossos modos de existência, no modo como nos relacionamos com as pessoas, com as coisas e, por conseguinte, no modo como operamos as práticas profissionais. Com o surgimento da ciência e do projeto de purificação dela decorrente – crença em um mundo real a ser investigado em laboratório – as práticas de saúde, amparadas pelos saberes científicos, são apartadas do mundo e das coisas. Isso nos remete necessariamente à dimensão subjetiva das práticas de saúde, pois estamos nos referindo a pessoas que interagem e se agenciam com a produção dessas práticas. Como nos diz Passos (2006, p. 136) “não há como pensar em práticas de saúde sem considerar que essas práticas acontecem entre homens, entre pessoas que se encontram, que sentem, que têm interesses de desejos, que têm medos, que têm uma história”. Ou ainda, como bem afirma Denise Dias Barros: “a ciência desenvolveu-se, afastando-se, cada vez mais, da experiência e do vivido; fundado na pesquisa experimental, o

¹ A modernidade está sendo entendida aqui como o período relacionado ao desenvolvimento do capitalismo; à Revolução Industrial (meados do séc. XVIII e início do século XIX). É também conhecida pelo processo de ascensão do conhecimento racional sobre o religioso, sendo delimitada para fins didáticos entre os séculos XV e XVIII (AMARANTE, 1994). Cabe citar aqui, como marco histórico, a revolução científica do século XVII que instaura a proliferação dos saberes científicos em disciplinas isoladas (SPINK, 2004).

saber científico permanece divorciado do cotidiano, que é coberto de subjetividades” (BARROS, 1994, p. 192).

Foi, todavia, com uma visão crítica sobre tais modos hegemônicos de produção do conhecimento que se desenvolveu todo um movimento que culmina com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com vistas a contemplar, além da universalidade do acesso e a equidade na distribuição de recursos, a integralidade no cuidado. O princípio da integralidade implica necessariamente numa maior integração dos conhecimentos e nos direciona para o paradigma da complexidade na ciência.

Por isso, com o mesmo tom de veracidade com que a Modernidade nos faz acreditar que “uma coisa é uma coisa e outra coisa é outra coisa”, não apenas distinguindo-as, mas separando-as como realidades diametralmente opostas, alguns autores têm denunciado como ilusória a sustentação do projeto moderno. Exemplo disso é Bruno Latour, filósofo e antropólogo francês que formula a tese de que “jamais fomos modernos”. Afirmção provocativa que dá nome a uma de suas obras, na qual empreende uma análise em torno dos principais discursos científicos que vigoraram no período da modernidade. O autor questiona a Constituição Moderna - texto comum que define o mundo natural e o mundo social – questiona quem os escreve, e encontra, no âmbito das constituições políticas - os juristas – e no âmbito da natureza das coisas - os cientistas. Refere ainda, Boyle e Hobbes, cientista e político respectivamente, e mostra este *apartheid*, quando constata que no discurso político de Boyle a política deveria estar excluída. Em outras palavras, sintetiza: “eles inventaram nosso mundo moderno, um mundo no qual a representação das coisas através do laboratório encontra-se para sempre dissociada da representação dos cidadãos através do controle social” (LATOURE, 1994, p. 33).

Latour destaca o que ele chama de ‘híbrido²’ da nossa existência, que nos acompanha desde o período moderno. O autor exerce, com o uso do pretérito, conforme sugere o título, uma releitura da Modernidade. Procura expor, por diversos ângulos - num desdobrar e não num desvelar - a falácia dicotômica do projeto da Modernidade. Através do adjetivo moderno,

² Sobre esse aspecto da ineficácia do projeto moderno no sobressalto de dissociações, Latour elucidada: “Como classificar o buraco de ozônio? O aquecimento global do planeta? Onde colocar estes híbridos? Eles são humanos? Sim, humanos porque são nossas obras? Sim, naturais porque não foram feitos por nós” (LATOURE, 1994, p. 54).

segundo ele, assinala-se um novo regime, uma aceleração, uma ruptura, uma revolução do tempo donde se esboça um projeto de representação de um mundo apartado do cotidiano. Com isso, oblitera-se da história o modo como foi construído, bem como, por quem foram construídos os principais discursos científicos que compõem o paradigma moderno tomado, até hoje, como detentor de verdades absolutas. Esta descrição desmonta a idéia ou imagem dos cientistas como seres transcendentais. Enfim, sob esse ângulo, a ciência não é mais tida como uma entidade reificada e abstrata, mas sim, feita por sujeitos concretos que têm desejos, interesses e modos heterogêneos de pensar a vida e a sociedade.

Com isso, um dismantelamento desse modo de pensar vem se anunciando e, com ele, sua incompatibilidade com o campo da prática. A prática, segundo Paul Veyne (1982, p. 248), em referência à tese central de Michel Foucault, “não é uma instância misteriosa, um subsolo da história, um motor oculto: é o que fazem as pessoas”. Entretanto, se recorrermos à clássica dissociação entre teoria e prática, apenas para fins didáticos, podemos pensar que foi através da prática - esta que Veyne afirma como produtora do mundo e das coisas - que constatamos a necessidade de uma nova teoria a ser articulada. E para essa nova teoria, a necessidade de uma nova prática.

Para Mary Jane Spink, psicóloga e pesquisadora do campo da saúde, “é apenas quando focalizamos o conhecimento na perspectiva do saber-fazer, ou seja, da práxis, que as implicações da fragmentação destes saberes em múltiplas disciplinas ficam claras” (SPINK, 2004, p. 54). A autora faz uma análise da repercussão dessa divisão em diversas disciplinas multifacetadas para o campo da saúde³. Para ela, a fragmentação do conhecimento, possibilita o crescimento dos saberes de modo acelerado, “mas paradoxalmente, este conhecimento, assim fragmentado dificulta a apreensão do todo” (SPINK, 2004, p. 53).

Com isso, instaura-se o desafio de construir outros processos de subjetivação, outros modos de pensar e ver a realidade. Novas teorias do campo da complexidade têm se posicionado contrárias ao que se pensava antes. De acordo com tais teorias tudo parece, em certo sentido, ligado com tudo, não havendo distinção que não esteja envolta em um certo nível de indissociabilidade. Nesse campo encontramos pensadores da filosofia, astronomia, física, sociologia, biologia, dentre outras, que adotam uma perspectiva transdisciplinar, ou

³ Acerca disso, ver o texto “Saúde: um campo transdisciplinar?” (SPINK, 2004).

seja, se colocam nas fronteiras disciplinares. Para citar apenas alguns, destacamos Ilya Prigogine, Boaventura Souza Santos, Albert Einstein, Francisco Varela, Humberto Maturana, Isabelle Stengers, etc.

No campo da saúde coletiva e no âmbito mais específico do nosso trabalho, que é o da Reforma Psiquiátrica, as políticas e os programas de saúde têm exigido de seus operadores esforços no sentido de maior participação e inventividade nos processos de trabalho, além de uma maior articulação entre os saberes produzidos em torno dos processos de saúde-doença e gestão do cuidado e, por conseguinte, uma atuação interdisciplinar. As práticas de saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, incluem-se nesse cenário, numa tentativa de superar uma visão tecnicista, biologicista, curativista e hospitalocêntrica da saúde - contra a qual se colocou o Movimento de Reforma Sanitária -, avançando em direção a modelos e práticas que dêem conta da integralidade das necessidades de saúde. Desse modo, o intuito é ir além da postulação da ciência moderna, segundo a qual simples é tudo que é passível de ser simplificado, ou seja, explicado por uma disciplina, tendo, para isso, que ser isolado do contexto. De acordo com Regina Benevides e Eduardo Passos, “complexo é a propriedade de certos fenômenos cuja explicação exige de nós o esforço de evitarmos as simplificações reducionistas” (BENEVIDES e PASSOS, 2003, p. 81).

Assim, o pensamento da complexidade propõe a superação da crença da ciência moderna de que para explicar seja necessário simplificar, ou isolar dos fenômenos mais amplos e abrangentes que lhe são inerentes:

O problema já não consiste hoje em reduzir a complexidade ou em evitá-la, mas em procurar os meios para descrever, para compreender de que maneira a evolução para uma complexidade crescente, ainda por definir, pertence propriamente à história natural da natureza (BENEVIDES e PASSOS, 2003, p. 81).

Ou ainda nas palavras de Edgar Morin, um dos principais pensadores da complexidade:

[...] o paradigma que denomino simplificação (redução/separação) é insuficiente e mutilante. É preciso um paradigma da complexidade, que, ao mesmo tempo, separe e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais (MORIN, 2003, p. 138).

Trata-se de, como afirma o autor, encontrar não um “princípio unitário de todos os conhecimentos”, já que isso configuraria uma redução, mas sim, “uma comunicação com base num pensamento complexo” que abandona a explicação linear para uma explicação em movimento, circular (MORIN, 2003, p. 140).

Nesse sentido, constitui-se como objetivo desse trabalho, abordar os processos de desinstitucionalização em CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas), tendo como referência, além da própria política da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde voltada para o cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de AD⁴. Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, busca contemplar em seus princípios e diretrizes, outras possibilidades de cuidado que não apenas a abstinência – única direcionalidade até então almejada no tratamento –, considerando a diversidade de usuários, bem como seus modos de fazer uso de drogas, pois se trata de uma experiência subjetiva.

São muitas as questões que tornam esse tema complexo. Apenas para pontuar algumas, dizemos da relação/agenciamento das pessoas com as drogas e do modo como a sociedade lida com esse tema, dos critérios que utiliza para definir a dissociação entre lícitas e ilícitas, da comercialização legal e do tráfico, entre outras.

A partir de minha experiência como gestora do CAPSad do município de Aracaju (SE), no período de março de 2007 a janeiro de 2008, foi possível perceber que tais questões adquirem uma dimensão ainda maior quando transpostas a um serviço de saúde, que tem, dentre seus objetivos, problematizá-las e colocá-las em análise.

Por esse motivo, alguns questionamentos emergiram em relação aos impasses e possibilidades de uma política construída tanto para aqueles que querem e não conseguem parar de usar drogas, como para aqueles que não querem suspender o uso, e, sobre qual a função de serviços como os CAPSad na operacionalização dessa política pública. Pois, no setor saúde, a Reforma Psiquiátrica e principalmente a Redução de Danos ampliam as ofertas e as práticas de cuidados, quando antes, para iniciar um tratamento exigia-se a abstinência e o cuidado restringia-se à manutenção desta. Diante disso, cabe nos perguntarmos se os

⁴ A partir daqui, quando utilizarmos essa sigla, AD, estaremos nos referindo a “álcool e outras drogas”.

principais sujeitos envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) estão preparados para lidar com tamanha complexidade. Lidar, por exemplo, com aquilo que será possível de construir na relação com o usuário, mesmo que para isso seja necessário abandonar o ideal abstinente. Ou, de outro modo, lidar ou dispor recursos terapêuticos para usuários que efetivamente desejam parar de usar drogas, que buscam a abstinência, sem, entretanto, recorrer à internação. Que recursos terapêuticos um serviço como esse pode oferecer a esses usuários e quais são as limitações enfrentadas?

A complexidade deste trabalho reside não apenas no objetivo a que se propõe – qual seja, analisar e traçar uma cartografia de processos de desinstitucionalização em um CAPSad, com base nos dispositivos de atenção e gestão – como também no modo pelo qual foi realizado o estudo: uma análise a partir de minha própria experiência na gestão desse CAPS. Trata-se de uma análise alicerçada em registros escritos e na memória atualizada desta experiência, desde o lugar de pesquisadora.

Esse objetivo maior se desdobra em outros, tais como: articular pontos de cruzamento da Política da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas; analisar, por meio dos dispositivos de atenção e gestão, aspectos relacionados à esfera micropolítica da desinstitucionalização no cotidiano das práticas do CAPSad; e discutir questões da clínica na atenção a usuários de AD.

Vale ressaltar aqui um avanço conquistado em Aracaju, na condução das políticas públicas de saúde, na medida em que houve uma aposta na interface com a justiça, no que tange à nova lei sobre drogas que prevê a descriminalização do usuário, mais especificamente, através do acordo firmado para a não obrigatoriedade do tratamento ao usuário, ou de que o tratamento em serviços de saúde não deve ser associado à pena judicial.

Nosso trabalho dissertativo buscou destacar esses avanços ao discorrer sobre modos de operar uma clínica no campo das políticas públicas de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas cujas ações não estejam dissociadas do contexto social. Através da análise e compartilhamento da experiência de trabalho na gestão de um serviço público, foi possível pensar sobre alguns aspectos que norteiam a atenção aos usuários, com base no princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão.

O intuito aqui não é o de restringir a análise somente ao modo como foram executadas as ações de gestão nesse serviço, mas ampliar para uma análise da gestão como uma “função” articuladora, tomando-a não apenas como um “lugar” ou um cargo administrativo a ser ocupado com atividades dadas de antemão, mas um lugar que ainda precisa ser construído coletivamente.

Cabe mencionar que o afastamento de um ano do trabalho do CAPSad para outro espaço no coletivo gestor⁵ e, posteriormente, a minha saída desse espaço de gestão para a Universidade⁶, produziu outros olhares à problemática de pesquisa. Por isso, no momento de produção dessa escrita o olhar de gestora vai inicialmente se misturando ao de pesquisadora e aos poucos, cedendo lugar a este, criando-se assim outros lugares possíveis de se mirar essa realidade.

Cada vez mais tem se mostrado preocupante o aumento da demanda por atendimento a usuários de AD. Basta olharmos para as matérias jornalísticas que afrontam o sistema de saúde, denunciando desassistência ou insuficiência de estratégias que dêem conta do problema. Somam-se a isso, cada vez mais usuários de *crack*, acompanhados de familiares, que recorrem aos serviços de urgência assustados com a maneira brusca com que essa substância tem devastado suas vidas. Em Aracaju, desde 2002⁷, o uso do *crack* tem se espalhado de modo indiscriminado afetando diferentes sujeitos e realidades sociais. Além das questões pertinentes ao sistema de saúde, esse problema assume dimensões bem próximas e concretas com amigos, familiares ou conhecidos que, vez ou outra, relatam situações desagradáveis envolvendo abuso de drogas, principalmente acidentes de trânsito envolvendo uso de bebida alcoólica. Embora sejam substâncias diferentes e possuam suas especificidades, o abuso de *crack* e o abuso de álcool, sinalizam problemas semelhantes: ambos causam danos à saúde individual e coletiva. Entretanto, apesar desse lugar comum, apresentam uma diferença significativa: uma é ilícita e outra lícita. Sem dúvida, acompanhamos no percurso histórico, uma maior preocupação das políticas públicas com as primeiras, muito embora

⁵ Que aconteceu no início do ano de 2008 na assunção de outra Coordenação, do Núcleo de Gestão do Cuidado Inter-Redes, após ter permanecido desde março de 2007 na coordenação do CAPSad.

⁶ O que se concretizou após a obtenção da bolsa do programa de mestrado para sua conclusão.

⁷ Ano em que é identificado pelos redutores de danos como sendo de imersão e maior disseminação do uso, com aparecimento de overdoses envolvendo abuso de *crack*, o que nos chama atenção pelo modo como invadiu de maneira distinta algumas cidades brasileiras.

tenhamos acompanhado, na mesma medida ou em proporção ainda maior⁸, inúmeros problemas com aquelas consideradas legais. Ocorre que há uma certa naturalização dessa realidade, e isso nos parece o mais complicado: não o caráter lícito ou ilícito, mas a naturalização e o não estranhamento dessa problemática. Por isso, quando se enaltece a problemática do *crack*, como o que ocorre nos dias atuais, há que considerar os reais problemas que se manifestam, sem, contudo, escamotear outros problemas tão conhecidos e que permanecem intocáveis. “Aliás, a cada vez que se tenta introduzir a preocupação com álcool e benzodiazepínicos, enfrenta-se a força dos grandes *lobbies* das indústrias de bebidas e dos laboratórios farmacêuticos” (Benevides e Passos, S/D, p. 06).

A experiência de trabalho na gestão permitiu a produção de muitas questões que permanecem em aberto. Talvez a principal delas diga respeito à perspectiva que ampara as políticas públicas de saúde para esse campo de AD, que parte do entendimento de que nem todos os usuários estabelecem uma relação abusiva com as drogas, que prejudique a si ou a outros. Dito de outra forma, na ênfase de que o problema não são as drogas em si, mas sim todo um contexto que envolve o uso de drogas, como o universo de produção de subjetividades voltadas para o consumo. Diante disso, se a ênfase é dada às relações que se estabelece com as drogas, torna-se instigante pensar que recursos concretos um serviço como o CAPSad dispõe ou consegue inventar para produzir outros tipos de relações no enfrentamento dessa problemática, pois modificar as relações demanda um trabalho minucioso e demanda mais tempo, o que pode ser incompatível com a necessidade ou com a busca dos usuários ao CAPSad, muitos em sofrimento, requerendo respostas resolutivas e mais imediatas, as quais, não sendo encontradas nesses serviços, recorrem à internação. Tais inquietações nos impulsionaram a pequenas intervenções, visando contribuir para a construção desta clínica em consonância com a Reforma Psiquiátrica.

Tem sido recorrente em minhas incursões acadêmicas falar de situações do campo da prática, como quando na monografia de graduação escrevi sobre a experiência de estágio em um serviço de saúde mental. Ou, na especialização em saúde da família, tratei do tema da gestão, assunto que me instigava, sem saber que enveredaria para um espaço de gestão e, mais ainda, que estaria novamente impulsionada a escrever agora, no mestrado em Psicologia

⁸ Para Alessandra Maria Julião, “o álcool é a substância psicoativa mais consumida no país, sendo também indiscutível que os danos causados pelo álcool superam os causados pelas drogas ilícitas” (JULIÃO, 2008, p. 35).

Social, sobre minha experiência em um serviço de atenção a usuários de AD. Poderia pensar sobre quais motivos me levam a tomar minha própria experiência como objeto de análise dessa dissertação. Sem dúvida, tal explicação, se é que ela existe, não encontra sentido, senão em um plano múltiplo.

Mas, parte importante dessa motivação reside na possibilidade de compartilhar, analisar e discutir alguns problemas que emergiram da experiência prática, problemas cruciais de serem pensados e problematizados, especialmente por terem emergido num contexto de produção e execução de uma política pública. O dito popular “só sabe quem vive” soa bem próximo e afeiçoado quando buscamos analisar uma experiência, pois nos remete a um saber que se constrói no viver.

Partimos do pressuposto de que pensar nossas práticas, como operadores de uma política pública, requer um olhar para o modo como pensamos, ou para aquilo que nos atravessa. Desinstitucionalizar, para Denise Dias Barros, “significaria assim, (...) lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada” (BARROS, 1994, p.191). A mesma autora, com base nas idéias de Derrida (1987) coloca que “a desconstrução implica num trabalho hermenêutico que procura desvendar a genealogia e as ascendências fortes de um saber” (BARROS, 1994, p. 191).

Vale destacar que muitos escritos têm sido elaborados em torno do tema das drogas na sociedade e sobre sua relação com a existência da humanidade. Em contrapartida, encontramos poucos trabalhos acerca da clínica em CAPSad, que transversalizem a discussão numa perspectiva histórica e social. Tampouco, encontramos estudos sobre dispositivos de gestão nesses serviços que possam ser ferramentas para a atenção aos seus usuários.

Em face dessas questões, organizamos o texto em quatro capítulos. O primeiro apresenta uma discussão das condições históricas e sociais de formulação da atual Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, em que tratamos ainda do percurso histórico e político da transição das políticas sobre drogas, do campo da justiça para a saúde e a conseqüente criação dos CAPSad. Procuramos apresentar aspectos da trajetória da Reforma Psiquiátrica, já que esta se constitui como solo fecundo para implantação dessa política. Além

disso, trazemos uma discussão conceitual sobre o princípio da desinstitucionalização presente na Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo aborda a nossa escolha por uma narrativa cartográfica nesse trabalho. Uma escrita-narrativa que, ancorada na experiência, busca cartografar aspectos de um campo múltiplo, analisando e problematizando acontecimentos, apresentando contradições, conflitos, problemas em aberto e práticas que foram potentes à desinstitucionalização.

No terceiro capítulo fazemos uma análise sobre os modos como foram articulados e colocados em funcionamento os mecanismos de atenção e gestão no CAPSad Primavera. Para tal, julgamos necessário iniciar com uma discussão sobre a complexa relação entre produção de subjetividade, uso de drogas e modos de vida contemporâneos no cenário das sociedades capitalistas (item 3.1). Buscamos contemplar um olhar para a equipe, em uma narrativa sobre o modo de aproximação e vinculação da gestão com a equipe de trabalhadores do serviço, com ênfase no planejamento, momento esse construído e operado não nos moldes burocrático-administrativos, mas, sobretudo, em caráter de educação permanente, voltado para um estudo em torno das diretrizes e princípios dos CAPSad (itens 3.2 e 3.3). Em seguida, fazemos uma discussão sobre a dimensão pública dos serviços de saúde (item 3.4), sobre ambiência (item 3.5), espaços coletivos de gestão como as assembleias (item 3.6), bem como os espaços coletivos intersetoriais como aqueles nos quais se dava a relação com a justiça (item 3.7).

Por último, no quarto capítulo, são levantados alguns aspectos que dizem respeito à clínica do CAPSad. Questões que lhe conferem singularidade, tendo como mote as atividades terapêuticas na Reforma Psiquiátrica, estendendo para uma análise da lógica da Redução de Danos na Política de Atenção Integral para usuários de AD.

Nas considerações finais, apontamos as principais dificuldades na produção dessa escrita, que procurou imiscuir situações vividas com temas específicos da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização. Consideramos que o processo de desinstitucionalização, para que possa ocorrer de forma mais efetiva, exige, no mínimo, um entendimento desse princípio que esteja vinculado a uma análise constante das práticas cotidianas. É preciso não perder de vista que não se trata apenas de desconstrução de práticas

manicomiais, mas de uma reconstrução, uma invenção dos modos de colocar em funcionamento aquilo que as políticas preconizam.

Fenômenos complexos como esses a que nos propomos a trabalhar aqui, condizente aos aspectos sociais e históricos do uso/abuso/dependência de drogas e da organização do sistema de saúde para atenção a esse fenômeno, são incompatíveis com simplificações reducionistas, demandando estratégias articuladas com certo grau de complexidade, sem, contudo, prescindir de ações simples. Algumas dessas estratégias são compartilhadas aqui: nem ideais, nem verdadeiras, mas simplesmente circunscritas em um campo concreto da experiência.

2. Aspectos históricos e conceituais das políticas públicas sobre drogas

2.1 Da justiça à saúde

A complexidade do tema das políticas públicas sobre drogas evidencia-se, dentre outros aspectos, pela necessária interlocução entre dois campos: justiça e saúde. Um tema antes específico à justiça, cuja consequência mais imediata era a associação “usuário-criminoso”, passa a ser preocupação da saúde gerando uma nova composição: “usuário-doente”. Atualmente vem se incorporando outras possibilidades de discurso, como “sujeito que usa drogas e que nem por isso está cometendo um crime e que, acima de tudo, tem direito de cuidar de sua saúde”. Para adentrar nessa discussão demos uma mirada para esse panorama histórico.

Muito mais do que proferir um discurso sobre as drogas e sua relação com a humanidade, nos cabe demarcar e situar em que momento e em que condições as drogas passam a se tornar um assunto que merece a preocupação das autoridades do governo.

As preocupações com o uso de drogas no cenário mundial coincidem com o crescente aumento da população, do comércio mundial e com a Revolução Industrial, o que nos leva a discorrer, mais adiante, sobre a relação entre o sistema capitalista e as drogas no contemporâneo.

No Brasil, as primeiras intervenções do poder público ocorreram no âmbito da justiça, com base no arcabouço jurídico, formulado no início do século XX, sobretudo, para coibir o uso e controlar o comércio de drogas ilícitas, sob a justificativa de reforçar a segurança pública. O uso de drogas nessa época de modo geral era incipiente, com exceção do consumo de álcool, o qual já era significativo e problemático. No entanto, por ter sido considerado lícito, não era preocupação do governo (MACHADO E MIRANDA, 2007).

Em meados da década de 20, diante da ausência de medidas governamentais para enfrentar o problema do uso de álcool, surgem as organizações reconhecidas como de utilidade pública, para assistência aos alcoolistas, principalmente a Liga Brasileira de Higiene Mental, a Liga Antialcoólica de São Paulo e Rio Grande do Sul (AMUY, 2005).

Machado e Miranda (2007) denunciam o maior comprometimento das políticas assistenciais do governo brasileiro – que estavam sendo desenhadas a partir da década de 70 – com acordos internacionais (convenções e reuniões da ONU) de controle e repressão de drogas ilícitas, do que com a criação de centros de tratamento. Acrescenta-se a isso o fato de que os já existentes, mantidos pelo Estado, não atendiam alcoolistas, mesmo já sendo comprovada a necessidade desta intervenção.

A promulgação da lei 6.368 de 1976, conhecida como Lei de Entorpecentes, sinaliza e marca a transição do campo predominante da justiça para adentrar no da saúde, sob influência da medicina e psiquiatria, desde 1971. “O artigo 9º do capítulo II da lei 6.368 definiu atribuições para o sistema de saúde e para o Ministério da Previdência e Assistência Social, então responsável pela rede pública sanitária” (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 05). Nesse sentido, começam a ser anunciadas as propostas para criação de centros específicos para tratamento de dependentes químicos.

É importante frisar que tais práticas governamentais nascem no período da ditadura militar, momento em que se institui o Confen (Conselho Federal de Entorpecentes), em 1980, vinculado ao Ministério da Justiça. No fim da década de 80, com a redemocratização do país, além da repressão, esse órgão passou a propor medidas de educação, prevenção, tratamento e pesquisa (MACHADO e MIRANDA, 2007).

A situação do usuário de drogas, ao situar-se num campo comum entre a esfera da justiça e da saúde, denuncia a disputa de poder entre direito e psiquiatria que se inicia na segunda metade do século XIX, em um embate travado pela gestão do criminoso: “É dentro desse jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria, ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício” (SOUZA, 2007, p. 29). As relações de poder, apesar de parecerem, não são imutáveis, “são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis” (FOUCAULT, 2003, p. 232).

Souza (2007) contextualiza essa arena de disputa entre psiquiatria e direito penal, no parágrafo abaixo:

A partir da própria Lei 6.368/76, podemos identificar uma inserção da psiquiatria no campo do Direito Penal: um arcabouço jurídico que revela a articulação do discurso da psiquiatria e o discurso da criminologia na produção do usuário de drogas como

doente mental e/ou anti-social. Tal processo pode ser intensificado a partir de 1980 quando instituiu-se o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cuja instância administrativa e executiva era o Conselho Nacional de Entorpecentes (COFEN), órgão do Ministério da Justiça. (SOUZA, 2007, p. 30).

Devido à preocupação maior das instâncias do poder público em combate ao tráfico, não se delineava, até então, como responsabilidade dos gestores de saúde pública, pensar diretrizes para o tratamento da dependência. O caminho do usuário de drogas ilícitas vinha sendo, de modo corrente, o sistema penitenciário, não sendo ofertadas possibilidades de tratamento e, o de lícitas, às instituições não governamentais.

Esse aparato constituído com uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir de 1970, em hospitais psiquiátricos (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 04).

A problemática das drogas aparece com mais veemência no Brasil como um problema que demanda intervenção na década de 90, mas novamente, não da saúde, e sim, da segurança pública. Isso porque vem atrelada ao combate ao tráfico de drogas ilícitas, principalmente cocaína, que emerge impulsionado pelo aumento da pobreza, de favelas e violência urbana, decorrente do fracasso no milagre econômico vivido na década de 80 (SOUZA, 2007).

Entretanto, nessa mesma época (anos 1990), evidencia-se o crescimento e disseminação do vírus HIV, o que intensifica ações com usuários de drogas injetáveis. A partir dessa demanda surgem os programas de Redução de Danos no país, sendo as principais experiências ocorridas nos municípios de Santos e Porto Alegre com programas de trocas de seringas e distribuição de insumos. Tais programas esbarraram na Lei de Entorpecentes, tendo sido interpretados como de incentivo ao uso, por isso, crime, sendo resolvido tal impasse somente com o parecer favorável do Confen em 1994.

A portaria 816 de 30 de abril de 2002, que versa sobre o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de AD, reconhece a redução de danos sociais e à saúde, como “intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda” (BRASIL, 2002, p. 01). A redução de danos é reconhecida como estratégia de

saúde pública e está prevista na Política do Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas.

No relato de um dirigente do extinto Confen que atuou de 1994 a 2004 fica clara a resolução desse impasse com a seguinte explicação:

a Constituição tem suprallegalidade, ou seja, todas as demais leis devem estar em consonância e serem interpretadas de acordo com ela. Se a lei maior determina o direito da pessoa à saúde o dever do Estado é de atuar em favor da saúde, ela não pode inibir práticas que visem exatamente evitar a doença, especialmente se oriunda das autoridades sanitárias do país (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 07).

Os programas de Redução de Danos, de certa forma, começam a dar visibilidade para a ausência de uma política de saúde efetiva para usuários de drogas, evidenciando “a dificuldade de acesso e de acolhimento, a precariedade dos serviços de apoio e tratamento à dependência, a falta de referencial para os usuários, bem como a desconfiança e o preconceito dos profissionais da área” (MACHADO e MIRANDA, 2007, p.08).

Vale destacar que os centros de tratamento, pesquisa e prevenção, criados a partir de 1980 em parcerias com universidades, “contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de práticas não moralistas nem repressivas” (*Ibidem*, 2007, p. 07).

As disposições de tratamento para as pessoas de classe média e alta eram as clínicas privadas e, para aquelas que não podiam pagar, quando não eram capturados pela polícia⁹ para cumprir pena, restava a internação, geralmente em entidades filantrópicas ou de cunho religioso. Segundo Ramôa (2005) “[...] no atendimento a dependentes, o setor privado assumiu um papel preponderante no estabelecimento do modelo de doze passos - o chamado Modelo Minnesota. Vila Serena foi a primeira clínica particular para toxicômanos, criada em 1982” (RAMÔA, 2005 p. 82). Ou seja, o único modo de tratamento concebível era a internação em regime fechado submetido a regras institucionais e à exigência da abstinência, acarretando àqueles que não conseguiam parar de fazer uso, sucessivas e contínuas internações.

⁹ Caminho esse percorrido quase que invariavelmente pelos usuários de drogas ilícitas.

No vácuo de estratégias de políticas públicas, principalmente na década de 90, é que se destacam as Comunidades Terapêuticas. Machado e Miranda (2007, p. 08), com base em análise de documentos do Ministério da Saúde e depoimentos de atores sociais que fizeram parte desses movimentos, as definem como “serviços filantrópicos de orientação religiosa destinados à recuperação de dependentes”. Pela omissão do poder público para discutir a questão do tratamento de um grave problema de saúde pública emergem esses serviços que existem até hoje, de caráter voluntariado e destituídos de princípios técnico-assistenciais das profissões de saúde. Caracterizou-se como uma estratégia construída basicamente por familiares, que lutaram desesperados na busca por soluções. Por isso, funcionaram com instruções normativas arbitrárias e muitas vezes, contraditórias às diretrizes de reabilitação psicossocial¹⁰.

Com vistas a padronizar esses serviços, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) elabora a Resolução nº 101 de 30 de maio de 2001 que prevê regulamentação técnica para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA). A resolução organiza o fluxo de demanda a esses serviços, apresentando, para tanto, padrões de comprometimento com o uso de substâncias (leve, moderado e grave) definindo que cabe às Comunidades Terapêuticas oferecer tratamento a pessoas que apresentem grave comprometimento com o uso de drogas. Outra importante definição do documento é a não imposição de condições ao tratamento como “crenças religiosas e ideológicas”. É permitido ao usuário interromper a qualquer momento o tratamento, salvo risco de vida ou intoxicação. Ressalta a importância de um ambiente livre de SPA (substância psicoativa) e violência, “resguardando o direito do serviço estabelecer as atividades relativas à espiritualidade”. Sobre as atividades terapêuticas compreende-as como “atividades de desenvolvimento interior (p ex. yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos) é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas” (BRASIL, 2001).

A Reforma Sanitária e a consolidação do SUS (lei 8080 de 1990) trazem um novo conceito de saúde que entra em cena visando superar a visão reducionista de saúde, como

¹⁰ Identificou-se, através da instituição da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, a necessidade de elaboração do “Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas, cabendo ao CONAD (Conselho Nacional Anti-Drogas) e à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a regulamentação desses modelos de tratamento” (BRASIL, 2004).

ausência de doença, atrelando-a a condições de vida, a modos de existências e a questões sócio-político-econômicas. Com isso, na medida em que o uso de drogas começa a adentrar também na esfera da saúde, ocorre uma mudança, nos aparatos legislativos, no que historicamente se constituiu como política pública para esse tema. Passa a vigorar, efetivamente, a partir de 2003, quando o Ministério da Saúde assume a responsabilidade e reconhece o atraso e ausência de políticas de saúde nessa área.

Em sendo já um assunto que começa a ser vinculado à psiquiatria desde a década de 70, no âmbito do SUS encontra-se respaldo na Reforma Psiquiátrica, através dos CAPSAd como ordenador da rede de atenção como um todo.

2.2 A trajetória da Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPSAd

É importante atualizar aspectos sociais e históricos a fim de perceber que o campo da saúde mental não emerge assim abruptamente, mas surge em decorrência de um árduo processo que se inicia com o questionamento de práticas que vigoraram durante séculos em torno da loucura, fundadas com a noção de doença mental e sustentadas pelo discurso científico da psiquiatria. Desenvolvendo-se como um ramo da medicina, a psiquiatria emerge com o paradigma moderno, sendo atrelada ao projeto mais amplo de medicalização da sociedade, o que representou a inserção da medicina em um projeto social.

Nesse resgate histórico das políticas públicas de saúde, vislumbramos o quanto a medicina esteve vinculada ao projeto de ordem social do Estado, alicerçada no paradigma da Modernidade¹¹ e, com isso, à obstinação pela purificação e isolamento de seu objeto, decorrente da busca pela mensuração e previsibilidade, imprescindível a esse modo de produção de conhecimento. Essa visão sustentou os princípios terapêuticos em torno da doença mental, construindo o sentido e função social dos hospitais e manicômios (FOUCAULT, 1977). No projeto de ordem social formulado, parecia não haver lugar para aquilo que divergia ao que era considerado a norma ou o padrão, enfim, para a diversidade

¹¹ Não cabe aqui uma análise muito detalhada dessa questão por se tratar de uma breve contextualização. Resumidamente, destacamos alguns acontecimentos ocorridos entre a Idade Média e o início da Era Moderna na Europa: a transformação dos espaços onde as pessoas residem em cidades, a estruturação do Estado para governar as cidades e os cidadãos, associada ao processo de urbanização e industrialização. A medicina teve um papel importante nesse projeto de organização social, passando a exercer em sua profissionalização, práticas mais coletivas. A crítica incide sobre o fato de que tal preocupação com aspectos mais coletivos traduzia a manutenção do sistema capitalista em detrimento da busca pela qualidade de vida dos cidadãos. Sobre esse tema pode-se recorrer a Foucault (1979) ou Amarante (1994).

que lhes escapava. Proclamou-se a homogeneização dos sujeitos e, sendo assim, aos desviantes e inadaptados a esse mandato parecia restar a exclusão social travestida de um projeto terapêutico voltado para a cura. As ações pautadas para atingir a esse fim atingem um caráter técnico-científico que acaba ganhando espaço no campo da saúde pública. A psiquiatria nesses moldes garantiu, assim, um novo destino aos que fugiam da norma, “eles não serão excluídos por infração a um código de leis explícito, como o criminoso. Mas, ao serem definidos como doentes, sua exclusão justifica-se como tratamento” (RAUTER, *apud* SOUZA, 2007 p. 28).

Na obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1979) elucida o modo como surge a clínica dentro do paradigma da modernidade, junto ao nascimento do hospital, sendo este não mais uma entidade filantrópica ou “morredouro”, e sim uma máquina de curar. Decorrente do modelo anátomo-patológico das ciências naturais e com uma visão substancialista das doenças, surge o interesse em classificar tudo que é passível de ser conhecido, enaltecendo as classificações diagnósticas numa ação eminentemente nosográfica e nosológica. Diferente, portanto, do que vem acontecendo atualmente com as ciências naturais, no paradigma da complexidade, que vêm buscando outro movimento, como explicita a citação abaixo, com base nas idéias de Prigogine e Stengers:

As ciências naturais aprenderam, pelo menos em princípio, que é necessário sair dos laboratórios, dos lugares protegidos onde seus paradigmas se elaboram. Elas sabem doravante que as situações idealizadas, simples, não são suscetíveis de lhes fornecer uma chave universal. Devem, pois, voltar a ser ‘ciência da natureza’, confrontadas com a múltipla riqueza que durante muito tempo se arrogaram o direito de esquecer na sua busca de uma verdade geral, de uma simplicidade oculta (PRIGOGINE E STENGERS *apud* BARROS E PASSOS, 2003, p. 83).

Com o estatuto de doente mental a mente é enaltecida como o lócus de produção da doença, encontrando explicações que deflagrem estruturas cerebrais doentias. E com uma visão científico-positivista, restrita apenas a processos passíveis de observação e mensuração, funda-se a clínica psiquiátrica – dotada de saberes e técnicas – as quais tinham como foco a exorcização da loucura e um retorno ao estado “normal” (FOUCAULT, 1978).

Vimos que estruturas excludentes e instituições totais foram fabricadas produzindo estigma e preconceito com as pessoas que hoje são denominadas usuárias de saúde mental. Cabe agora nos deslocarmos para o processo de Reforma Psiquiátrica, ou seja, para os

movimentos que provocaram questionamentos e contestações ao modo como a psiquiatria lidou historicamente com a loucura. Em seguimento a esse percurso histórico, analisamos a institucionalização de outros modos de operar o cuidado com o transtorno mental no campo da saúde mental, com o surgimento dos CAPS e, mais precisamente, dos CAPSad.

Segundo Paulo Amarante (1994 e 2003), algumas iniciativas no sentido de modificação destas práticas institucionais excludentes, denominadas Reformas Psiquiátricas, foram sendo evidenciadas após a Segunda Guerra Mundial, pela semelhança dos manicômios aos campos de concentração (RODRIGUES, 2007).

Dentre essas experiências, merecem destaque: 1) a Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional na Inglaterra, 2) a Psiquiatria de Setor e a Psiquiátrica Comunitária ou Preventiva, na França e 3) a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

Destas, atemo-nos à última, a Reforma Democrática Italiana, por ter sido referência no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira ao fomentar uma análise histórica e crítica das relações sociais vinculadas à produção social da loucura, para além de uma reforma na estrutura do hospital, como defenderam as outras.

As principais críticas da reforma italiana fundaram-se em torno do conceito de doença mental, que segundo Franco Basaglia - um dos mais importantes militantes desse movimento na Itália - reduziu a “complexa experiência da loucura aos limites do campo médico” (AMARANTE, 1994, p. 67). Outro questionamento recaiu sobre a função social do manicômio e do tratamento hospitalocêntrico.

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, criado pelo próprio Basaglia na década de 70, ofereceu condições de sustentabilidade para alternativas ao modelo manicomial, através da lei de extinção dos manicômios e implantação de outros mecanismos institucionais que mostravam outro modo possível de cuidar da loucura¹². Instituiu assim, o modelo de atenção psicossocial, com dispositivos de cuidado como território, vínculo, responsabilização,

¹² Destaca-se aqui, as experiências realizadas por Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson (psiquiatras ingleses) que fundaram o movimento da Antipsiquiatria, no final da década de 50 e início da década de 60 fortemente marcado pelos movimentos de contracultura contestatório das “condições repressoras da sociedade” (AMARANTE, 2003, p.60). Embora com afirmações mais radicais de afrente à ordem social, o movimento traz contribuições importantes que impulsionam a extinção progressiva dos manicômios.

conceitos-ferramentas que integram o propósito maior de desinstitucionalização. Em outras palavras, o movimento busca suplantiar políticas de produção de isolamento e clausura advindos dos manicômios, incitando-nos a pensar nas condições sociais de produção da loucura atreladas ao próprio modo de funcionamento e organização da sociedade. Conforme Tadeu Souza (2007, p. 51), “o processo de desinstitucionalização passa a argüir a própria sociedade, questionando publicamente a demanda por internação”.

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica começa a despontar em meio a um processo de redemocratização do país, marcado pelo período da ditadura militar. O início da Reforma Psiquiátrica Brasileira é marcado concomitante à greve da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) no Rio de Janeiro. Outro marco é a criação do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental) que passa a centralizar as discussões não apenas trabalhistas, mas também dos direitos dos loucos. Essa luta ganha força com os Movimentos de Reforma Sanitária e com a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), garantindo na constituição de 1988 - através dos princípios de universalidade, integralidade e equidade - o direito à saúde a qualquer cidadão como sendo um dever do Estado (SOUZA, 2007).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil assume repercussão nacional com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que acarretou no fechamento dessa instituição por iniciativa da administração pública municipal. “Foi no âmbito das ações municipais que a Reforma Psiquiátrica encontra seu vigor como prática social” (SOUZA, 2007, p. 48).

O município de Santos torna-se um dos precursores no âmbito das iniciativas locais de consolidação da Reforma Psiquiátrica. É de lá que surgem os primeiros modelos de atenção psicossocial substitutivos ao manicômio, os chamados NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). Tadeu Souza (2007) mapeia também, em Santos, a instituição de um modelo de atenção específica a usuários de drogas, os NATS (Núcleo de Atenção ao Toxicodependente). Em 1992, o Ministério da Saúde regulamentou através de portarias específicas, experiências substitutivas, que além dos NAPS, contava com os hospitais-dia e Centros de Convivência (AMARANTE, 1994).

Apesar de já existirem tais experiências acontecendo em Santos e também em outros municípios, somente em 2002 com a portaria 336/02, respaldada pela Lei 10216 de 2001, é que são regulamentados os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como referência ao modelo de atenção psicossocial substitutivo ao manicômio. Os CAPS emergem, portanto, em decorrência de um amplo processo de participação social, de sensibilização de diferentes atores sociais, de discussão com a sociedade através da veiculação na mídia, da realização de conferências, num debate intenso que centralizava o questionamento às estruturas manicomiais (BRASIL, 2001 e 2002).

Os CAPS conformam-se, portanto, como um modo de operacionalização dessa luta, com a incumbência de ampliar os modos de entendimento da loucura, de engendrar e, por vezes, protagonizar diferentes modos de operar o cuidado oferecido. Esse processo de abertura de CAPS é recente e vem atrelado ao desafio micropolítico e cotidiano de desconstrução de uma lógica manicomial que predominou durante anos: de clausura, abandono, exclusão, marginalidade e excesso de poder. Não menos importante, é a busca pela saída do foco na “doença em si” que Basaglia (1985, p. 109) desde o início nos atentava: “o problema já não é tanto a doença em si, mas, sobretudo, o da relação que se estabelece com ela”.

Segundo Souza (2007, p. 49):

[...] no âmbito da Reforma Psiquiátrica, desospitalização refere-se a reformas no estabelecimento “hospital” e, desinstitucionalização, às alterações das práticas instituídas, não se limitando apenas ao espaço do hospital, intervindo sobre a própria sociedade.

A Reforma Psiquiátrica de modo geral, imbuída na luta por intervir de modo diferente sobre as críticas que constrói ao manicômio, amplia o modo de entender a loucura, superando a noção dicotômica de saúde-doença, para uma visão de produção da loucura indissociada dos fatores sociais, econômicos, históricos e políticos, colocando como eixo central dessa discussão, as relações de poder.

No âmbito da problemática de álcool e outras drogas propõe-se os CAPSad, que apesar de incipientes em relação aos outros CAPS, já aparecem na portaria 336 de 2002, a

qual define e estabelece diretrizes para o funcionamento destes serviços. Além disso, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, através da Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004, cuja ênfase recai na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas (AD) e na criação de uma rede assistencial que priorize a atenção comunitária à rede de serviços de saúde e sociais, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). Em seguida, em 2007, o Decreto nº 6.117 aprova a Política Nacional sobre o Álcool e “dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências” (BRASIL, 2007).

Salvo o que ocorreu em Santos com a implantação dos NATS, outros municípios do país não tiveram a mesma iniciativa de criar um serviço específico a usuários de drogas, fazendo com que as políticas de saúde mental, referentes a essa demanda, ficassem sob domínio dos centros de tratamento vinculados a universidades federais (Marques, Doneda, 1998 apud Souza, 2007). Nesse sentido, a primeira abordagem de atenção às toxicomanias no Estado do Rio de Janeiro, de caráter universitário, é o Nepad (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas) ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O subsídio para nortear a metodologia de trabalho decorre da psicanálise. É referência nessa corrente teórica e prática, o psicanalista francês Claude Olievenstein, renomado na clínica das toxicomanias, do Centro Marmotan de Paris (RAMÔA, 2005).

Entretanto, apesar dos CAPSad comporem atualmente a rede de saúde mental, a temática das drogas nem sempre foi vista nem tratada como um problema também pertinente ao campo da saúde como vimos anteriormente. Até por que devemos lembrar que a saúde pública no Brasil sofre transformações e assume para si a responsabilidade pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos, somente após a constituição de 1988 e instituição do SUS em 1990. E mesmo porque no que concerne ao usuário de drogas, principalmente de drogas ilícitas, sobre ele era proferido um discurso muito mais próximo do binômio certo e errado, da ordem da moral e da justiça, que da saúde. Diferente, portanto, da doença mental, que já nasce sob a ordem do discurso da medicina moderna e da psiquiatria, disciplinas estritas à saúde¹³.

¹³ Nem por isso, isentas de projetos de moralidade.

2.3 O CAPSad Primavera: estranhamentos e olhares estrangeiros

O CAPSad em Aracaju surge em 2002 alocado em um antigo mercado na Atalaia, bairro de praia, com constante circulação de turistas, bares e restaurantes. Muitos moradores de rua que tem como residência flutuante as proximidades da praia, frequentam o serviço ou já buscaram atendimento. Muitos deles, quando questionados sobre os motivos que os levaram a essa procura, citam o fato de receber um lanche diariamente e de ser um local que podem passar o dia. Como secundário, apontam o fato de ser um local para tratamento. Ou seja, para estes usuários, o CAPSad é, antes de tudo, um centro de convivência.

Essa é uma minúscula faceta da multiplicidade de aspectos que circundam a realidade da instituição que analisamos, a partir das vivências clínico-afetivo-políticas lá experimentadas. Com base nesse micro cenário podemos falar de um incômodo vivenciado pela equipe: incômodo decorrente do distanciamento entre o sentido produzido pelos usuários em torno do CAPSad e seu objetivo primordial - prestar atendimento a pessoas em situação de dependência ou em uso abusivo de AD.

Hoje, quando falamos nesse equipamento de saúde específica para usuários de AD, apesar de se tratar de um modelo de atenção já implantado, devemos lembrar do percurso histórico percorrido até sua efetiva implantação.

Como preâmbulo à problemática de que trata esse trabalho, interessa-nos situar, historicamente, acontecimentos relacionados com a criação dos CAPSad no Brasil. Para tanto, é necessário revisitar rapidamente o processo de Reforma Psiquiátrica em um panorama mundial para, em seguida, apresentar o modo como esta ocorreu no Brasil, através da criação de equipamentos e dispositivos como os CAPS e , mais especificamente, os CAPSad.

O encontro com o CAPSad desde o início, provocou a sensação de que não estava adentrando em um lugar qualquer, me permitindo desconstruir, inclusive, algumas idéias em torno de CAPS, na medida em que alguns acontecimentos lembravam uma instituição prisional e carcerária. Tanto pelas grades que se encontram¹⁴ presentes logo na entrada do serviço, como um cartão de visitas, quanto pelos discursos dos trabalhadores que relatavam

¹⁴ Situamos no tempo presente, pois ainda estão fixadas na porta de entrada do serviço.

medo de agressão física ou verbal, de roubo, de falta de privacidade e outras situações despertadas pelo cotidiano desestabilizador produzidas pelo confronto com realidades tão díspares. Michele Vasconcelos (2008) escreve sobre a função do estrangeiro e sua potência ao estranhar o desconhecido e impulsionar mudanças no que se encontra instituído:

[...] O estrangeiro em si, estrangeiro no outro e o estrangeiro em nós (enquanto o ainda não-atualizado) detêm o poder de abalar, de perturbar, através tanto daquilo que é, quanto daquilo que pode fazer, ou seja, tanto por sua presença singular, quanto pelos universos do porvir que pode inventar, pelas forças que pode acionar na configuração de novos territórios existenciais, na afirmação de novos mundos (ARAÚJO, 2006 *apud* VASCONCELOS, 2008, p. 34).

E por que estrangeiro?

Compor o coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) me soou estranho, desde o princípio, uma vez que minha experiência profissional estava sendo tecida na Atenção Básica - no Programa de Saúde da Família - de outro município. Entretanto, o tom desafiador, a possibilidade de conhecer e desbravar uma nova realidade trouxe uma força que se intensificou e me encaminhou rumo a Aracaju. Em poucos dias do convite, aqui estávamos¹⁵ para assumir a gestão do serviço.

O município de Aracaju é um município com 520 mil habitantes de acordo com censo realizado em 2007. A capital do Estado de Sergipe recebeu, em 2008, o título de capital Norte-Nordeste em qualidade de vida, de acordo com pesquisa divulgada pela Fundação Getúlio Vargas. É considerada uma cidade relativamente tranqüila para se residir, por ainda não apresentar de modo exorbitante os problemas sociais comuns a outras capitais brasileiras, como assaltos e crimes constantes que gera a recorrente sensação de insegurança aos moradores. O CAPSad Primavera, inaugurado em 2002, é o único CAPS nessa modalidade no município, já tendo sido ressaltada e discutida a importância de outro serviço devido ao aumento da demanda¹⁶.

¹⁵ Escrevo no plural para acoplar a esta experiência, a apoiadora institucional que estava conjuntamente assumindo este desafio, vindo também de outro município para compor a equipe do coletivo gestor da REAP – SMS. Sobre essa função de apoio institucional, tecemos algumas considerações no item 3.1 nesse texto, intitulado “Uma análise de implicação”.

¹⁶ O MS divulgou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) através da Portaria nº 1190 de 04 de junho de 2009 em que SE está entre os estados prioritários de atuação. Atualmente, no estado de Sergipe são quatro CAPSads. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 27 set. 2010.

Com a Reforma Psiquiátrica e a mudança no modelo assistencial, que culmina nos CAPS ad, a lógica do cuidado deve se pautar numa diferenciação minuciosa entre uso, abuso e dependência, considerando que nem todo usuário de drogas é ou se torna um dependente. Para Dartiu Xavier da Silveira (1996)¹⁷, a relação entre sujeito e objeto configura uma patologia pela sua intensidade ou pela sua preponderância, independente das características do objeto.

A perspectiva de serviços como o CAPSad é a de prestar assistência para o usuário de drogas que, de fato, necessita de cuidados de saúde (dependência), uma assistência de base territorializada, buscando-se, sobretudo, suplantar a exclusão, estigmatização e isolamento bem como a individualização e biologização da problemática complexa das drogas (CARVALHO e VASCONCELOS, 2008).

É importante uma ressalva, de que a terminologia CAPSad, ressaltando “álcool e outras Drogas” advém da intenção do Ministério da Saúde de trazer à tona a discussão de que álcool é também uma droga, tentando escapar da dicotomia lícito *versus* ilícito que, muitas vezes, confere maior importância a esta última e escamoteia um grave e cada vez maior problema de saúde pública (BRASIL, 2003, BARROS e PASSOS, S/D). Inclusive, segundo estudos epidemiológicos, o álcool é, junto com o tabaco, a droga que mais acarreta morte aos brasileiros e de acordo com dados de 2003, foram gastos em torno de 83% do orçamento público com internações com esse fim (MORAES, 2008).

Ao chegar pela primeira vez no serviço, avistei alguns usuários ociosos, outros sujos, maltrapilhos, jogando cartas, fumando tabaco, com muitas reclamações, com comportamento de certo modo, infantil junto à equipe. Esta, (é claro e importante ressaltar que nem todos da equipe agiam do mesmo modo), por sua vez, assumia uma postura de controle sobre os usuários quanto ao uso de substâncias, às saídas do serviço e até quanto à circulação dentro do CAPS. Rapidamente vivenciei situações de uso de drogas no serviço, relatos de medo e violência por parte da equipe em relação aos usuários.

Muito embora haja uma cultura institucional nos serviços que não prioriza um estudo e sistematização de dados que mensurem um pouco do panorama da realidade dos usuários, a

¹⁷ Coordenador do PROAD (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes, ligado a Universidade Federal de São Paulo), referência na área de toxicomania e consultor do MS para álcool e outras drogas.

exemplo de um banco de dados informatizado, em agosto de 2007 produzimos um levantamento manual para conhecer e sistematizar minimamente essa realidade dos usuários que freqüentam o CAPSad. Nesse levantamento, dos 187 usuários cadastrados, 174 eram homens e apenas 13 eram mulheres, o que dava uma porcentagem de 93% e 7% respectivamente. Tais resultados apontavam ainda uma mudança no perfil dos usuários acolhidos: se antes havia uma maior inserção de adultos/as e idosos/as alcoolistas, estava ocorrendo progressivamente, a admissão de um número considerável de adolescentes e jovens, usuários de *crack*, principalmente. Em agosto de 2007, dos 187 usuários inseridos, 150 (80, 22%) tinham como principal droga utilizada o álcool. Assinala-se, ainda, que 44, 38% destes usuários estavam na faixa etária dos 35 aos 50 anos. Já entre dezembro de 2007 e janeiro de 2008, começa a haver um redimensionamento desse perfil: dos 44 acolhimentos realizados no CAPSad, 24 eram usuários de *crack*, sendo que apenas 03 mulheres procuraram o serviço. Destes 24 usuários, 15 têm faixa etária entre 17 e 29 anos, ou seja, 62, 5 %.

Ainda que não haja dados precisos que possam embasar a relação entre moradores de rua e CAPSad, percebia-se um contingente considerável de usuários sem residência fixa, moradores de rua que encontravam no CAPS um espaço para passar o tempo, um refúgio das ruas, além de alimentação, possibilidade de convivência e de estabelecer vínculos de amizade, fatores esses que se sobressaíam em relação à busca por um tratamento. Parece-nos que esse tema merece mais atenção, pois, para suportar a realidade das ruas, o uso de drogas torna-se quase como um recurso indispensável, muitos usuários pareciam não o ver como fundamentalmente problemático, sendo já uma realidade imanente às ruas.

Também me deparei com o fumódromo, espaço onde os usuários permaneciam a maior parte do tempo, muitas vezes distantes da equipe. Esse espaço, segundo nos foi relatado, foi concebido por gestões anteriores, para que os usuários pudessem fazer uso de tabaco. Entretanto, por não haver a presença da equipe nesse espaço, os usuários faziam uso também de outras drogas, o que deixava a equipe em dúvida quanto à necessidade de intervenção.

Esse espaço deflagrava a dificuldade em se lidar com a dicotomia lícito e ilícito presente na discussão sobre as drogas, onde o tabaco e o álcool são permitidos, apesar de o álcool, mesmo lícito, acabava sendo algumas vezes, inaceitável pelo fato de provocar em

alguns usuários alterações de comportamento, dificultando a participação nas atividades, do mesmo modo que as outras drogas (maconha e *crack*, por exemplo).

No passeio por essa temática, cabe citar um trabalho dissertativo de mestrado de Liliane Amuy (2005), no qual é feita uma análise de documentos oficiais concernentes à discussão no momento de implantação da lei anti-tóxico (lei 6.368/76), bem como dos critérios para definição de quais substâncias seriam lícitas e quais seriam ilícitas, além de estabelecer outras medidas. O intuito da pesquisadora foi o de compreender os motivos que levaram a não inserção do álcool na lista de substâncias proibidas, uma vez que neste ano de elaboração da lei anti-tóxico, o álcool já se apresentava como um grave problema.

A autora reitera o que outros autores identificaram: de que a partir do governo Getúlio Vargas, foram adotadas diversas medidas de combate ao tráfico com uma política voltada às drogas ilícitas. A pesquisa se debruça sobre o trabalho de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada em 1973, para investigar sobre dois crimes ocorridos, nos quais, através de laudos periciais, ficou comprovado o uso de drogas por parte dos envolvidos. A CPI contou com vários convidados depoentes interessados nessa temática, ligados às áreas de Medicina, Segurança, Educação e Assistência Social. Foram vários os depoimentos e consensos que apontaram o uso de álcool, já nesse ano, como sendo mais problemático que de outras drogas. Sinaliza-se então, nessa época, a necessidade de uma política para coibir o uso, entretanto, foram feitas críticas sobre as medidas repressivas, como a Lei Seca nos EUA nos anos de 1920 a 1933, por não ter diminuído o consumo e, pelo contrário, ter agravado o problema.

O álcool, desde então, é apontado como substância psicoativa que causa dependência, entretanto, isso não aparece no relatório da CPI. Os motivos encontrados para sua permanência como droga lícita e de escamoteamento dessa problemática elencados pela pesquisa foram a aceitação social do álcool e, veementemente, a importância econômica das indústrias de bebidas alcoólicas, através da geração de empregos e arrecadação de impostos aos cofres públicos (AMUY, 2005). Para a autora, “há uma consciência oficial da analogia existente entre as drogas legais e ilegais. Não há, entretanto, uma explicação baseada em pesquisas sejam médicas, farmacológicas, sociais, etc., sobre a razão dessa distinção. (*Ibidem*, 2005, p. 71).

Dentro desse contexto Tadeu Souza (2007, p. 23) acrescenta:

[...] o grau de contradição e falta de critério lógico que distinguem as drogas lícitas das ilícitas se tornou foco de interdição moral que, em última instância, se apóia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que se alimentam dessa distinção.

Um espaço como o fumódromo serve como um analisador e denuncia ainda, a fragilidade quanto à clareza da função do CAPSad. Algumas pessoas da equipe e usuários manifestavam-se favoráveis à necessidade de intervenção pelo fato do serviço ser um centro de atenção e, muitos usuários estarem ali pela busca de um tratamento; até mesmo de abstinência. Outros consideravam importante uma intervenção, no entendimento de que o CAPSad não se configura como um centro de convivência ou local de uso seguro de drogas aos usuários, entretanto, não se sentiam confortáveis em realizar uma intervenção, pois isso poderia denotar um foco na droga e no controle em torno do uso.

A discussão centrada não apenas no uso ou não de drogas, no aspecto “bom ou mal” enaltece e conduz a discussão a um viés meramente moralista é importante para compreensão da função dos CAPSad e de seu projeto terapêutico institucional. A clareza nessa discussão é o que pode fornecer subsídio às ações e intervenções como essa do fumódromo. Entretanto, devido à dificuldade e ausência dessa discussão, acabava sendo designado aos redutores de danos a realização de uma conversa com os usuários. Não havia um acordo coletivo que direcionasse as ações da equipe nesse sentido, sendo necessária maior discussão sobre a função do CAPSad, a necessidade de intervenção no momento de uso de drogas dentro do serviço e sobre o modo como seria feita tal intervenção.

Essa situação exprime ainda o quanto, a depender do modo como é feito, o viés moralista pode atravessar nossas práticas, quando nos centramos na discussão em torno do uso ou não da droga, pois o foco é o sujeito e o trabalho em torno de projetos de vida.

Em vista desses elementos, dizemos que uma experiência de gestão é também um árduo trabalho de gerar novos processos de trabalho naquilo que está em dissonância com o que ensejamos alcançar. “O trabalho também é gestor e produtor de saberes e novidades” (PASSOS, 2006, p. 154). Aliás, o lugar da gestão, pode ser visto como um lugar de agenciamento, quando consideramos que:

Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela. Por isso, trata-se, numa política de Saúde Pública, não de reificar, naturalizar esses conceitos, mas de tomá-los como conceitos-dispositivos contingentes, que respondem de maneira sempre parcial e provisória aos problemas que cada época e circunstância política apresenta (ESCÓSSIA, 2009, p. 693).

Aos poucos, fomos encontrando linhas de fuga para a produção de processos instituintes. Nas discussões atuais da Reforma Psiquiátrica falamos muito em provocar experiências de desinstitucionalização, uma vez que a Reforma não está plenamente consolidada, sendo um processo em permanente construção que se dá através da ação de todos os atores que compõem esse cenário.

2.4. Sentidos possíveis à desinstitucionalização

A desinstitucionalização, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, tem sido um tema recorrente em escritos e debates nos últimos anos, o que revela sua importância para o campo da Saúde Mental e ao mesmo tempo nos indica a necessidade de análise deste conceito e de práticas que lhe são correlatas. Iniciamos com algumas indagações: O que significa desinstitucionalizar no âmbito das instituições?

A partir disso, parece-nos impossível abordar o tema da desinstitucionalização, presente na atual discussão em torno da Reforma Psiquiátrica, sem nos reportarmos à Reforma Italiana e à imbricada e estreita relação instituinte-instituído na interface com o campo da Análise Institucional. Para isso, fizemos uma articulação com o debate provocado na mídia com as manifestações de Ferreira Gullar.

Desinstitucionalização, para Denise Dias Barros, está relacionada com os processos de “reestruturação sócio institucional das sociedades européias e americanas após duas Guerras Mundiais” (BARROS, 1994, p. 171). O conceito emerge no período em que os estados modernos passam a se responsabilizar pelos problemas sociais, em que a administração da vida social passa a ser orientada por critérios científicos e racionais.

É no estarecimento da população em comparar os hospícios aos campos de concentração que, no final da guerra, começam a surgir questionamentos em torno desses

espaços, tendo início práticas de reestruturação em direção a uma mudança, tanto da lógica do cuidado, quanto das técnicas de tratamento. Com isso, nos EUA, França e Inglaterra o processo de desinstitucionalização, na década de 60, compreende processos de alta dos pacientes e reinserção na comunidade, ao passo que a experiência na Itália em aliança com outros movimentos sociais e sindicais “radicalizou a força das denúncias sobre a instituição psiquiátrica, criando caminhos para sua desmontagem” (BARROS, 1994, p. 174).

A diferença primordial entre essas experiências de desinstitucionalização e a experiência da psiquiatria democrática italiana, a qual embasa a trajetória no Brasil, reside no fato das primeiras terem privilegiado a desospitalização, ou seja, terem ocasionado um deslocamento da instituição psiquiátrica para serviços assistenciais na comunidade, asilos, entre outros, ao que o foco de intervenção encontrava-se nas grandes estruturas hospitalares. Já a reforma italiana não se restringiu à desospitalização, uma vez que surge, sobretudo, no interior do hospital e cria condições para subverter sua lógica, empreendendo a construção de novos sentidos sobre o próprio saber psiquiátrico (BARROS, 1994).

A reforma italiana inicia com o desmonte de um hospital psiquiátrico e com a construção de uma comunidade terapêutica que se desenvolve no interior do mesmo¹⁸. Desde então, técnicos, usuários e familiares implicados com a comunidade, perceberam que as transformações precisavam ir além da desospitalização, pois os manicômios, metaforicamente, estavam espalhados nas relações sociais, nas lógicas de tratar e reconhecer a experiência da loucura. É exatamente por isso que o movimento italiano pode ser considerado um movimento desinstitucionalizante, na medida em que não luta contra os hospitais psiquiátricos apenas, mas contra certa lógica que se reproduz tanto nas práticas do médico psiquiatra no hospital quanto nas diversas relações que se estabelecem entre os sujeitos: enfermeiros, juízes, usuários, familiares e da sociedade de modo geral.

Muito embora a noção de desinstitucionalização tenha sido forjada a partir de experiências de desospitalização, a reforma italiana não ficou limitada a isso, já que disparou um processo de desconstrução de lógicas instituídas, as quais se apresentavam como as únicas viáveis para o cuidado à experiência da loucura, enquadradas no conceito de doença mental.

¹⁸ Segue, portanto, o modelo da experiência inglesa liderada por Maxwell Jones na década anterior, por volta dos anos 50. Essa comunidade que existiu no manicômio italiano, em Gorizia, foi tornando visível algumas contradições que compõem a relação que se tem com a loucura e com o próprio doente, lógicas de cuidado que também adoecem e que se reproduzem dentro do manicômio, mas também fora dele (AMARANTE, 2003).

O processo na Itália operou com isso uma desinstitucionalização do paradigma racionalista – do qual emerge a noção de doença mental. A psiquiatria, assim como qualquer outro saber fundado no princípio cartesiano, se legitimou com base na relação racional entre a definição e explicação do problema (doença), acompanhadas da solução ou da possibilidade de solução (cura). Na prática, uma certa história da psiquiatria aponta como essa relação é mais complexa, em função do objeto problema, no caso, a loucura. Portanto, a crítica feita por estes historiadores (ou pensadores) não se refere à existência da doença em si, mas de um discurso e de práticas que produzem um modo de entender e lidar com tal doença (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001). Outra desconstrução importante operada pela psiquiatria democrática italiana foi o desmonte da correlação entre loucura e periculosidade social, fundada historicamente para sustentar a necessidade de existência do manicômio. “A luta pela cidadania constitui um dos pilares da desinstitucionalização” (BARROS, 1994, p. 177).

Atualmente, quando nos referimos à desinstitucionalização, acrescentamos adjacente o termo “processos”, sendo impossível tal separação, o que nos conduz ao sentido de uma prática que deve ser constante e perene e que deve estar articulada às relações cotidianas, colocando-as constantemente em análise. Ou seja, “a desconstrução em sentido ampliado, é interminável, pois significa o questionamento das cristalizações institucionais e mentais” (*Ibidem*, p.191).

Colocar em análise nossos processos de trabalho não é tarefa fácil, muito menos dedicarmos um olhar atento para o modo pelo qual, por diversas vezes, somos impulsionados a reproduzir aquilo que mais rechaçamos. Pois, como nos diz Simone Paulon, referindo-se às instituições sociais: “mesmo que não nos sintamos devidamente acolhidos, educados, organizados ou amados dentro delas tendemos a conservá-las” (PAULON, 2006, p. 124). É um processo doloroso, mas inevitável, em todo trabalho que se propõe à construção de novos possíveis no cuidado em saúde mental. Há que se estar alerta para os manicômios mentais que habitam nossos pensamentos e se concretizam em nossas práticas, conforme nos alerta Denise Dias Barros:

Hoje entendemos que é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas também as idéias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la (BARROS, 1994, p. 191).

Para compreender o conceito de desinstitucionalização e, mais que isso, compreender como ele se apresenta e se concretiza na micropolítica dos serviços substitutivos, torna-se primordial pensarmos na nossa relação com as instituições. Somos atravessados o tempo todo por infindáveis instituições. Nossos modos de pensar não escapam dos modos de funcionamento e mecanismos institucionais – não aprendemos a pensar de outro modo. E muitas vezes nos questionamos acerca do sentido de existência das mesmas, questionamos até mesmo aqueles que as conceberam. Vemo-nos distantes de seu momento embrionário, duvidamos de pertencermos a elas e por esse motivo, nos sentimos, por vezes, cindidos de tais estruturas institucionais. Sonia Altoé nos fala dessa vizinhança dos sujeitos e instituições apontando que: “para definir nossa posição na sociedade, precisamos nos referir a inúmeras organizações e instituições às quais não estamos diretamente ligados” (ALTOÉ, 2004, p. 50).

O conceito de instituição durante muito tempo esteve atrelado à noção de espaço físico ou organização. O próprio hospital psiquiátrico foi entendido, por alguns movimentos de Reforma, como sendo a instituição propriamente dita. Esses movimentos não colocavam em questão a psiquiatria, naturalizando sua função e seu lugar de saber-poder. A instituição, entretanto, não diz respeito a um lugar onde os indivíduos estão reunidos e submetidos a determinadas formas de pensar e de agir. Por exemplo, na história da loucura, a instituição sobre a qual se empreende uma análise não é tão somente o hospital psiquiátrico, e sim a psiquiatria pelo seu aparato técnico científico, administrativo e jurídico, que não se limita aos muros do asilo (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

As instituições são dimensões da existência social criadas, inventadas e responsáveis por engendrar formas de agir e pensar, dimensões transitórias e específicas à cultura e ao momento histórico que se desenvolvem. A religião, o Estado, a linguagem, a educação, a saúde são exemplos de instituições presentes na sociedade contemporânea (CASTORIADIS, 2004).

Simone Paulon, problematizando o conceito de desinstitucionalização, questiona os motivos pelos quais criamos as instituições. Para a autora, tal criação tem relação com a necessidade de estabelecermos contratos humanos, que seria “uma forma de atender as necessidades de um tempo, isto é, construir instituições” (PAULON, 2006, p. 122). Na análise da complexa relação entre subjetividade e instituição, a autora, em diálogo com Foucault e Deleuze, refere que esta correlação permite demonstrar “o quanto somos sujeitos modulados

pelos sistemas de saber e de poder” (*Ibidem*, p. 123). A premissa sobre uma certa sujeição às instituições, indica também uma interioridade possível que se daria através da “inflexão das forças que lhe dão forma” (*Ibidem*, p. 123). Mais adiante explica melhor essa afirmação:

[...] não há sujeito sem instituição, nem institucionalidade que possa ser pensada alheia aos sujeitos (...) não é possível nesta perspectiva, entender as instituições como algo desprezado ou exterior ao desejo. Tanto quanto não é possível atribuir-se uma interioridade intrínseca ao desejo não há uma exterioridade constitutiva da instituição. (*Ibidem*, p. 124).

A autora nos convida a tecer a seguinte reflexão: se as instituições são produções do desejo, há que se produzirem novas forças desejantes para novos percursos institucionais. Recorre ao conceito de “nihilismo ativo” descrito por Nietzsche que significa transvalorar os valores que o constituem, almejando o novo: “não apenas uma mudança nos seus princípios de avaliação dos valores; mas, fundamentalmente, na própria maneira de ser de quem os avalia” (PAULON, 2006, p. 133). Nessa mesma direção, questionar o instituído não é o mesmo que fazer da angústia e “desassossego o baluarte de uma nova saúde” (*Ibidem*, p. 126). Sem incorrer ou apregoar um mero desmonte das instituições, ela nos fala de um “arejamento das instituições” ao que assim transpõe ao contexto da saúde mental:

[...] sem uma visão romântica sobre o louco, mas também sem um apego excessivo às formas existenciais dadas, talvez possamos avançar em direção a mecanismos de arejamento das instituições, que ajudem a fluidificar esses territórios áridos e densos que construímos. (*Ibidem*, p. 131).

Podemos entender esse processo de arejamento das instituições como uma ação de dar passagem às forças instituintes. Nesse sentido adentramos na imbricada relação instituído-instituinte que sinalizamos acima, cuja explicação encontramos bem empregada por Castoriadis nos seguintes termos:

[...] por ‘instituinte’ entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social. No ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política) (CASTORIADIS *apud* ALTOÉ, 2004, p. 47).

A sociedade é constituída pela tensão constante entre o instituinte e o instituído, o que caracteriza o próprio processo de institucionalização. Em sendo os contratos societários criados com o intuito de atender a determinadas necessidades, os homens se revelam em cada um desses contratos por serem seus inventores, sendo também, portanto, produtos dessa

invenção. Pensar as instituições é também pensar nos modos de dizer e fazer que se constituem nas relações de poder, as quais se objetivam nessas formas organizativas (FOUCAULT, 2004).

De tão cristalizadas e desprovidas de sentido, as instituições muitas vezes escondem os interesses que justificaram sua produção, manutenção e o próprio processo de institucionalização. No caso da instituição psiquiátrica, se presentifica a hegemonia do discurso da doença mental amparada pelo paradigma da racionalidade. Por isso Foucault (2004) propõe sempre uma análise em que sejam interrogadas as relações de poder que se instituem e que naturalizam a superioridade da razão em detrimento da desrazão. Segundo ele, é através dessa investigação que se manifestam as relações de poder responsáveis pela cristalização de determinados modos de fazer.

Foucault, ao historicizar a loucura revela, através da investigação das práticas discursivas que engendraram e são engendradas por determinados modos de pensar e lidar com a experiência da loucura, como as relações de poder acabam instituindo determinadas práticas, a serviço do controle e da gestão dos corpos e da vida, o que ele chamará de biopoder. São discursos-práticas, formas de agir que produzem determinados objetos, no caso da loucura, a doença mental, o tratamento moral e a própria psiquiatria. Foucault apresenta a história da instituição psiquiátrica, desnaturalizando a condição da doença mental - objeto da própria psiquiatria como ciência portadora de verdade sobre esse suposto objeto natural, o doente. Podemos dizer que o desmonte da instituição psiquiátrica na Itália foi reflexo dos questionamentos feitos à instituição, resultado da atuação das forças instituintes ali existentes.

Ou seja, a desinstitucionalização compreende um minucioso trabalho que implica, além de questionamentos, também a implantação de processos que inovem naquilo que já perdeu seu sentido de existência – ou que sirva a alguma ordem da qual não corroboramos – enredando-os com o que já existe. No âmbito da Reforma Psiquiátrica, “desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar, a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia” (BARROS, 1994, p. 192).

Os discursos-práticas e a sua relação com a lógica de produção de sentidos são fundamentais para este trabalho de desconstrução – desinstitucionalização, pois indicam a

importância de pensar a questão da loucura no contemporâneo sem desvincular-se do que se faz e do que se diz em nosso cotidiano. Que práticas são essas? Que relação elas estabelecem com outras que já existiram? Quais as que se mantêm? Por que são mantidas? Que produtos, que objetos, que formas de compreensão da loucura são engendradas por elas atualmente? Qual a dimensão política dessas práticas?

Desconstruir, portanto, para possibilitar a emergência de outras práticas que se diferenciem, sendo resolutivas justamente naqueles pontos que nos propomos a fazer a diferença. Essa é a principal questão dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como serviços substitutivos ao manicômio, pois não basta implantar serviços na crença de que apenas isso dê conta de instaurar outro modo de lidar com a loucura. Como afirmam alguns autores, podemos estar implantando um “capsômio” ou um modelo “capscêntrico” (AMARANTE, 2001, RAMÔA, 2005).

Instaurar processos instituintes não é o mesmo que rechaçar tudo que foi instituído. Outrossim, falamos em potencializar o questionamento permanente, a atitude investigatória incessante, o estranhamento para aquilo que nos é habitual com as seguintes interrogações: Para quê serve mesmo? Para quê foi pensado? Quando e por quem? Com isso estaremos, em certa medida, *institucionalizando processos instituintes*, não no sentido de burocratizar. Com o termo institucionalização aqui empregado, buscamos um sentido de reconhecimento da potência de alguns processos instituintes, aumentando o grau de legitimidade ao coletivo, respaldando-os, permitindo seu fluxo.

A sociedade instituinte ameaça a sociedade instituída; porém a sociedade instituída precisa da sociedade instituinte para progredir, ao passo que a sociedade instituinte necessita da sociedade instituída para erguer seu projeto de transformação permanente. (ALTOÉ, 2004, p. 63).

Esse tema evoca uma narrativa de Eduardo Galeano na qual o poeta elucida o que estamos chamando de “estranhar o habitual”. Ele conta que em um quartel havia uma ordem inquestionável de montar guarda junto a um banquinho de madeira. Anos se passaram sem que ninguém se aproximasse havendo revezamento dos soldados para manter intacta certa ordem. Ao que, certo dia, iluminados pela idéia de averiguar os motivos dessa resolução ter sido instituída, através de inúmeras investigações concluiu-se que num certo momento o

banquinho havia sido pintado e por isso foi montado guarda devido à tinta fresca (GALEANO, 2005).

Essa historinha ilustra bem, a quanta regras inócuas e desprovidas de sentido nos submetemos, sem questioná-las. Por isso, uma das ferramentas mais potentes na desinstitucionalização é justamente o pensamento questionador, o qual ninguém pode interceptar. Não podemos ser privados da nossa capacidade de pensar diferente e até discordar do que outrora foi estabelecido como legítimo ou verdadeiro. A construção do sentido, o entendimento sobre o modo de construção e até a participação na formulação de contratos, aos quais devamos nos submeter, é de suma importância para que possamos nos relacionar com eles e traçar um percurso por entre os ditames institucionais.

Sociedade instituinte, sociedade instituída: mais que formações sociais morfológicamente isoláveis e observáveis (classes ou estratos), trata-se mais profundamente, de instâncias, de forças em complementaridade e em luta – confusamente –, fora dos critérios demasiado cômodos de pertencimento objetivo a um dos dois ‘campos’ que constituiriam a sociedade (ALTOÉ, 2004, p. 64).

O campo da análise institucional trouxe importantes ferramentas e subsídios teóricos para se pensar as instituições. Os trabalhos desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial suscitaram amplo processo de reformas institucionais. Este campo compõe proposições de um outro modo de relação com a loucura, com a saúde, doença e cuidado. Impossível, portanto, pondera Basaglia (1985, p. 103), “evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas”.

Para Castoriadis, autor que segundo Heliana Conde Rodrigues (2007) contribuiu para a análise institucional, questionar as instituições pressupõe uma potencialização da imaginação para inaugurar quaisquer mudanças na lógica que tem predominado como sendo a única possível. Em sua obra, Castoriadis (2004) ressalta que imaginário e imaginação são processos dialéticos¹⁹ da coletividade humana. Segundo o autor, a força instituinte, ou imaginário social instituinte está presente em potência de criação, “imaneente às coletividades humanas” (CASTORIADIS 2004, p.129).

¹⁹ Termo utilizado por Rodrigues (2007, p. 529) para denotar complementaridade de opostos, não dicotômicos e dissociados, porém, distintos: “a sociedade é união/tensão entre instituinte e instituído, processo de institucionalização”.

A Reforma Psiquiátrica como o próprio nome denota, realiza um questionamento e uma reforma na instituição “saber psiquiátrico” e substancialmente, nas práticas dele decorrentes. “Os italianos postulavam a necessidade de um processo crítico onde a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse” (BARROS, 1994, p. 190). Ela surge com a proposição de um modelo substitutivo e não alternativo. Ao nosso ver, o modelo substitutivo remonta à “extinção progressiva”, ao passo que o caráter alternativo possibilita a coexistência dos dois modelos. Ser substitutivo implica na articulação de práticas que façam esvaecer a necessidade do manicômio, não apenas como espaço físico, mas como lógica de compreender e cuidar da loucura. Todavia, esse processo substitutivo precisa ser mais que uma mera substituição de um por outro, no caso, do hospital psiquiátrico pelo CAPS, e reside aqui a importância do entendimento do que vem a ser desinstitucionalizar. Pois desospitalizar não é o mesmo que desinstitucionalizar e implementar políticas públicas com a implantação de serviços, por si só, não garante a ação desinstitucionalizante.

Recentemente, artigos veiculados pelo poeta Ferreira Gullar na grande mídia causou enorme impacto no campo da saúde mental, pelo modo com que formula uma crítica incisiva à política de expansão de serviços substitutivos e extinção de leitos psiquiátricos. Apesar dos equívocos cometidos pelo poeta, em virtude do desconhecimento acerca dos resultados efetivos da nova política, as colocações feitas não deixam de nos convocar a colocar em análise, pensar e avaliar os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o quê, obviamente, não se encerra nestas linhas, ainda que façamos algumas análises do conteúdo veiculado.

Ferreira Gullar demonstra através dos textos, desconhecimento e descrédito ao processo de Reforma Psiquiátrica, como aparece nas seguintes colocações: “A campanha contra a internação de doentes mentais foi inspirada por um médico italiano de Bolonha. Lá resultou num desastre e, mesmo assim, insistiu-se em repeti-la aqui e o resultado foi exatamente o mesmo” (GULLAR, 2009).

Ao que desperta muitas manifestações de resposta, como nas do presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Walter Ferreira de Oliveira que esclarece: “na Itália não resultou em um desastre, como tenta fazer crer o autor, mas em um

programa nacional que se tornou referência mundial, adotado pela ONU como modelo para outras nações” (OLIVEIRA, 2009). Mais adiante acrescenta:

[...] o programa italiano foi executado com enorme competência, envolvendo a sociedade como um todo; tem base comunitária e economiza bastante dinheiro público. Como se sabe, um cidadão internado gasta extremamente mais do que um que possa ser tratado junto a seus familiares, em sua comunidade e com apoio do sistema público de saúde (OLIVEIRA, 2009).

Há um ponto de vista reducionista à complexa problemática das doenças mentais, exposto por Ferreira Gullar, que pode levar a um entendimento equivocado tanto àqueles leigos à atual política de saúde mental, quanto aos próprios trabalhadores de saúde mental. Em suas palavras: “o que se chama de doença mental não passa de ‘transtorno mental’, que serão superados na medida em que ao paciente seja dado conviver com pessoas que o tratem como igual e respeitem sua individualidade” (GULLAR, 2009).

Em continuação à resposta, o presidente da ABRASME faz os seguintes comentários:

[...] o autor parece incorrer no mesmo vácuo de compreensão de muitos que confundem um amplo processo social de discussão das instituições com a idéia simplória da desospitalização. Nenhum profissional de saúde mental sério defende uma posição de não internação de uma pessoa quando necessário (OLIVEIRA, 2009).

Cabe mencionar que o paradigma da Reforma brasileira e mesmo da reforma italiana consiste em desnaturalizar uma forma de se relacionar com a loucura que resultou em uma concepção de tratamento como equivalente à exclusão e medicação, como já apontamos anteriormente. Isso não significa desconsiderar qualquer condição orgânica da doença mental e muitos menos o sofrimento a ela associado. Ferreira Gullar parece se sustentar no paradigma que naturaliza a condição da doença mental desconsiderando o processo de institucionalização da psiquiatria ao longo da história e é desse lugar que ele parece defender o hospital como central no cuidado ao doente.

A contribuição que queremos destacar aqui é a de que, diante das considerações veiculadas, consigamos transpô-las para uma análise dos processos de trabalho, crucial à desinstitucionalização e verificar se não estamos negligenciando algum aspecto dessa complexa clínica, contemplada no conceito de clínica ampliada. Transpor a situações concretas para pensar se no cotidiano de nossos serviços não estamos dando demasiada

atenção a algum elemento, por exemplo, social ou político, desassistindo, por conseguinte, outra necessidade tão importante como a escuta individual ou uma qualificada assistência medicamentosa ou um acompanhamento do usuário na rede de saúde como um todo. Ou, de modo inverso, se conferimos muita importância aos aspectos biológicos, esquecendo dos sociais e políticos envolvidos.

Mesmo que críticas como as de Ferreira Gullar pareçam, em um primeiro momento, totalmente infundadas, precisamos não recair em posições meramente defensivas e ofensivas, mas utilizá-las como um parâmetro para avaliação dos serviços, com o objetivo primeiro de potencializar práticas de desinstitucionalização.

Contrária à construção de uma clínica ampliada, acima ressaltamos a posição defensiva assumida por alguns psiquiatras que claramente aproveitaram o calor da discussão para demonstrar uma análise superficial apenas do ponto de vista de seus próprios interesses, não conseguindo incorporar questões centrais à discussão. Isso é notório no comentário de um profissional quando afirma que:

Há anos as políticas de saúde mental têm se pautado mais em questões ideológicas do que técnicas. O resultado disso é uma desassistência progressiva ao doente mental em várias cidades do país. Nesse processo, a psiquiatria e os psiquiatras foram excluídos, demonizados e acusados de serem meros instrumentos de controle social (RIBEIRO, 2009).

Esta visão traduz a proposta da Reforma Psiquiátrica como uma negação da importância dos profissionais psiquiatras na composição das equipes dos CAPS. De fato, os princípios e diretrizes da reforma valorizam uma atuação em equipe interdisciplinar, um cuidado compartilhado e não a centralização em procedimentos biomédicos. A aposta é na inclusão e valorização de todos os atores envolvidos no trabalho coletivo, no reconhecimento de outros saberes possíveis, até mesmo a arte (Rauter, 2000)²⁰ e no vínculo como ferramenta terapêutica. Foi assim que experiências concretas tornaram-se referência para as diretrizes do cuidado substitutivo.

²⁰ A autora tece uma análise sobre as oficinas terapêuticas nos serviços substitutivos e ressalta a potência da arte na conexão com a inventividade e criação, necessárias tanto aos serviços como para os processos de subjetivação. Do mesmo modo, permite pensar sobre o lugar da criação no mundo contemporâneo, apontando a deficiência da arte no cotidiano, vista na incapacidade de criação no tecido cultural. Mais adiante, ao abordarmos as oficinas terapêuticas exploramos melhor essas questões.

Portanto, posicionamentos que exaltem uma afirmação do lugar da psiquiatria na saúde mental, soam como uma luta corporativista, em defesa de uma profissão e não dos usuários e seus familiares, desnecessária àqueles que têm buscado consolidar, nos mais diferentes lugares do país, um saber-fazer articulado aos princípios da reforma psiquiátrica.

O que não podemos nos esquecer é que a reforma psiquiátrica brasileira propõe um cuidado diferenciado capaz de superar, na prática cotidiana, a força das construções produzidas ao longo da história.

Nas palavras de Ferreira Gullar percebemos interpretações equivocadas e demasiado simplistas quando este se refere à proposta de extinção progressiva dos leitos psiquiátricos, como se essa proposta excluísse a possibilidade de internação ao usuário em algum momento de sua vida. A questão não é esta, ou seja, não é prescindir da internação, mas garantir que este momento se realize com acompanhamento, com a compreensão de que esta decisão faz parte do projeto terapêutico, assumindo um caráter provisório.

Outro ponto anunciado diz respeito não somente à saúde pública, exigindo discussões que a ultrapassem, uma vez que abrange outras esferas, pois dizem respeito a condições de vida da população brasileira e aos fatores de desigualdade social que assolam nosso país. Esferas essas, que evidenciam a existência de realidades distintas e, ao mesmo tempo, muito próximas: a miséria e a loucura ou, a loucura da miséria. Para Gullar “as famílias de posses continuam a por seus doentes em clínicas particulares, enquanto as pobres não têm onde interná-los. Os doentes terminam nas ruas como mendigos, dormindo sob viadutos” (GULLAR, 2009).

É fato que muitas pessoas moram embaixo de viadutos e podemos nos questionar sobre os motivos de se encontrarem ali. Podemos inferir que muitos deles ali estão por não conseguirem se inserir na sociedade, diferente de um usuário com quadro de esquizofrenia que por motivos condizentes com a sua doença, com quadros de delírio e alucinações, foge de sua casa buscando refúgio nesses lugares. Concordamos que estes, sim, deveriam estar sob o cuidado dos serviços substitutivos, os quais muitas vezes, estão superlotados com “loucos”, vítimas de uma estrutura social que produz sofrimento. Denise Dias Barros traz algumas contribuições sobre o assunto:

[...] sabemos que os manicômios têm sido lotados por pessoas de menor poder contratual e com menor acesso aos sistemas de tratamento. Portanto, censurar o debate ou realizá-lo superficialmente permite que permaneçamos fechados numa ideologia terapêutica ou numa vocação terapêutica de tratar e de fazer muito bem o que se faz sem nos inquietarmos com o lugar e contexto onde estamos inseridos. (BARROS, 1994, p.172).

A questão que se coloca é: como separamos essas demandas que aparecem nos serviços públicos? Esse é um problema que atinge a realidade dos CAPS e exige maiores discussões. Precisamos ter essa sensibilidade em não patologizar e medicalizar uma demanda social, sem contudo negar que problemas sociais geram sofrimento psíquico sim, podendo levar à experiência da loucura. Cada situação deve ser tratada na sua singularidade, na elaboração de projetos individuais ou coletivos.

Críticas quanto à efetividade do modelo substitutivo deve nos impulsionar a pensar não na sua desconstrução ou no retorno à estrutura hospitalar – estrutura que o próprio Ferreira Gullar reconhece como insuficiente e que nós afirmamos como iatrogênica –, mas nas principais dificuldades e desafios a serem enfrentados, permitindo uma análise o menos tendenciosa possível do processo de efetivação de suas diretrizes clínico políticas. Como bem coloca o psiquiatra Luis Fernando Tófoli (2009): “sua energia direcionada para a revogação da lei poderia ser mais produtiva se ele viesse a reivindicar a expansão necessária dessa excelência para o maior número de cidadãos brasileiros” (TÓFOLI, 2009).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica – apesar de garantida na legislação e de já se constituir como uma realidade em termos de mudança nas práticas assistenciais no Brasil – não está dada e não é necessariamente desinstitucionalizante. Para isso, é imprescindível que esteja acompanhada de um movimento de desconstrução de lógicas as mais sutis, as quais não se concretizam simplesmente com abertura de serviços, muito menos com a permanência neles. Com tantas reformulações, equívocos e até descaminhos dos rumos traçados para a Reforma é importante lembrar o sentido do termo, do ato de “desinstitucionalizar”, proferido nos seus percursos iniciais que, segundo Heliana Barros Conde Rodrigues (2009):

[...] implicava uma transformação radical, nos âmbitos epistemológicos, teórico, cultural, jurídico e de ação cotidiana, relativa aos modos de pensar, perceber, sentir e viver a loucura e com a loucura (...) demandava, no mesmo sentido, a análise de nossa implicação – análise de nossos vínculos, constitutivos e mantenedores, com nosso pretenso objeto ‘natural’, ‘racionalizado’, “patológico” (...) Ainda nos lembramos disso? Ou passamos apenas a registrar/consumir ‘novos serviços’, ‘oficinas terapêuticas’, ‘serviços residenciais terapêuticos’, ‘acompanhamentos terapêuticos’ ‘atenção (assistência) psicossocial (RODRIGUES, 2009, p. 205).

Como vimos, são muitos os sentidos que podem estar associados aos processos de desinstitucionalização, difíceis de serem elencados em sua totalidade na escrita e mais difíceis ainda no seu sentido mais potente, coadunado às práticas e incorporado nos sujeitos que compõem as ações. Podemos elencar alguns elementos necessários à operacionalização ou sentidos possíveis à desinstitucionalização, tal como exposto aqui: 1) desospitalização, 2) desconstrução do manicômio, 3) reinvenção de práticas, 4) ato permanente de questionamento do instituído e 5) lógicas que instaurem processos instituintes.

Desinstitucionalizar indica ainda a saída, de algum modo, do espaço dos serviços para o contato com o território que aparece nas práticas institucionais, nos discursos e afetos que circulam. Não nos esquecendo, entretanto, que CAPS também é território, e precisamos ocupá-lo, arejando-o, tornando-o diferente dentro da necessidade de dar espaço à expressão da diferença.

Para isso, é necessária uma política de cuidado que se sustente na dimensão micro e macro em toda prática, articulada com a tessitura social e mais uma vez reiteramos, com os sujeitos que a compõem. De processos instituídos a instituintes, percorremos um plano múltiplo com diferentes modos de tracejar outros caminhos possíveis para o campo da saúde mental. Não há um ato apenas que caracterize a passagem de um a outro, de modo que esta se dá na imanência de um campo vivo e processual, num movimento que faz pulsar e quebrar lógicas cristalizadas.

3. Notas cartográficas

Nesse capítulo abordaremos alguns aspectos metodológicos de nosso estudo, iniciando pela escolha em analisar processos de desinstitucionalização em CAPSad com base na minha própria experiência como gestora de um serviço, mais especificamente, a partir de registros escritos (diário de campo) e mnemônicos dessa experiência. Diversos questionamentos surgiram a partir daí e o primeiro incidiu sobre a própria legitimidade acadêmica de um estudo como este. Por que um estudo que se propõe a analisar uma experiência já vivenciada, seria de interesse acadêmico ou científico? Mais ainda, qual o estatuto do conhecimento produzido a partir de uma narrativa/escrita de um dos sujeitos que vivenciaram tal experiência?

Procuramos na cartografia uma via possível de resposta para as nossas questões. A cartografia é um método de pesquisa-intervenção nas ciências humanas e sociais que se articula com um modo de produção de conhecimento, de fazer ciência que parte do pressuposto primordial de que o pesquisador é sujeito nesse processo e que sua presença afeta a condução da ação da pesquisa. Ao discorrerem sobre o método cartográfico, Barros e Passos (2009a, p. 151) sustentam que o “conhecimento que exprimimos acerca de nós mesmos e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político”. Por política, os autores conferem um sentido ampliado: uma forma de atividade humana que coloca os sujeitos em relação, de acordo com regras e normas pertinentes ao contexto social. Sobre esse aspecto político Basaglia afirma que:

Atuar nas instituições da violência (...) significa descobrir praticamente a verdadeira lógica, dando a quem vive em seu interior a possibilidade de uma tomada de consciência prática dos mecanismos nos quais se fundamentam. É neste sentido que o trabalho do técnico se revela e atualiza como explicitamente político, unindo especificidade particular de sua ação à estrutura social da qual a instituição faz parte, descobrindo praticamente suas conexões e implicações (BASAGLIA *apud* BARROS, 1994, P. 179).

Sabemos ainda que o método cartográfico não se restringe a seguir regras já prontas nem trabalha com objetivos estabelecidos de forma definitiva. O que não significa dizer que é uma ação sem direção. Trata-se, segundo Barros e Passos (2009b, p. 17) de um “primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas”.

Colocar a questão nesses termos nos afasta das exigências de purificação, de rigor asséptico que separa o fazer e o dizer, dissociando, por sua vez, as disciplinas, tomando a clínica, por exemplo, como divorciada do político ou do não-clínico. Barros e Kastrup (2009, p. 55) afirmam que “a ciência moderna inventa práticas de produção do conhecimento capazes de fazer desaparecer sua origem inventiva sob o manto da descoberta científica”.

No entanto algumas questões permaneciam. Sendo a cartografia um método de pesquisa intervenção, podemos recorrer a este para narrar uma experiência já vivida? Ou seja, uma narrativa de uma experiência pode ser uma ação cartográfica?

No texto “*Por uma política de narratividade*” Barros e Passos (2009a, p. 150) afirmam que a posição narrativa é sempre política. “Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente”. Sendo assim, os mesmos autores não excluem desta a narrativa de uma experiência já ocorrida, apontando para um certo modo de narratividade política que se compromete em conectar-se com o plano das forças. Encontramos nessa formulação o sentido da nossa escrita, uma vez que o nosso objetivo era justamente acompanhar o plano das forças instituintes no processo de desinstitucionalização. E analisar/acompanhar movimentos, fluxos e forças, não caberia em uma escrita modulada por uma metodologia mais tradicional. É preciso encontrar passagem em outros caminhos que possam expressar a vida e o movimento²¹.

A escrita cartográfica, nesse sentido, pode ser não daquilo que difere, mas também daquilo que resiste. Que resiste à lógica manicomial, e tal resistência pode se dar no trivial, na rotina de um serviço, na análise de como acontece ou não acontece a tão promulgada desinstitucionalização no serviço ou fora dele.

Quando narramos um caso, podemos fazê-lo numa experiência minoritária, pondo-nos em uma posição de estranhamento ao que habitualmente é dito. Posição de interrogação – ao

²¹ Em alusão ao método rizomático. Deleuze e Guattari (1995) na obra *Mil Platôs* enumeram algumas características do rizoma: 1) princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto do rizoma, pode ser conectado a qualquer ponto e deve sê-lo, contrapondo o método genealógico, prevalecendo a conexão de cadeia semiótica, 2) princípio de multiplicidade e 3) princípio de ruptura a-significante.

natural e adequado à regra – que força um descolamento do dito para a busca das condições de sua produção (BARROS e PASSOS, 2009a).

Os autores entendem a narrativa como sendo parte integrante do trabalho da clínica e da pesquisa. Eles atentam não para a narrativa em si, mas para um certo modo de narrar, o que chamam de “certa posição narrativa” (BARROS e PASSOS, 2009a, p. 150). “Na pesquisa em saúde o objeto exige um procedimento que possa incluir sua dimensão subjetiva, já que toda prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, pelo que se expressa neste encontro” (*Ibidem*, p. 151). Por isso, buscam na produção de um método intensivista, que se faz para fora da máquina do Estado, um trabalho de “capilarização e transversalização de outros modos de produzir saúde e sujeitos e de outras maneiras de narrar a experiência do cuidado” (*Ibidem*, p. 153). Assim, enunciam:

Toda experiência cartográfica acompanhando processos, mais do que representando estados de coisas; intervindo na realidade, mais do que interpretando-a; montando dispositivos, mais do que atribuindo a eles qualquer natureza; dissolvendo o ponto de vista dos observadores, mais do que centralizando o conhecimento em um ponto identitário e pessoal implica também na aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo, (BARROS E PASSOS, 2009a, p. 169).

A proposta aqui não é a de construir uma narrativa, pode-se dizer, “assujeitada”, em que o sujeito que escreve não aparece. O que apresentamos não deixa de ser relatos que perpassam a memória viva de um sujeito concreto. Se bem que podemos nos questionar até que ponto falamos de “um” sujeito, uma vez que tais processos produzem outros sujeitos, produzem novas produções discursivas afetadas por uma experiência coletiva. Memórias que se atualizam com a presentificação do tema em questões outras que atravessam a construção de uma política pública, ainda incipiente no campo da problemática de álcool e outras drogas. Uma escrita que desloca rascunhos de um trabalho de coordenação de um serviço para compor os diários de campo de pesquisa. Por isso, trata-se de situações peculiares de uma política que se quer pública, ou seja, uma política que se articula com os movimentos do e no *socius*. Importante essa afirmação, pois de outro modo, poderia ser abstrata ou retórica. Acrescentamos ainda que são relatos de incursões estrangeiras.

Parafraseando Barros e Kastrup (2009, p. 72):

Os relatos são exemplos de como a escrita, ancorada na experiência, performatizando os acontecimentos, pode contribuir para a produção de dados numa pesquisa. Ao escrever detalhes do campo com expressões, paisagens e sensações, o coletivo se faz presente no processo de produção de um texto. Neste ponto, não é mais um sujeito pesquisador a delimitar seu objeto. Sujeito e objeto se fazem juntos, emergem de um plano afetivo.

A política da escrita, portanto, para as autoras citadas, deve estar sintonizada com a política de “não fazer dos participantes meros objetos da pesquisa e da construção coletiva do conhecimento...” (*Ibidem*, p. 72). Política essa que deve apresentar as contradições, os conflitos, os enigmas e os problemas que restam em aberto (BARROS e KASTRUP, 2009). Com base nesta política esse trabalho buscou traçar uma cartografia dos processos de desinstitucionalização – incluindo aí práticas de atenção e de gestão - em um CAPSad, no período em que estive na gestão local deste serviço – no ano de 2007 – utilizando-se para tal de registros escritos (diários de campo) e registros mnemônicos.

3.1 Uma análise da implicação

O termo implicação advém da Análise Institucional, que propõe um método no qual o analista não mais se situa no “exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandam a intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra” (ALTOÉ, 2004, p.23).

A minha intervenção no CAPSad se deu, não a partir de um lugar de consultora ou analista, mas do lugar de gestora local, o que produz implicações e relações de saber e poder específicas. É sobre isso que pretendemos refletir, mesmo que de forma breve, a seguir.

O convite para compor o coletivo gestor decorreu do grupo de gestão que estava assumindo a Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2007, assim como da Coordenação de Saúde Mental, concebida por estes novos atores como Rede de Atenção Psicossocial (REAP). No projeto político foram desenhados alguns Núcleos ligados à Coordenação da Rede, assim descritos: 1) Núcleo de Gestão dos Serviços, 2) Núcleo de Gestão do Cuidado Inter-Redes e 3) Núcleo de Apoio ao Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Fazem parte do Núcleo, de Gestão dos Serviços os coordenadores dos CAPS, também chamados de gestores locais devido à vinculação direta com um dos serviços substitutivos. Além da gestão do cuidado,

estes coordenadores/gestores são responsáveis também pela gestão administrativa e burocrática.

A gestão foi composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, alguns vindos de outros locais do país, com trajetórias em comum no que diz respeito à militância²² pelo SUS e Saúde Mental.

Cabe salientar que a REAP em Aracaju, destaca-se nacionalmente por já ter consolidado a implantação de diversos serviços substitutivos em saúde mental, o que vem acontecendo desde 2001, quando o município assume a gestão plena dos serviços de saúde. O primeiro CAPS, de tipo II é inaugurado em 2002. Dispõe atualmente de seis Caps, quatro residências terapêuticas e uma urgência de psiquiatria no Hospital São José, além de dispor de suporte ambulatorial em quatro unidades básicas de saúde territorializadas.

De acordo com Vasconcelos (2008), há uma importante lacuna a ser considerada no processo de reforma psiquiátrica em Aracaju que vem em decorrência da regularização do vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde mental, mediante concurso público, o qual não garantiu “a manutenção de trabalhadores militantes”. Com isso, a implantação da rede de serviços ocorre “sem articulação de um expressivo movimento social” com pouca participação e politização dos atores nesse processo. Por esse motivo, a figura do apoiador institucional assume esse direcionamento de fomentar maior protagonismo e politização.

Em consonância às diretrizes da Política Nacional de Humanização - de onde se desdobra a função apoio institucional para a REAP em Aracaju – tem-se o apoio como uma lógica que pretende desconstruir a idéia de supervisão como um “super-olhar” que parte do exterior sem implicação com o cotidiano dos serviços. É, portanto, uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. O apoio institucional deve incorporar em seu processo de trabalho a construção de espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de práticas e saberes e, desse modo, implementar e transformar as práticas. Nesse sentido, anuncia-se a

²² O termo militância aqui empregado, não se refere a uma participação institucional em algum movimento social ou qualquer filiação partidária, mas sim, a profissionais com uma leitura crítica ao modelo de assistência psiquiátrica - que prevaleceu antes do SUS e da Reforma Psiquiátrica - quer pela vivência como profissional, quer pela inserção em discussões com enfoque de educação permanente ou pela inserção em programas de residência multiprofissional em saúde.

potencialidade da função apoio realizada a partir de uma implicação-inserção no cotidiano dos espaços de produção de saúde, com um olhar construído em conjunto com trabalhadores e usuários (PASSOS, 2006).

Michele Vasconcelos e Aline Morschel (2009), em artigo recente sobre esse tema do apoio institucional, assinalam que o próprio nome apoio institucional deve ser colocado em análise, uma vez que “sua potência reside justamente no fato de localizar-se no ‘entre’ das instituições [...] no ‘entre’ atenção e gestão, no ‘entre’ trabalhadores e usuários inseridos nos serviços e usuários encontrados fora dos espaços institucionais” (VASCONCELOS e MORSCHEL, 2009, p. 730).

O apoiador institucional, nesse sentido, situa-se como um articulador, um conector, um híbrido que tem como objetivo transversalizar espaços previamente constituídos ou dicotomizados: da gestão, dos trabalhadores ou dos usuários, em que sua potência incide na possibilidade de “agenciar encontros e fomentar zonas de comunalidade” (VASCONCELOS e MORSCHEL, 2009, p. 734). Isso nos remete aos momentos festivos ou às assembléias que ocorriam no CAPSad, como um bom exemplo dessa produção do comum, ou “estar com”. Nesses espaços, os sujeitos se despojavam dos lugares reificados, permitindo, a exemplo da psiquiatra, que pouco se articulava com o coletivo, ampliar as possibilidades de estar naquele coletivo, servindo bolos, refrigerantes ou conversando informalmente com familiares. Ou nas assembléias, onde os usuários roubavam a cena imiscuindo-se aos trabalhadores, do mesmo modo que os trabalhadores aos usuários.

A agenda de trabalho do apoiador é habitar todos os espaços possíveis da instituição (assembléias, reuniões de equipe, visitas domiciliares, parcerias intersetoriais...) e ali, produzir interferências, as quais não podem ser previstas, pois se dão justamente no encontro, como enunciam as autoras na seguinte colocação:

[...] Nos espaços concretos, no vivido, no circunstancial, no local, logo ali onde a vida passa, onde a vida pulsa, à revelia de tentativas de aprisionamentos, homogeneizações, por entre engessamentos e burocratizações é que se dá a invenção, é que se dá a possibilidade de deslocamentos. É justamente logo ali que se situa, à espreita, a potência do apoio institucional (VASCONCELOS e MORSCHEL, 2009, p. 733).

Por mais que estejamos constantemente perpassados por coletivos, a experiência de gestão local de um serviço é uma oportunidade de mirar, desde um lugar privilegiado, as mais variadas e inusitadas facetas da problemática a ser tratada. Por vezes, nesse lugar, tem-se a sensação de se estar só na empreitada, o que logo se dilui quando as pessoas assumem a postura de composição de equipe com compartilhamento de tarefas e decisões. Outro aspecto a ser destacado são as situações vividas com os usuários. Trata-se de um trabalho que não acaba com o findar do dia, senão que nos acompanha na vida.

Cito aqui cenas que podem ilustrar o que estou querendo dizer acerca da relação que se estabelece com os usuários, pois são eles quem nos trazem o sentido de existência de um serviço como o CAPSad. Figuras carimbadas que registram sua presença para além dos serviços de saúde, como quando estaciono o carro em algum lugar da cidade atendendo ao chamado de flanelinhas que gritam “venha, venha, venha”. Em seguida, ouço um comentário: “ela é coordenadora lá do CAPS”. De repente, tão popular que nem sequer imaginava. Ou, quando em comemoração ao dia das mães no CAPS, sou abruptamente surpreendida pela “adoção” de, pelo menos uns cem “filhos”, quando um usuário diz emocionado: “Você é como uma mãe pra nós” e outros o respaldam. Um misto de alegria e desespero me invade e o sorriso amarelado apresenta-se como a única expressão possível.

O lugar de gestão local de um serviço na Rede de Atenção Psicossocial se articula com múltiplas vozes para a concretização das diretrizes no cuidado a usuários em abuso e dependência de AD. Experienciar o processo de gestão de um serviço como o CAPS, concebido como mediador de uma rede, permite uma análise sobre o modo como vem sendo implementadas as diretrizes delineadas para direcionar o modelo de atenção²³, a eficácia das ações e a consonância com as necessidades dos usuários do sistema. Mas é também crucial, analisar o próprio lugar de gestão, bem como o modo de exercê-lo e a implicação com esse espaço. Na minha experiência, poderia dizer que esse foi um lugar de agenciamento, pela possibilidade de escuta permanente de trabalhadores, usuários e familiares. Nunca é demais ressaltar que “a principal razão que fez com que a Reforma Sanitária ganhasse tanto as idéias e os corações das pessoas é que tinha suas propostas centradas no cidadão e não exatamente no sistema de saúde” (PASSOS, 2006, p. 132).

²³ No caso aqui, embasados na Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

No CAPSad, a composição com o apoio institucional foi muito potente, no sentido da produção de análise da dinâmica das relações de poder, fomentando uma maior circulação do poder, colocando-o a serviço de todos que se situam no serviço. Dizemos isso por considerarmos importante destacar o lugar da gestão como um lugar de poder. O poder para Foucault, não é algo que se possui, mas que circula, sendo veiculado pelas produções discursivas (Foucault, 2000), como abordaremos mais adiante. O apoio institucional, em articulação com a gestão local, possibilitou indubitavelmente, uma maior aproximação entre os lugares dicotomizados de atenção e de gestão, de trabalhadores de saúde e de usuários. Outro ponto a ser enfatizado foi a articulação do apoio institucional com o Programa de Redução de Danos e redutores de danos, pois, além de habitar os espaços coletivos de gestão do CAPSad, era permanente a participação do apoio nas reuniões dos redutores de danos, além de participação no trabalho de campo (também acompanhado por mim em alguns momentos). Podemos dizer com base nessa experiência, que desenvolvemos uma parceria interessante entre apoio institucional, gestão local e coordenação do Programa de Redução de Danos no direcionamento das ações de gestão concernentes ao CAPSad.

Uma boa definição de apoio institucional que enuncia um pouco do que vivenciamos no CAPSad, encontramos em Gastão Campos (2003) quando refere que os trabalhadores:

“[...] lidam com o limite humano, com nossa impotência, com a evidência de que não somos deuses [...]. Lidam com a morte, a doença e a dor. Trabalham em ambientes perigosos (germes, fracassos, competição, etc.), logo, precisam, além de planos de carreira e salários, de Apoio, o que tem o sentido de estar sempre em análise. Trata-se de uma função que se expressa num determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa e persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos” (GASTÃO WAGNER CAMPOS *apud* SANTOS FILHO, BARROS, E GOMES, 2009, p. 606).

Nesse agenciamento, encontramos muitos impasses, provocando sentimentos de hesitação quanto ao trabalho intersetorial, quanto à dimensão coletiva das ações, pois no âmbito da gestão coletiva e na produção de análises e tomadas de decisões em conjunto, a gestão local, assim como o apoio institucional, ocupam um lugar importante na produção das discussões. Não no sentido de manipulação, mas de apropriação dos temas discutidos, com amadurecimento da Política de Atenção Integral a usuários de AD, na discussão das especificidades dessa clínica em AD e na clareza dos objetivos do CAPSad, em sintonia com diretrizes e legislações pertinentes. Uma atribuição importante da gestão local reside na operacionalização das discussões, no encaminhamento às instâncias pertinentes, na

transposição do abstrato para o concreto, na disponibilização de recursos e na viabilidade das ações, diluindo ao máximo a burocracia. Além disso, é crucial nesse lugar, que se articula com outros espaços de gestão, como a gestão da REAP, ou com setores da Secretaria Municipal de Saúde, com o próprio gestor da saúde do município ou do Estado, colocar em pauta discussões produzidas no serviço; procurando “representar” aquele coletivo a que se está vinculado.

4. Micropolítica do CAPSad: indissociabilidade entre atenção e gestão

Apesar de haver uma macropolítica que estabelece, através de documentos oficiais do Ministério da Saúde, princípios e diretrizes para a atenção integral a usuários de AD, há uma micropolítica que se manifesta tão somente no modo de operar, ou seja, na dimensão da prática dos serviços. Nessa dimensão, é que tais princípios e diretrizes ganham corpo, respiram, adquirem cheiros e se expandem em acontecimentos. O próprio documento oficial respalda essa micropolítica ao referir que:

[...] a sociedade atual nos disponibiliza uma extensa gama de políticas potenciais, e a sua inventividade e alcance estão em um processo de expansão contínua, sendo então possíveis outras formas de produzir novas possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e outras drogas. Tal produção não ocorre somente por leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições [...] (BRASIL, 2003 p.05).

Diante de tantos desafios, contradições e dificuldades houve momentos importantes de movimentos em direção ao novo, os quais também compõem essa escrita. Potência de vida! Foi um termo usado por nós,²⁴ em nossas comemorações, quando começamos a perceber esses movimentos ou começamos a ver focos de resistência ao que já não cabia mais, ou ao que incomodava no cotidiano de trabalho, no aumento do diálogo, nos momentos festivos, de diversidade e de coletividade.

Quando falamos da problemática micropolítica não a situamos “no nível da representação, mas da produção de subjetividade” (GUATTARI e ROLNIK, 2005 p. 36), cuja composição pode se dar com relações de alienação e opressão, ou, de singularização, como nas seguintes colocações:

[...] a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 42).

²⁴ Equipe de gestão local, composta pelo Apoio Institucional e coordenação do Programa de Redução de Danos.

A micropolítica incide nos pontos de singularidade que são as raízes produtoras da subjetividade, a qual é vinculada aos aspectos sócio-histórico-políticos. “É a subjetividade individual que resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia e tantas outras” (*Ibidem*, p. 43).

A relação molar e molecular se articula à problemática micro e macropolítica. Apesar de inseparáveis, os autores diferenciam por não serem da mesma natureza. Assim, referem que “a ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, de intensidade” (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p.321).

Entretanto, a indissociabilidade fica mais clara na seguinte afirmativa de Guattari:

[...] essa oposição entre molar e molecular pode ser uma armadilha. Eu e Gilles Deleuze sempre tentamos cruzar essa oposição com uma outra, a que existe entre micro e macro. As duas são diferentes. O molecular como processo, pode nascer no macro. O molar pode instaurar o micro (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 128).

No artigo “*Micropolítica e Segmentaridade*”, do livro *Mil Platôs*, Deleuze e Guattari (1995, p. 83) delineiam a segmentaridade como inerente ao homem: “somos segmentarizados por todos os lados e em todas as direções. O homem é um animal segmentário”. De acordo com os autores, três segmentos, portanto, nos demarcam: binários, circulares e lineares, todos atravessados uns pelos outros. Duas segmentaridades se destacam: flexível e primitiva (molecular) e dura e moderna (molar) em permanente coexistência e interpenetração.

Para Guattari “a questão micropolítica, ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social – diz respeito ao modo como o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de molar) se cruza com aquele que chamei de molecular” (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 149).

Nesse capítulo, nas linhas que se seguem, o que pretendemos abordar diz respeito à produção de sentido das diretrizes e princípios norteadores do cuidado em AD, bem como do modo como nos articulamos com alguns dispositivos no CAPad para operar a lógica de cuidado. O conceito de dispositivo, correntemente utilizado nas produções teóricas que discutem a Reforma Psiquiátrica, tem suas raízes nos trabalhos de Foucault – como na obra

Vigiar e Punir, onde o autor destaca o poder coercitivo dos dispositivos, o poder dos conjuntos e técnicas de docilização dos corpos. Para Foucault, os dispositivos estão vinculados ao tema do poder. Referem-se a:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...] (FOUCAULT, 1996, p. 244).

Deleuze explora uma perspectiva de dispositivo em seu poder subversivo e de resistência, tal como nos mostra Talleberg (S/D) no estudo de oficinas enquanto dispositivos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, os dispositivos podem ser de resistência ou opressão, transitando por diferentes esferas: disciplinares, jurídicas, psiquiátricas, psicológicas, grupais ou outras afins, destacando-se por colocarem em funcionamento, a “rede” que se estabelece entre estes elementos múltiplos. Os dispositivos aqui tratados são aqueles que atualizam princípios e diretrizes do SUS, mais especificamente da política do Ministério da Saúde para AD e da Política Nacional de Humanização (PNH), esta também instituída em 2003 para efetivar o SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão através de princípios, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008).

Para Tadeu Souza (2007, p. 83) “os dispositivos concretos permitem que os princípios do SUS e as diretrizes da política de álcool e outras drogas do MS sejam exercidos”. Como dispositivos da atenção e gestão, no sentido de orientar o cuidado, sinaliza-se: acolhimento com escuta qualificada, estratificação de risco e encaminhamento a outros serviços de saúde quando necessário; equipes de referência, primando pela existência de um técnico de referência no cuidado e acompanhamento permanente; projeto terapêutico singular, pautando as necessidades de saúde de cada sujeito, que se reformulam ao longo do cuidado; projetos coletivos de construção da ambiência; colegiado de gestão, como assembleias e reuniões de equipe e contratos de gestão (BRASIL, 2008). Conferimos destaque a alguns deles, os quais são articulados com a análise da experiência de trabalho no CAPSad.

Com base na PNH ressaltamos um de seus princípios, consoante com a Política de Atenção Integral a usuários de AD, qual seja, a indissociabilidade ou inseparabilidade da atenção e gestão. Partimos do entendimento de que “a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita esse diálogo e reforça a interação

criativa entre profissionais e serviços de saúde” (PASSOS, 2006 p. 62). A lógica da transversalidade tem pautado as políticas de saúde vigente: a começar pelo SUS, depois pela PNH e a própria política para AD. Todas buscam uma transversalização de saberes e práticas, além de uma ampliação de diálogo entre as políticas setoriais, a chamada intersectorialidade, da qual trataremos mais adiante. Destacamos abaixo trecho do documento da oficial da referida Política:

Parece que hoje aí reside o grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta a especificidade acumulada ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (BRASIL, 2003, p. 09).

Antes de adentrarmos na análise/narrativa dos dispositivos e do modo como nos apropriamos dos mesmos, uma discussão sobre produção de subjetividade no contexto das sociedades capitalistas nos parece oportuno e indispensável, já que na perspectiva da clínica ampliada que embasa o cuidado nos CAPSad, os processos de produção de saúde não estão desvinculados do contexto social.

4.1 Produção de subjetividade, uso de drogas e modos de vida no cenário contemporâneo do capitalismo

A problemática das drogas exige uma complexidade de estratégias e políticas para a atenção integral a usuários, por esse motivo não pode ser abordada de forma deslocada do sistema de consumo vigente em nossa sociedade ocidental contemporânea²⁵, o qual cria, o tempo todo, necessidades para se consumir mais, tendendo a produzir relações entre as pessoas, pautadas na supremacia dessa lógica. No reconhecimento dessa questão, a Política de Atenção Integral a usuários de AD versa sobre algumas mudanças em direção a um maior controle de propagandas de bebidas alcoólicas que veiculam imagens associando bem-estar e prazer ao consumo do álcool, acionando uma dimensão subjetiva. Com isso, pretende-se demonstrar o quanto as pessoas buscam no consumo a satisfação das necessidades subjetivas.

²⁵ Embora os autores que tratam desta temática ressaltem aspectos diversos para caracterizar o contemporâneo, podemos dizer que este é marcado por acontecimentos que se dão com nosso tempo, em sua maioria, não encontrados em fatos narrados, pois estão compondo com nossos modos de pensar e assim, habitar o cotidiano no presente. Conforme afirma Elizabeth Pacheco (2008), “o que nos torna contemporâneos, então, não é a condição temporal do presente, mas a atualidade de uma questão que nos implica enquanto atores das práticas que paradoxalmente se inscrevem em nossos tecidos” (PACHECO, 2008, p.03).

Tadeu Souza (2007) em sua dissertação de mestrado aponta alguns indícios para uma articulação entre a supremacia de uma lógica consumista com o consumo de drogas:

A lógica de consumo aponta para a produção de subjetividades consumistas, na qual os produtos são antes, imateriais, do que materiais. Nas sociedades de consumo os produtos são intangíveis, como uma “sensação de bem estar”, um “estilo de vida”, uma “identidade pré-fabricada”. O marketing e os meios de comunicação investem, sobretudo, no desejo como motor da economia, em outras palavras, o desejo é produzido. Os produtos imateriais são consumidos através de diferentes meios materiais, mas não se reduzem aos mesmos (SOUZA, 2007, p. 24).

Discorremos um pouco sobre essa temática, já que no bojo da Reforma Psiquiátrica, a dimensão política de questões como essas se atualizam na produção do cuidado. Com isso, enfatizamos a indissociável relação entre clínica e política.

Nessa direção, podemos nos questionar sobre que sujeitos estão sendo produzidos com este modo “capitalístico” de viver e qual a relação que isto apresenta com o tema das drogas. O sufixo “ístico”, cunhado por Guattari na palavra “capital”, refere-se à incorporação e produção de subjetividade das sociedades capitalistas, em “uma espécie de dependência e contradependência do capitalismo” (GUATTARI e ROLNIK, 2000, p. 15).

Pensar a relação indivíduo e sociedade e o modo pelo qual as pessoas incorporam o funcionamento de uma tessitura social têm sido preocupação corrente em discussões centrais de autores em diversos campos de saberes como a Psicologia Social, a Sociologia, a Filosofia e a Antropologia, os quais têm contribuído para fazer avançar o campo teórico e prático, tendo como pano de fundo a problematização do indivíduo moderno, suposto detentor de uma “natureza”²⁶ individual dissociada do contexto social.

Gilbert Simondon (2003), filósofo francês, é um dos autores que traz contribuições importantes, assim como outros teóricos, para pensar uma superação do pensamento dicotômico na relação indivíduo e sociedade. Através do princípio de individuação, o autor indica que “a base da realidade coletiva já está parcialmente contida em um indivíduo sob a forma de realidade pré-individual que permanece associada à realidade individuada” (*Ibidem*, p. 107).

²⁶ É importante colocar entre aspas o termo, já que alguns autores justamente ao reiterar a imbricada relação indivíduo e sociedade, em que um não pode ser concebido sem o outro, caminham na contramão da idéia de uma natureza individual, descartando processos inatos que se sobreponham ao socialmente construído.

O conceito de coletivo transindividual proposto por Simondon é analisado por Liliana da Escóssia (2008). A autora destaca que este conceito “aparece então como aquilo que unifica, não o indivíduo e a sociedade, mas uma relação interior ao indivíduo (que define o seu psiquismo) e uma relação exterior ao indivíduo (que define o coletivo)” (ESCÓSSIA, 2008, p. 22). A relação, ou o caráter relacional, é o que melhor elucida a indissociabilidade do processo de individuação, em que “a relação transindividual é a relação de relações e não de indivíduos” (*Ibidem*, p. 22). Meio associado é outro conceito que reafirma a inseparabilidade entre indivíduo e sociedade, e para analisá-lo, Escóssia reúne o pensamento de Simondon ao de Deleuze. Afirma que “o indivíduo é inseparável de um mundo, o que significa dizer que traçar a gênese do indivíduo é traçar a gênese do indivíduo-mundo, afirmando que um mundo se constitui a partir do prolongamento das singularidades” (ESCÓSSIA, 2008, p. 20).

Richard Sennett (1988) sublinha que desde a instauração da psicanálise como sendo uma ciência e uma técnica de conhecermos a nós mesmos, temos conferido valor desmedido às pessoas, à identidade, à personalidade, em detrimento das relações sociais. O autor cita o seguinte exemplo: “um líder político que busca o poder obtém a ‘credibilidade’ ou ‘legitimidade’ pelo tipo de homem que é, e não pelas ações ou programas que defende” (SENNETT, 1988, p.17). Com isso, enuncia o declínio do homem público, denunciando uma apatia e desinteresse em relação aos assuntos que dizem da vida social, dos assuntos públicos enfim, em que se busca um refúgio na vida privada como uma tendência/conseqüência do modelo político desenvolvido pela sociedade pós-industrial que institui o regime capitalista, o que se reflete até mesmo na maneira de organizar as cidades, com menos praças e espaços públicos para convívio social.

Recorremos a Cornelius Castoriadis, importante filósofo, que analisou as instituições no/do sistema capitalista e descreveu a formulação de uma lógica de funcionamento e mecanismo próprio do capitalismo, o qual carrega desde sua concepção, um conteúdo de “razão”, que por si só, justificaria sua manutenção. Para o autor, o sistema capitalista é “o primeiro regime social que produz uma ideologia segundo a qual ela mesma seria ‘racional’” (Castoriadis, 2004, p. 90), sendo outros tipos de regimes tidos como míticos, religiosos ou tradicionais²⁷. Para ele, o caráter instituído e racional do capitalismo é o que nos força a

²⁷ Dizer que é racional, como bem analisa Castoriadis pode ser uma justificativa para sua manutenção. Entretanto, nos lembra Mangueira (2008), a razão é uma forma de pensar, portanto, possui um valor que não pode necessariamente, ser tomado como verdade, precisa também ser avaliado (MANGUEIRA, 2008).

acreditar que *assim deve ser*, evitando um questionamento mais amplo sobre esse regime que permitiria se vislumbrar outra lógica de funcionamento social:

[...] sem dúvida, esse critério ser racional (e não consagrado pela experiência ou pela tradição, dado pelos heróis ou pelos deuses etc), foi propriamente instituído pelo capitalismo; e tudo se passa como se tal coisa, ter sido instituído tão recentemente, ao invés de relativizá-lo, o tornasse indiscutível (...) toda sociedade institui ao mesmo tempo a sua instituição e a legitimação desta última. Esta legitimação, termo impróprio, ocidental, remetendo já a uma ‘racionalização’ é quase sempre implícita (*Ibidem*, p.91 e 92)

Sistema dotado de paradoxo, contraditório e derrisório, o capitalismo funciona sob a égide do aumento da produção pela redução de custo e, para atingir este fim, como nos diz o autor, não lhe diz respeito:

[...] nem a destruição do meio ambiente, nem o achatamento de vidas humanas, nem a feiúra das cidades, nem a vitória universal da irresponsabilidade e do cinismo, nem a substituição da tragédia e da festa popular pelo folhetim televisado são levados em conta nesse cálculo [...] (CASTORIADIS, 2004 p. 119).

O autor, em tom provocativo, afirma ainda: “o sistema é decerto cruel, injusto, turbulento – mas fornece a mercadoria e porem de resmungar que é o que vocês querem”²⁸ (*Ibidem*, 2007, p. 118).

Com a transitoriedade do “capitalismo pesado” da sociedade pós-industrial – como descreve Sennett e Castoriadis – para o que Bauman, sociólogo contemporâneo, chama de “capitalismo leve”, temos vivido na contemporaneidade a passagem da era industrial, fordista, para a era do consumo das imagens que marca o que Bauman denomina como “modernidade líquida”, com características marcantes de mutações velozes e desmedidas (BAUMAN, 2001).

As características da vida moderna, segundo Bauman (2001, p. 18, grifos do autor) é de uma sociedade *pós-panóptica*, com espaço e tempo reduzidos à instantaneidade e imediatismo, ao poder *extra-territorial*, marcada pelo nomadismo e pela movimentação incessante. “Ser moderno passou a significar como significa hoje em dia, ser incapaz de parar e ainda menos de ficar parado” (BAUMAN, 2001, p. 37). O autor complementa: “na

²⁸ Castoriadis apresenta esta formulação de Schumpeter como a melhor justificativa de manutenção do capitalismo.

modernidade ‘líquida’, mandam os mais espaçadiços, os que são livres para se mover de modo imperceptível” (*Ibidem* p. 140).

Vivemos processos de exclusão social, de desigualdades escancaradas tanto nas condições sociais, quanto nas oportunidades de educação, e ainda na oportunidade de acesso a outros modos de pensar. Na supremacia do imediatismo evidencia-se falta de momentos de pausa e de lazer alicerçados em uma lógica de excessiva produtividade. Além disso, na contemporaneidade da sociedade do espetáculo vive-se sob a ditadura da imagem, tendo que, aos que dela se ocupam, adaptar-se a um corpo que não é o seu (BAUMAN, 2001).

Nessa lógica, vivencia-se a era do descartável, do espetáculo, dos encontros fugazes, da individualidade que prenuncia o “faça você mesmo” (Vasconcelos, 2008) que melhor se concretiza na ida às compras com o consumismo exacerbado da compulsão pelas escolhas:

[...] a atitude ‘meu corpo é uma fortaleza sitiada’ não leva ao ascetismo, à *abstinência* (grifos nossos) ou à renúncia; significa consumir mais- porém consumir alimentos especiais ‘saudáveis’, comprados no comércio. Antes de ser retirada do mercado por seus efeitos prejudiciais, a *droga* (grifos nossos) mais popular entre as pessoas preocupadas com o controle de peso era o *Xenilin*, (grifos do autor) anunciada pelo slogan ‘coma mais e pese menos’ (BAUMAN, 2001, p. 95)

As afirmações de Bauman (2001) quando enfatiza a questão da cultura do imediato e das coisas prontas em que não se tem tempo para viver pausadamente, assemelham-se com algumas características da contemporaneidade abordadas por Guattari (1990) quando este se refere à prontidão das idéias e massificação dos modos de pensar.

Fica claro, tomando como base as idéias dos autores, que tais características de aceleração e imediatismo operam um modo de subjetivação que atribui um sentimento insuportável frente à espera. Nessa sociedade que supervaloriza o consumo, somos treinados à posição de expectadores e ouvintes, acostumados a ter as coisas prontas, esperando que alguém dite as normas.

Que relação podemos tecer então entre esses atributos que encontramos na contemporaneidade com a problemática das drogas? Na própria expressão “consumo de drogas” podemos identificar o universo consumista transpassado na relação que o usuário

estabelece com as drogas, em articulação com um modo de subjetivação consumista, voltado ao consumo exagerado intenso, tal como conduz o ideário capitalista.

No mesmo sentido, Dênis Petuco (2009), educador popular e redutor de danos, acrescenta que a toxicomania revela uma doença da sociedade do consumo: “por vezes, diz-se do dependente de drogas que é uma pessoa mal adaptada à sociedade. Mas, quando olhamos com cuidado, vemos uma pessoa perfeitamente adaptada ao imperativo “Consuma”! (PETUCO, 2009).

O *crack* é conhecido com esse nome devido ao ruído produzido ao ser fumado, também conhecido como Zidane em menção ao craque do futebol que se tornou famoso por fazer muitos gols de cabeça²⁹. O que tem despertado o interesse da comunidade científica é o modo como o *crack* possui alto poder viciante, pela sua rápida atuação no organismo. Esta substância é derivada da cocaína e, pelo fato de ser fumada, atua no pulmão, atingindo circulação e cérebro, com efeito quase instantâneo, cerca de dez a quinze segundos após o uso. Em média, após cinco minutos o usuário já sente a necessidade do uso novamente, diferente da cocaína que dura cerca de 20 a 30 minutos (SUPERA, 2008)³⁰.

Com base nessas informações, é possível estabelecer uma relação entre a rapidez do efeito da droga com a busca pelo imediatismo que tem sido valorado na contemporaneidade, sendo talvez o que a faça ser a droga da atualidade. Essa busca pela rapidez está presente nos modos de vida atuais como no *zapping* da televisão ou na prontidão dos famosos *fast-foods* ou ainda na busca imediata por um corpo perfeito através do uso desmedido de anabolizantes ou outros medicamentos. Talvez resida aí uma possível explicação para o fato de o *crack* ser considerada a droga contemporânea.

É indiscutível o alto poder viciante dessa substância, que atua rapidamente no organismo, que assola o cotidiano dos serviços, que exige respostas inovadoras e assusta os próprios usuários, os quais lamentam ao tomar conhecimento de algum conhecido que está “pipando” *crack*. Muitos deles nem mesmo conseguem acessar aos serviços de saúde e vários são os motivos atrelados a isso, não somente a compulsão pelo uso que os leva a situações

²⁹ Essa correlação se dá pelo efeito quase imediato da droga em ir direto à cabeça, ao cérebro após o uso, é de autoria dos usuários que freqüentam o CAPSad.

³⁰ SUPERA (2008) - Informações dispostas em livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas, material elaborado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas). Departamento de Psicobiologia da Unifesp.

complicadas, como também o despreparo da equipe para acolher essa demanda ou até mesmo a distância concreta dos serviços da realidade dos usuários. Uma análise mais cuidadosa da relação entre os efeitos produzidos por essa droga e os valores da sociedade contemporânea pode indicar pistas sobre os motivos que levam ao aumento crescente de usuários que se relacionam com essa substância.

Há que se estar atento a essas questões na construção de uma atitude clínico-política nos serviços de saúde, no contato com singulares histórias de vidas que nos chegam, as quais demandam a transversalização de saberes, em atenção aos conteúdos dessas histórias que possam estar expressando características de uma coletividade (BENEVIDES, *apud* BRASIL 2003, ESCÓSSIA, 2008).

Com essa relação dos autores podemos dizer que somos usuários de muitas produções do universo consumista, no uso de *shoppings centers*, bancos, televisão, *fast foods* e tantas outras inovações, já com obsolescência programada, criados muitas vezes para preencher alguns vazios e vácuos de solidão provocados por esse mesmo sistema. Com isso, não pretendemos produzir uma análise que tenderia a uma relativização leviana e até mesmo irresponsável que colocaria no mesmo patamar de igualdade o *crack* aos *fast-foods*, por exemplo, considerando o nível elevado de produção de danos aos que deles fazem uso/abuso ou tornam-se dependentes.

A análise realizada acima não pretende desviar o foco sobre o papel e responsabilidade social e política de um serviço de saúde como o CAPSad. Ao contrário, questionar as relações que estabelecemos com o mundo, as pessoas e as coisas em nossa sociedade, é fundamental para nos impulsionar a pensar outras modalidades de relações e de cuidado, reduzindo os danos produzidos pelas mazelas das situações de miserabilidade e marginalidade inerentes à sociedade. E não deixa de corresponder também com o que versa a atual Política quando afirma que o grau de dependência está mais vinculado à qualidade da relação do que à substância em si. Para o delineamento do cuidado a usuários de AD temos que pensar como a temática das drogas tem sido debatida ou negligenciada. Isso requer, a meu ver, análises minuciosas, portanto, não rápidas e relativistas, reconhecendo a relevância que essas questões possam ter ou não, no cotidiano do trabalho, pensando no contexto em que usuários e trabalhadores do SUS estão inseridos, sem nos exirmos da responsabilidade de cuidar da saúde das pessoas.

O desafio, portanto, está em olhar para esse cenário, e não tomá-lo como acabado, outrossim, visualizar nesse contexto, elementos que sejam opressores e alienantes e encontrar linhas de fuga frente aos processos massificadores, pois há sempre modos de não captura, de produção de vida digna e de outros modos de existência.

4.2. O contato com a equipe: de um certo distanciamento a uma certa vizinhança

Resulta que nem tudo que está previsto em diretrizes e princípios acontece no cotidiano dos serviços de saúde. Ou seja, não basta estabelecer diretrizes em manuais, em documentos e exigir seu cumprimento *ipsis literis* e isso seja suficiente para acontecer do mesmo modo como foi previsto, pois no mínimo tem de haver sujeitos implicados com o que está sendo proposto para que efetivamente ocorra. Questão desestabilizadora esta e corriqueira aos que se defrontam visceralmente com o cotidiano de um CAPS. Isso nos força a reconhecer o lugar dos operadores dessas políticas – os trabalhadores de saúde – e a necessidade de se diminuir a distância existente entre os que pensam o modo como deve ser produzido o cotidiano de um serviço e os que executam, bem como, diminuir as lacunas decorrentes de uma formação fragmentada, não voltada para o SUS.

Entre o que é feito e o que deve ser feito, há um meio do caminho, sendo este, o que estão fazendo os homens no presente. Novamente nos reportamos a Paul Veyne (1982) quando este discorre sobre o conceito de prática em Foucault. Veyne (p.164) afirma: “o que é feito se explica pelo que foi o fazer em cada momento da história, enganamo-nos quando pensamos que o fazer, a prática, se explica a partir do que é feito”.

Tendemos a acreditar que o modo como estão configurados os ambientes institucionais, predeterminam nossas práticas. E com isso, tendemos a atribuir a esta conformação, a responsabilidade pelos engessamentos ou repetições de saberes e fazeres instituídos. Paul Veyne (1982), no artigo *Foucault revoluciona a história*”, traz um outro modo de pensar essa questão. Para ele, os objetos, aquilo que já está configurado, no caso aqui os ambientes institucionais, não predeterminam nossas práticas, uma vez que eles são, nada mais do que o correlato de nossas práticas. Ou seja, os objetos não surgem numa dimensão transcendente. Ao contrário, encontram-se na imanência daquilo que fazemos, sendo possível encontrar, na história, as condições de sua produção.

O autor define Foucault como o primeiro historiador completamente positivista. Com este termo, Veyne ressalta que Foucault permite uma descrição da prática sem ideologias ou idealismos, presentificada no fazer em cada momento da história. Parafraseando-o:

Foucault não descobriu uma nova instância, chamada ‘prática’, que era, até então, desconhecida: ele se esforça para ver a prática *tal qual é realmente*; não fala de coisa diferente da qual fala todo historiador, a saber, do que fazem as pessoas: simplesmente Foucault tenta falar sobre isso de uma maneira *exata*, descrever seus contornos pontiagudos, em vez de usar termos vagos e nobres (VEYNE, 1982, p. 251, grifos do autor).

Tomando como exemplo a prática de um rei Veyne afirma: “ele acredita que são as coisas que lhe ditam dia-a-dia, nem sonha que as coisas poderiam ser diferentes” (*Ibidem*, p. 254). Há uma prática que se impõe ao rei. O que não significa que o rei exerça seu reinado ou administre fluxos em estado de sonambulismo, mas ele não sabe, ignora o que são esses fluxos, o que constitui essa prática. Veyne compara o rei ao leão: “[...] é tão tranqüilo o fato de que é leão que ele [...] ignora que é leão” (*Ibidem*, p.253). O rei, por sua vez, ignora sua vontade de poder, quer dizer “[...] sabe o que faz quando reage aos acontecimentos tomando decisões, mas não sabe que essas decisões de detalhe são função de uma certa prática real, do mesmo modo que o leão decide como leão” (VEYNE, 1982, p. 254).

O autor afirma que “uma noção que não se traduz em nada de efetivo não passa de uma palavra” (VEYNE, 1982, p. 250). Ao que fazemos uma relação com a noção de desinstitucionalização. Esta noção é apenas uma palavra; não existe se não estiver incorporada às práticas. Ou melhor, as práticas – aquilo que gestores e trabalhadores fazem no seu cotidiano de trabalho – devem estar articuladas a um modo de fazer que prima pelo protagonismo de usuários e trabalhadores, pela não estigmatização, pela expressão da singularidade, e assim por diante para que se constitua desinstitucionalização. O que Veyne (1982, p. 267) enfatiza, é a existência de uma filosofia da relação em abandono a uma filosofia do objeto: “nada existe em história, já que aí, tudo depende de tudo”, na tentativa de compreender os objetos pelas práticas e não pelas objetivações.

Vemos, então, que não basta uma política pública possuir diretrizes para que estas sejam incorporadas às práticas. Para isso, é preciso, sobretudo, que faça sentido. Nas palavras do autor podemos compreender melhor:

Essas colocações do autor trazem uma importante contribuição para o que queremos tratar por ora acerca dos trabalhadores de saúde e das práticas que lhe são correlatas, ponto central na discussão da desinstitucionalização. No âmbito das práticas em saúde a afirmação de Veyne se entrelaça ao que Eduardo Passos e Regina Benevides (2006) manifestam em torno de uma certa indissociabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos, ao ressaltar que as práticas ocorrem com sujeitos que têm uma história e esta se expressa nas práticas, e as práticas, por sua vez, produzem sujeitos. Assim destacam:

[...] é preciso valorizar esta dimensão humana no processo de produção de saúde, ou seja, reconhecer que cada cidadão elabora um modo próprio de viver, e que é possível, portanto, tecer outras maneiras de aprender, de amar, de existir” (PASSOS, 2006, p. 136).

Quando nos colocamos dispostos a analisar nossas práticas encontramos respaldo na Política Nacional de Humanização (PNH). Tal política, transversal na rede SUS, considera essa dimensão humana nos processos de trabalho em saúde e se contrapõe a uma lógica hegemônica no campo da saúde que opera com base na “redução de sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático” (PASSOS, 2006, p. 52). A PNH aponta para a importância de se lidar com a dimensão subjetiva nas práticas em saúde. Conforme destaca Santos Filho, Barros e Gomes (2009, p. 605):

[...] a PNH indica uma concepção de homem que se constitui no concreto das experiências, nas lutas cotidianas e em uma direção ético-política em que se opõe ‘o homem’ a ‘um homem’, a todos nós, procurando resistir ao que se concebe como ‘homem ideal’.

Para tanto, a PNH lança mão de tecnologias que podem ajudar a tornar os serviços mais acolhedores e resolutivos, partindo do pressuposto de que “o que faz a diferença é o modo de operar, o modo de fazer, que se efetiva por meio de dispositivos” (ESCÓSSIA, 2009, p. 692).

Essa construção não pode ser entendida de maneira separada das práticas de cuidado, uma vez que, “homem e mundo não são realidades já dadas, constituídas a priori, logo o processo de trabalho é processo de constituição de sujeitos” (SANTOS FILHO, BARROS, E GOMES, 2009, p. 605).

Sem dúvida a relevância dos trabalhadores de saúde é crucial na produção do cuidado. No trabalho em saúde, de modo geral, busca-se a composição de uma equipe interdisciplinar, com o intuito de articular saberes e práticas na fronteira das disciplinas, por isso, transdisciplinares e transversais. No CAPSad nos deparamos com uma equipe amedrontada e temerosa quanto ao que estava por vir da nova gestão, de nossa proposta e método de trabalho; emergindo posturas de enfrentamento e até mesmo de resistência. Era necessário, portanto, encontrar parceria na equipe de trabalhadores para o grande desafio que se apresentava.

Um forte suspiro –, pois muita coisa havia para mudar, trazendo a sensação de um recomeço que só seria atingível se fosse do zero, no ideário de eliminar todos os entraves, caso fosse possível. Vimos que isso só seria possível no plano abstrato do pensamento, pois na ação concreta era preciso olhar pra tudo, achar o valor de cada coisa e firmar acordos para caminhar em direção a mudanças necessárias. Tal pensamento atravessava meu diário de campo através de expressões que traduziam quanto investimento seria necessário para instauração de processos instituintes naquele lugar. E na constatação de que as mudanças necessárias não eram poucas ou insignificantes, mas sim, grandes e significativas. E que, por certo, provocariam algumas “crises” na cultura da instituição, naquilo que já era habitual, até no mais imperceptível, no que a própria equipe estava cansada de reproduzir, e mesmo assim, reproduzia.

Nos primeiros momentos com a equipe, tínhamos dúvida sobre a resistência apresentada pelos trabalhadores diante do novo, o que nos ocorreu foi de que poderia estar expressando necessidade de maior protagonismo ou autonomia no processo de trabalho ou que denunciasse falta de apoio.

Quando falamos em apoio estamos nos referindo ao seu sentido mais amplo, tal como definido nos seguintes termos pelos autores:

Apoiar, para PNH, é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde - gestores, usuários e trabalhadores - discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro (SANTOS FILHO, BARROS, E GOMES, 2009, p. 607).

Era fundamental, em princípio, conhecer os trabalhadores, seus desejos e implicações. Uma conversa com cada trabalhador que compunha a equipe, portanto, foi a ação primordial. Os questionamentos foram norteados pela investigação sobre o que eles gostariam de fazer naquele lugar e não faziam, além de conhecer o que lhes impedia de concretizar: falta de apoio, parceria, coragem, determinação ou até mesmo informação?

Passos afirma: “é na interação entre os diferentes sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada (...) Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo” (PASSOS, 2006, p. 52).

Percebíamos a relevância em falar nos “não-ditos” institucionais, nos assuntos que eram evitados, os quais circulavam em rodas paralelas, mas geralmente não se anunciavam em espaços coletivos de gestão. Tínhamos um propósito de construir uma pactuação sincera com os trabalhadores, na aposta pela produção de um coletivo realmente disposto a assumir as inoperâncias decorrentes até mesmo de um verdadeiro e simples “não saber fazer”, saindo do suposto especialismo para realmente se aprofundar nas situações com que lidavam cotidianamente, construindo um trabalho mais conectado com a realidade. Para isso, foi preciso compor com o saber de cada sujeito, buscando captar tacitamente e até intuitivamente, aquilo que aparecia traduzindo “sinais vitais” do coletivo, bem como nos coloca Cecília Coimbra:

[...] há linhas de fuga, há singularidades atrevidamente construídas; há, enfim, vida pulsando nos mais diferentes territórios, por mais que sejam estigmatizados, rotulados, desqualificados ou mesmo negados. Há rupturas sendo produzidas por mais microscópicas, pequenas e invisíveis que sejam (COIMBRA, 2001, p. 254).

É preciso que nos indaguemos sobre que clínica queremos construir e que lugar queremos ocupar nessa construção, pois, perdendo de vista o objetivo almejado, podemos facilmente incorrer em mera repetição do cuidado manicomial. Temos como principais ferramentas nesse processo, a conversa e o diálogo. “Dizer os não-ditos” é uma estratégia possível para superar possíveis agressões ao outro, que podem estar expressando justamente um não saber fazer uso da palavra ou medo em falar realmente o que se pensa, mesmo por que as relações de poder estão sempre presentes.

A lapidação de outro cuidado, que não o manicomial, construído face a face com o usuário, no diálogo com sua singularidade e a de seu território, demanda uma atitude de análise constante (VASCONCELOS, 2008).

“Colocar os processos de trabalho em análise, dessa maneira, não se dissocia de uma perspectiva de intervenção, na medida em que fomenta e potencializa movimentos, desvios e rupturas, que sugerem transformar os modos de trabalhar e de ser no trabalho” (SANTOS FILHO, BARROS, E GOMES, 2009, p. 605).

Delineava-se cada vez mais a necessidade de redesenhar e até mesmo reconhecer o modo de funcionamento do serviço, considerando a situação em que nos deparávamos de pouco entendimento, ou mesmo de desconhecimento das diretrizes da política de AD, e até mesmo ausência de “regras” ou acordos pactuados acerca de um viver em coletivo. Remeto-me aqui realmente ao fato de haver escassas discussões com acordos coletivos claros, embora a necessidade disso fosse constantemente explicitada nos discursos dos trabalhadores, que cultivavam muitas dúvidas sobre “o que pode e o que não pode no serviço”. Muitas situações permaneciam confusas, o que fortalecia a necessidade de maior discussão sobre as diretrizes da Política e do CAPSad, pois o descompasso aumentava frente à discordância com algumas decisões que eram tomadas de modo aleatório, sem pactuação coletiva.

4.3 Uma pausa para o planejamento

Diante do cenário exposto acima, decidimos realizar, em agosto de 2007, um momento de planejamento que se conformou como uma consultoria institucional³¹. O objetivo era de planejar coletivamente algumas ações e estabelecer diretrizes e princípios que pudessem ser pactuados coletivamente com entendimento acerca da importância de cada ponto acordado, no sentido de orientar os trabalhadores e organizar melhor o processo de trabalho.

A sensação era da necessidade de realmente ‘arrumar a casa’, pois havia um incômodo de seus ‘moradores’ (usuários, trabalhadores e gestores) com o que se deparavam no dia-a-dia: dificuldade de relacionamento, de sentimento de equipe, de cumprimento com as atividades ofertadas, de cumprimento com as pactuações coletivas, de entendimento da lógica

³¹ O momento de planejamento foi pensado para elaborar ações - com estabelecimento de planos, metas e prazos no CAPSad voltado especificamente ao campo de álcool e outras drogas, e não como mera técnica em planejamento - com intuito de discutir as singularidades do serviço, os pontos problemáticos compondo uma construção coletiva em torno de estratégias.

de cuidado da Redução de Danos. Manifestavam ainda dificuldade de ‘sair de casa’ para fazer qualquer atividade fora do serviço, tanto atividades com os usuários (lazer, esportiva, reuniões intersetoriais), quanto com outros profissionais, como encontros com outras equipes de saúde. Isso por que aqueles que permaneciam no CAPS se sentiam com a ‘bomba na mão’ tendo que resolver os problemas sozinhos e, em contrapartida, os que saíam para realizar atividades de apoio matricial a outras equipes percebiam uma dissonância entre o que diziam sobre como deveria ser organizado o CAPS e os problemas reais, impasses que impediam a plenitude das ações. Além disso, outros fatores apresentavam-se como entraves para sair dos serviços para realizar atividades extra-CAPS (visitas domiciliares, cursos profissionalizantes aos usuários, atividades de lazer e esportivas, passeios, entre outros), como disponibilidade do transporte para o serviço – que às vezes era interrompido devido a alguma urgência com usuários – ou outras dificuldades operacionais (manutenção, falta de motorista ou empréstimo para outra finalidade).

A construção coletiva do que seria negociável e o que seria inegociável – expressões que passamos a usar após o planejamento – se constituiu como importante ponto de pauta nas discussões servindo de eixo para pactuações que buscaram avançar na solução de problemas mais complexos enfrentados no dia-a-dia. Pactuações que ocorreram em diversos níveis: entre trabalhadores e gestão, entre gestão e usuários, entre trabalhadores e usuários, entre usuários e usuários e, trabalhadores e trabalhadores. Imprescindível para isso foi conhecer – pois muitos trabalhadores não tinham conhecimento –, singularizar e discutir pormenorizadamente – muitos trabalhadores nem sequer tinham conhecimento –, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a usuários de AD, da Política Nacional de Humanização, ambas políticas transversais ao SUS e à própria Reforma Sanitária.

Havia uma “dívida” da gestão da Secretaria Municipal de Saúde para com os trabalhadores, desde o momento de sua admissão, quanto à execução de projetos de Educação Permanente³² específicos para a Rede de Atenção Psicossocial. Dentre esses trabalhadores, os do CAPSad, eram os que se sentiam menos contemplados nos momentos de capacitação e qualificação do cuidado, pois não identificavam nestes, a temática de AD. Muitos deles não possuíam sequer um conhecimento mínimo de saúde mental. Passos (2006, p.155) assinala

³² “As ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde” (BRASIL, 2008, p. 58-59).

que um princípio básico nesse processo está em que, “compreender as situações do cotidiano profissional é um dos objetivos de um processo de formação no trabalho”.

Esse momento de planejamento acabou resultando, e se desdobrando, em uma atividade de educação permanente. Foi um marco para toda a equipe, até porque esta imaginava que seria impossível suspender as atividades para se dedicar exclusivamente à discussão de processo de trabalho, apesar de já ser um desejo manifestado pela equipe e ter sido uma sugestão apontada como estratégia para melhorar o trabalho. A atenção dispensada a esse momento de planejamento, no sentido de suspender as atividades rotineiras para funcionar em esquema plantonista de acolhimento, foi uma ação necessária que possibilitou uma relação de confiança com os trabalhadores, de parceria, reconhecendo suas reivindicações e reconhecendo a importância de não apenas automatizar ações, mas planejá-las dentro de diretrizes para permitir o alcance dos objetivos almejados.

Esse momento culminou na elaboração de um relatório que aspirava se constituir em um documento institucional de fácil manuseio, onde o trabalhador poderia encontrar, em linguagem clara e simples, as diretrizes que foram discutidas para nortear suas ações. Foram debatidos temas como: cuidado em saúde mental no território, equipes de referência, acolhimento, projeto terapêutico singular, espaços coletivos de gestão (assembléias e reuniões de equipe), entre outros.

Toda a equipe participou, expressando suas dificuldades, oriundas desde o processo seletivo (concurso público) que não sinalizou para a necessidade de conhecimento sobre SUS, Reforma Sanitária, quicá, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos. Os redutores de danos e trabalhadores do CAPSad³³, discutiram conceitos pertinentes à clínica em AD, utilizando exemplos bem concretos de situações a que eram acometidos, ao que todos buscavam resolver conjuntamente.

O ato de planejar e colocar em análise o funcionamento do serviço e os processos de trabalho se estendeu e passou cada vez mais, a ser concebido como uma ação que deveríamos

³³ Fazemos esta diferenciação entre redutores de danos e trabalhadores do CAPSad, uma vez que na SMS em Aracaju, há o Programa de Redução de Danos (PRD), alocado no setor DST/AIDS e não na REAP, entretanto, estes trabalhadores têm como foco de seu trabalho ações na rua, com distribuição de insumos e informações sobre uso seguro de drogas. Com isso, de certa forma, podem ser considerados trabalhadores do CAPSad, tendo esse serviço como sede para receber os materiais e fazer reuniões, além de serem incorporados nos momentos de educação permanente.

primar e estender para outros espaços coletivos, como a assembléia com usuários. Foi adotada como diretriz norteadora, que as decisões pertinentes à condução de situações específicas aos usuários fossem discutidas e decididas junto com estes.

Durante a ação de planejamento, discutimos a respeito, principalmente, do manejo de situações que envolvia uso de drogas dentro do serviço, uma vez que havia certo constrangimento da equipe em restringir o uso, além do tratamento diferenciado para drogas lícitas e ilícitas. Discutimos ainda, sobre o modo como conduzir situações de agressão de usuário a usuário, de usuário a trabalhador ou de trabalhador a usuário. Enfim, situações as mais diversas que atualizavam temas polêmicos, para os quais não encontramos soluções em protocolos específicos, fazendo-nos acreditar nas discussões permanentes, no pensar transversalmente e coletivamente sobre modos de lidar com cada situação. A título de complementação citamos Passos (2006):

[...] as prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos (PASSOS, 2006, p. 154).

A todo o momento foi preciso colocar em análise nossas atitudes (gestão) e pensar se o modo como nos relacionamos está provocando maior abertura à aproximação da equipe ou não. Foi preciso que, nesse lugar de gestão, nos colocássemos dispostos a auxiliar atentamente àqueles que fazem movimentos de mudança, respaldar tais movimentos e estarmos abertos a conversas individuais (ou em grupos) com usuários e trabalhadores. Propiciar a abertura para uma relação que incluísse a dimensão dos afetos, para além da dimensão técnica – num vínculo que se tece pela parceria de um dia-a-dia compartilhado com a possibilidade de ampliá-lo, tornando-o cada vez mais potente.

Empreender esforços para gestar novos processos – tendo que administrar e transformar os nem tão antigos, mas vigentes, – requer também um senso de firmeza com relação a decisões que precisem ser tomadas e agilidade nos processos burocráticos. Requer também capacidade de explicitar conflitos, quando necessário, e apoiar o crescimento da equipe, apoiando iniciativas e movimentos dos trabalhadores que se aproximem de práticas de desinstitucionalização.

Entretanto, é arriscado expor as questões nesses termos, pois pode soar ao leitor, como um “passo a passo” sobre como deva transcorrer a gestão e levar a uma atmosfera de artificialidade. Embora tenha sido apresentado desse modo, salientamos que tais colocações resultam de um processo calcado em experiências concretas em que problemas e soluções foram pensados e trabalhados a partir do contexto em que se produziram. A solução de um problema, sem dúvida, deve ser pensado na situação em que se apresenta, por isso não pretendemos ser prescritivos. Esse é, sobretudo, o desafio dessa escrita.

4.4. Desafios de um processo de gestão pública

No âmbito das instituições públicas, de modo geral, paira um entendimento de que não há razão para maiores investimentos nessas instituições, o que pode estar atrelado tanto à idéia de que se trata de políticas para pobres, e por isso não precisa ser de boa qualidade, quanto à ausência de um dono (patrão) a quem se deve atender satisfatoriamente. Ou ainda, pela estabilidade adquirida através da admissão via concurso público. Indubitavelmente, pode-se concordar com o que coloca Passos (2006):

Circula uma idéia de que serviço público é para o pobre, e aqueles que não têm condições, devem adquirir seu plano de saúde privado. Por essa lógica, pode parecer que se o serviço público é para quem não pode pagar um plano particular, então ele não precisa ser de qualidade, não precisa ser humanizado (PASSOS, 2006, p. 132).

Podemos nos questionar de onde advém ou como se produziu essa correlação de que público é para pobre e não para qualquer cidadão brasileiro. Onde foi que nos perdemos nessa história? Ou, por que foi que nos apartamos desses serviços? Ainda que listemos alguns motivos, será necessário enumerar tantos outros aspectos, reconhecendo situações de precarização do trabalho, de remuneração e condições de trabalho inadequadas que interferem na qualidade desses serviços.

Muitos tratados se dedicaram a discutir a relação homem e trabalho, apontando relações opressoras que se intensificaram desde a Revolução Industrial, especialmente com o taylorismo, que desenvolveu técnicas de controle do trabalhador para obter maior eficácia, visando acima de tudo ao lucro, estando sempre presente a figura do “patrão”. E quem trabalha sem patrão – como parece ser quando se trata de instituições públicas, trabalha para quem?

Falar em instituição pública remete à noção de Estado. Sendo assim, sem uma compreensão mais ampliada sobre a figura do Estado, perde-se novamente o cidadão, incorrendo na visão reducionista de que Estado é o mesmo que os governantes que lá estão. O descrédito atribuído às práticas públicas – do tipo “para quê tanto esmero no trabalho a pessoas que são tão desonestas com o povo?” – pode decorrer desse possível entendimento.

A associação “público, governo, Estado” não é feita ao acaso. Historicamente essa correlação de “público” como sinônimo de Estado pode ser pensada pela centralidade do poder que a figura do Estado exerceu na organização da *polis* nos séculos XVI, período de transição da sociedade tradicional para sociedade moderna, dita disciplinar (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Foucault (1996) *apud* Benevides e Passos (2005), em estudos sobre a arte de governar, provoca um desmonte na noção de poder centralizado no Estado. O autor mostra uma faceta do poder que se relaciona a saberes que são contrários aos poderes centralizadores de instituições como o Estado, que ele denomina como poder político. Em análise ao poder político, Benevides e Passos (2005) apresentam cinco aspectos a que Foucault chama de cinco precauções metodológicas. A primeira é a de captar o poder onde ele se capilariza, na sua dimensão molecular ou microfísica, onde se concretiza em práticas reais e efetivas, na relação do poder como produção da realidade. A segunda é analisá-lo em práticas reais e concretas, não no plano de intenções ou em sua negatividade naquilo que obstaculariza sua execução, senão que no que está efetivamente acontecendo. A terceira é a do poder como algo que circula, que não se possui, mas que se exercita. A quarta é a de empreender uma análise do poder “de baixo para cima”, invertendo a lógica tradicional que tende a partir de sua centralidade; e a quinta é da indissociável relação saber-poder, ou seja, a precaução de que o saber não é neutro, estando atrelado a algum mecanismo de poder. Os autores sintetizam ainda, três tipos de governo sinalizados por Michel Foucault: “o governo de si (domínio da moral), a arte de governar uma família ou população (domínio da economia) e a ciência de bem governar o Estado (domínio da política) (BENEVIDES e PASSOS, 2005 p. 565).

Com base nessa perspectiva de análise das relações de poder, o sentido “público” não está na centralidade da figura do Estado, mas sim, no que se produz concretamente no plano coletivo. O coletivo é onde a política se consolida como experiência pública ou *res pública*. Por exemplo:

Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, pública, dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 566).

Podemos dizer que há, sim, uma dimensão estatal da política pública, que está relacionada ao governo, uma vez que o Estado aglomera, desde Montesquieu, a dimensão dos três poderes que regem a sociedade: legislativos, executivos e judiciários. Em uma rápida pesquisa pela Internet, é possível se deparar com muitos artigos acadêmicos que versam sobre esse tema e que se dedicam a realizar tal distinção, entretanto, não convém realizar, no presente trabalho, uma análise mais pormenorizada desta temática. Mas pode-se dizer que no Estado encontramos o respaldo constitucional, por isso falamos em políticas públicas na esfera do Estado, a exemplo, no caso da saúde, a constituição de 1988 e o SUS. Já o Governo numa sociedade democrática, refere-se a uma prática de governar, de ocupar a máquina do Estado e produzir inflexões sobre as políticas de Estado, por isso, se alternam de 4 em 4 anos. O governo refere-se à gestão em exercício, relacionando-se ao que Foucault chama de transitoriedade e circularidade do poder. A política pública pode ser tomada como prática concreta, corporificada nos sujeitos implicados no processo de produção da saúde (trabalhadores, gestores e usuários), os quais se relacionam, por sua vez, com a máquina do Estado. Cabe à equipe do governo, sobretudo, intensificar a dimensão pública das políticas de Estado.

“De ninguém” ou “para pobre”, duas atribuições corriqueiras para a noção de público, o problema se coloca quando se desacredita nesses espaços e perde-se o sentido do envolvimento com movimentos para a instauração de processos de mudança necessários, como projetos de melhoria de ambiência e condições de trabalho, transformando-os na quimera “serviço público é assim mesmo”. É inegável que isso também tem relação com processos de corrupção e falta de seriedade por parte dos gestores, divulgados com frequência nos meios de comunicação. Essa é uma cultura institucional muito arraigada com que nos deparamos e que é usada no senso comum para denegrir a imagem das instituições públicas quando comparadas às privadas.

Pierre Bourdieu (2001), importante sociólogo francês, chama de *habitus*³⁴ aquilo que estamos acostumados a lidar e pensar da mesma maneira, que nos irrompe a uma certa naturalização, podendo incitar à crença na idéia da existência de uma essência que já continha em seu âmago tal configuração. O *habitus* dificulta a compreensão de que, tudo isso a que se confere certo grau de naturalidade, fora construído pela humanidade em algum momento da história, com o intuito de corresponder a alguma lógica quase sempre hegemônica. A isso, Sennett (1988, p. 36) chama de secularidade que, para o autor, “é a convicção, antes de morrermos, de que as coisas são como são, uma convicção que cessará de ter importância por si mesma assim que morremos”.

Aos poucos, no processo de gestão que estamos cartografando, o entendimento da noção do “público” como “de ninguém e de todos”, se mostrou como a oportunidade para discutir alguns aspectos da administração de recurso público, como o uso do telefone do serviço. Foi sendo construída coletivamente a importância desses equipamentos para o processo de trabalho e o grau de responsabilidade de todos com a sua manutenção. Outros aspectos como transporte dos usuários e alimentação foram sendo retomados nas discussões com a equipe, fortalecendo o comprometimento desta. O transporte dos usuários, por exemplo, contraditoriamente, não era usado por eles, ou, pelo menos não era a prioridade, pois o entendimento era de que poderiam sujá-lo. Da mesma forma, o telefone era utilizado para uso pessoal de alguns trabalhadores, permitindo-os extrapolar limites, uma vez que jamais foram chamados a responsabilizarem-se por isso, não havendo qualquer controle através de extrato telefônico, por exemplo. Da mesma maneira, o computador, que também era utilizado freqüentemente para uso pessoal, atrapalhando o andamento do serviço. E como esses, outros tantos ínfimos e quase imperceptíveis elementos pitorescos do cotidiano de um serviço público foram expostos e discutidos para sua melhoria. Algumas medidas, tomadas nessa direção, denunciavam a ausência de uma política comum na SMS para conduzir esse tipo de problema, o que denota possível desperdício ou uso inadequado dos recursos públicos disponíveis. E, acima de tudo, não deixa dúvidas de que as ferramentas efetivas de que dispomos são aquelas que inventamos ou aquelas existentes que colocamos em prática. “O trabalho é não só o que está definido para ser executado pelos diferentes profissionais, mas

³⁴ O autor define como “um corpo socializado, um corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de um mundo ou de um sector particular desse mundo, de um campo, e que estrutura a percepção desse mundo e também a ação nesse mundo” (BOURDIEU, 2001, p.110).

também, e principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho” (PASSOS, 2006, p. 154).

4.5 Em busca de espaços coletivos de gestão

Dentre todas as demandas que se apresentavam urgentes, procuramos priorizar a construção coletiva acerca das diretrizes institucionais, pactuando em torno das definições ou redefinições das regras instituídas. A gestão participativa é um modelo de gestão sintonizado com os princípios do SUS que privilegia o diálogo e especialmente a “pactuação das diferenças” (BRASIL, 2008). Com isso, identificamos realidades que clamavam por mudanças, bem como forças instituintes capazes de produzir mudanças.

Uma atitude companheira nesse percurso foi a de estranhar e problematizar o modo como aconteciam os momentos de gestão coletiva no serviço, como por exemplo, as assembleias, capturadas pela lamentável cena: usuários de um lado, profissionais de outro. Era preciso estranhar o próprio nome “assembleia de usuários”, ao invés de “assembleia com usuários”. Momento crucial de troca, de decisão coletiva, de articulação com os principais sujeitos que conferem razão de existência ao serviço, calibrando nossos ouvidos para captação de suas vozes – que se multiplicam em outros espaços e versam sobre coisas, muitas vezes não ditas naquele espaço instituído. Isso significa também, não tomar seus discursos como verdades absolutas, mas entendê-los como uma produção, entendendo-os do lugar de onde emergem. É importante assinalar que não foram poucos os momentos em que tínhamos que intervir para a formação de rodas de discussão coletiva na proposição de uma maior politização. Exemplo disso eram as discussões em que se confrontavam usuários de álcool de um lado e de outras drogas de outro, onde os primeiros, alcoolistas, não se consideravam “drogados” e ambos estendiam para a esfera das relações essa marca macropolítica: lícito e ilícito. Usuários alcoolistas, portanto, não drogados e usuários de outras drogas, este sim, marginais e criminosos. E usuários de tabaco então? E tabaco é droga?

O álcool, apesar de substância lícita, é enfatizado na Política do MS sobre drogas, sendo tido como o maior problema de saúde pública³⁵, considerado um transtorno, em que o

³⁵ Acresce-se a isso informações dispostas na Política para atenção integral para usuários de AD, os quais apresentaram em laudos de 1986 a 1993 que, de cada 100 corpos que deram entrada no IML (Instituto Médico Legal), vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue. Ainda de acordo com DATASUS, o maior

diagnóstico e tratamento precoce da dependência têm papel fundamental no prognóstico. Quanto ao tratamento, orienta-se sobre dispositivos hospitalares e extra-hospitalares. Como medida de redução de danos para o consumo de álcool, a Política propõe “modificações na legislação na direção de proibição da propaganda de bebidas alcoólicas” (Brasil, 2003, p. 21), restringindo alguns aspectos sobre sua veiculação, bem como locais de vendas. Além disso, a política faz uma “crítica aos estereótipos relacionados ao uso de álcool, e incentivados pela propaganda de bebidas alcoólicas, como a associação do uso de álcool com a virilidade, sensualidade, diversão, etc” (*Ibidem*, p. 21). Enfatiza-se a importância do controle social, de debates públicos que abordem a revisão da taxa de bebidas através de impostos que seriam destinados a custeios da assistência à saúde.

No caminho da construção coletiva, tornava-se crucial no CAPSad firmar acordos para a convivência com a diversidade de situações que se apresentavam.

Em assembleias, as pautas eram quase sempre as mesmas: reclamações do vale-transporte – espectro que nos acompanhava, numa denúncia à dificuldade em conduzir políticas assistenciais que visam beneficiar os usuários e auxiliá-los a frequentar o serviço; eram recorrentes as reclamações por parte dos usuários em relação à limpeza do banheiro e à falta de material de higiene. Os usuários se diziam constrangidos por terem de solicitar à equipe da enfermagem o que necessitavam em relação ao material de higiene e de uso pessoal. Mencionavam falta de privacidade associada aos momentos de entrega de preservativos que, segundo eles, isso permitia à equipe elucubrar sobre a vida sexual deles e sobre uma suposta venda dos preservativos para compra de drogas. Assuntos esses que ocupavam as pautas até mesmo em audiências no Ministério Público, suprimindo importantes discussões de cunho político que poderiam estar ali presentes, como atividades de geração de renda, da dissociação entre usuários (de álcool e de outras drogas), articulação de movimentos sociais ou atividades terapêuticas.

Enfim, alguns assuntos rotineiros denunciavam o quanto os usuários estavam acostumados a repetir inadvertidamente: “cadê meu vale-transporte”, ou reclamar assumindo posições mais infantilizadas do tipo “fulano [nome de algum trabalhador] não quer me dar o meu vale-transporte”. Concomitantemente, os trabalhadores manifestavam-se preocupados

percentual de gastos – morbidade hospitalar - é decorrente do uso indevido de álcool, sendo, portanto, 87,9%, contra 13% de gastos oriundos no consumo de outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

com o risco e propensão ao roubo de vales-transporte ou do uso desse recurso para compra de drogas. Claro que não se tratava de um discurso rotineiro apenas pela mera repetição, mas sim por se tratar de um assunto ainda sem solução, sendo talvez o motivo mais forte para mantê-lo nas pautas. Ficava cada vez mais claro que não cabia apenas àquele coletivo sendo imprescindível a participação de outros atores em proporção intersetorial.

O mesmo acontecia quando fazíamos uma atividade que precisava de auxílio para transportar materiais, e os usuários, mesmo podendo, não ajudavam por não estarem acostumados a serem envolvidos nessas tarefas. Hábitos como esses que fomos chamando à atenção, com discussões coletivas, produzindo análises sobre tais posturas e substituindo-as por ações mais concatenadas com as necessidades do serviço.

Alicerçados na perspectiva da análise institucional, temos o entendimento de que os discursos estão articulados com os mecanismos que dizem daquela realidade institucional específica, relacionada, é claro, a uma dimensão social. Esse é um olhar importante para instaurar processos de mudança.

Nas assembleias, por exemplo, assuntos circulavam, muito se discutia, pouco se resolvia e tumultos, insultos, impaciência e desrespeitos findavam os momentos de assembleias com semblantes insatisfeitos e afirmações do tipo “eu sabia que isso não dava certo”, o que demonstrava descrença nos espaços coletivos de gestão. A ausência de resolutividade para os problemas tratados em assembleias e reuniões pode, facilmente, levar a constatações que exaltam o “quê” está sendo feito e não “como”. Ou seja, o problema passa a ser a assembleia e não o modo como está sendo feita a assembleia, o que pode levar, inclusive, à extinção desses espaços nos serviços de saúde. Conforme nos alerta Escóssia: “a depender do modo como são conduzidos e ocupados, esses espaços de representação democrática podem operar como obstáculos à experiência coletiva transindividual” (ESCÓSSIA, 2009, p. 692).

Para modificar esse cenário, o coletivo de trabalhadores e gestores elaborou algumas ferramentas, na aposta por uma metodologia que envolvesse os usuários não somente nas discussões, mas também na busca por solução a cada problema levantado. Recursos como divisão em pequenos grupos foi um deles, mostrando-se como uma ferramenta potente, muito comum nos espaços de educação permanente, mas que não havia sido utilizada em

assembléia, nem mesmo havia sido compartilhada com os usuários. Muito utilizada em rodas de co-gestão, reuniões de equipe ou em encontros de educação permanente, pois fortalece o protagonismo e a participação implicando os sujeitos nas situações/problemas reais e no encaminhamento de propostas. Além disso, utilizamos dramatizações para evidenciar com mais ênfase os impasses vivenciados cotidianamente. Vale esclarecer que a dramatização foi usada não com preocupações técnicas em si, mas como um dispositivo de representar através de cenas, para fomentar e potencializar a discussão e a auto-análise. Dispositivo que implicava os corpos dos sujeitos – usuários e trabalhadores. Experiência essa que permitiu aos usuários visualizarem-se nos trabalhadores que lhes interpretavam. Puderam perceber com mais ênfase as reclamações estereotipadas e a postura que assumiam nas discussões, principalmente quando se encontravam em situação de abuso de drogas. O mesmo ocorreu com trabalhadores e gestores que, se visualizando nas dramatizações dos usuários, aproveitavam para fazer uma auto-análise sobre o quanto ainda se embaralhavam na condução de algumas situações, bem como o modo como eles próprios infantilizavam os usuários. E isso impulsionou movimentos de mudança no coletivo, fomentando maior participação, reivindicação e, principalmente, aumentou o aspecto propositivo dos sujeitos com soluções cabíveis e palpáveis àquele coletivo.

Presenciamos comumente situações nos serviços em que permanecemos sentados esperando que algo aconteça. É como se certa dimensão abstrata das instituições nos atravessasse com força descomunal produzindo sujeitos abstratos que acreditem que as mudanças acontecem por ações outras que não pelos seus esforços. Uma dimensão que massifica e oculta singularidades e desejos, fazendo-nos esquecer de que a concretude de nossas ações encontra-se, não em pensamentos progressistas e revolucionários, e sim nas ações pequeninhas feitas todos os dias. Tamanha é esta realidade nos serviços que se torna recorrente a frase: “precisamos sentar para discutir”, expressão comumente proferida no âmbito do cotidiano de nossos serviços. Inocentes afirmativas como essas, quando ditas, pode remeter à necessidade de uma parafernália para pensar, o que nos leva a imaginar, quiçá, o que será necessário para transpor pensamentos em ações. Como bem nos fala Cecílio acerca dessa questão micropolítica:

Na micropolítica, há o “racional”, mas também o “irracional”. Na micropolítica há o que se mostra e o que se diz, mas há o que se oculta e o que não se diz tão claramente. Na micropolítica há liberdade, mas há também determinação. Na micropolítica se vêem vetores de mudança, mas também muita conservação. Na micropolítica se

produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde (CECÍLIO, 2007 *apud* CECÍLIO 2009, p. 545).

Frente ao distanciamento notoriamente percebido entre trabalhadores e usuários, foram cruciais as atividades engendradas pelo Projeto Movimentos³⁶, que misturava os corpos e sutilmente aproximava sujeitos e realidades que habitavam os estabelecidos e *outsiders*³⁷.

Toda manhã de quarta-feira em que aconteciam as assembleias, alguma atividade que aqui chamamos de “com os corpos” –, ou seja, que colocavam os corpos em jogo, como legítimos modos de expressão para além das discussões verbais – davam início a esse momento de gestão coletiva. Assim, dançamos, jogamos capoeira, alongamos, tocamos em mãos ainda não tocadas, sentimos odores humanos e percebemos que realmente estávamos tentando produzir um cuidado a pessoas que lá fora, em contexto diferente, talvez fossem marginalizadas ou temidas por nós mesmos, já que são consideradas espólio da sociedade. Isso toma de assalto a todos que lidam com essa realidade, provocando vertigens e exigindo recomposições subjetivas. Estas atividades articuladas com o Projeto Movimentos permitiram aumentar o grau de transversalidade que indica “um grau de abertura à alteridade” e aumento da comunicação nessa experiência coletiva. “A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir de um esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade” (BRASIL, 2008, p. 68).

Elizabeth Pacheco (2008) ressalta que nossos corpos são indissociáveis de nossas vidas, de nossas lidas junto a outros, na parceria de um incessante movimento de dobrar o caos e dar sentido que nos tornam esses que somos e cria esse mundo que vivemos. São nossos corpos que adoecem, que expressam inquietações, que manifestam devires. Entretanto, a predominância de uma estrutura molar na sociedade, com uma proliferação de discursos

³⁶ Projeto transversal na REAP que tinha por objetivo trabalhar a corporeidade no cuidado a usuários de saúde mental. As ferramentas para esse trabalho, bem como a proposta metodológica era criada de acordo com as possibilidades e necessidades de cada coletivo dos serviços.

³⁷ A dissertação de mestrado de Michele Vasconcelos, ao realizar uma análise foucaultiana de discursos e práticas sobre relações homoeróticas em um CAPS de Aracaju, faz uma relação entre as categorias “estabelecidos e *outsiders*”. Descritas por Norbert Elias, através de estudo de uma comunidade, o autor identifica uma diferença marcada entre dois grupos, sendo que os primeiros por serem residentes há mais tempo na comunidade, adquiriam condições superiores, contrário aos *outsideres*, considerados inferiores por serem novatos no lugar. A partir disso, tecemos uma analogia para a importância da alteridade nas políticas de inclusão que se atualizam nos CAPS. Pode-se questionar a direcionalidade das políticas que profetizam uma Política Cidadã aos usuários, dos estabelecidos aos *outsideres*. “Não existe um Outro genérico, generalizado, estabilizado, bem delimitado por letras maiúsculas e garrafais” (VASCONCELOS, 2008 p. 19).

prontos, dificulta a escuta desses corpos que pulsam vívidos. Não estamos acostumados a experimentar ouvi-los, muito menos no ambiente de trabalho, por isso, não vemos certas práticas como legítimas e potentes.

A sutileza dessa questão reside no fato de que não basta inserir práticas corporais no sentido de movimentar os corpos, mas acima de tudo, atentar para o propósito de tornar as práticas no serviço mais concatenadas com a dinâmica institucional.

Consideramos que este agenciamento com o corpo mostrou-se potente no trabalho realizado no CAPSad Primavera. Em menção ao espaço coletivo da assembleia com usuários, espaço este já institucionalizado e até engessado no modo como ocorria com o distanciamento físico-afetivo, podemos pensar em que medida certas práticas podem ativar e desprogramar o enrijecimento dos corpos e também dos modos de pensar.

De acordo com Denise Sant'Anna (2001, p. 119):

[...] pelo menos desde Marx é sabido o quanto o capitalismo fabrica a miséria econômica, e desde Foucault sabe-se que a liberação do sexo e a sua colocação no discurso produziu miséria sexual. Hoje, a produção da miséria do afeto por si implica, imediatamente, a escassez de afeto pelo outro.

Essa discussão em torno da escassez da dimensão afetiva se faz pertinente, uma vez que a proposta de uma clínica comprometida com os processos de produção de subjetividade não diz respeito a uma ditadura sobre modos de agir, mas de experimentar modos de existir.

4.6. Projetos coletivos de ambiência

Outro aspecto que saltou aos olhos ao conhecer o CAPSad diz respeito à estrutura física: ausência de cores que dessem vida ao ambiente, paredes mortas e sujas, incompatíveis com uma perspectiva de produção de saúde de usuários e trabalhadores. A ambiência é um dispositivo abordado pela PNH e, no campo da saúde, “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (PASSOS, 2006, p. 36).

Um dos desafios da desinstitucionalização, com vistas a superar a estrutura do manicômio é também o ambiente institucional. A PNH ressalta a ambiência como importante

dispositivo na produção de saúde, decorrente da seguinte constatação: “a simples composição por ambientes compartimentados, como preconizado até agora pela normatização, não é suficiente para atender às necessidades para a qualificação pretendida da atenção e gestão nesses espaços e situação” (PASSOS, 2006, p. 38).

Com essa preocupação, busca-se primar para que a dimensão subjetiva seja valorizada em todos os espaços habitáveis, compondo o cenário de um lugar de cuidado e de trabalho, no qual seja garantida a expressão das singularidades e que seja possível deixar e encontrar as marcas próprias, das histórias de vida, “construindo um território em que usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde” (PASSOS, 2006, p. 37).

A ambiência visa proporcionar a confortabilidade centrada na oferta da privacidade e individualidade no ambiente que as pessoas interagem e se relacionam, incluindo nisso som, cheiro, cor, iluminação e morfologia. Destacamos, todavia, que a ambiência por si só, não muda os processos de trabalho, por isso, a importância de atuar em interface com outros dispositivos.

Ações como a limpeza do ambiente que os sujeitos circulam tornam-se muito significativas, não na busca de uma assepsia inatingível, mas para torná-lo mais agradável, retirando os excessos de entulhos dos papéis de burocracias obsoletas. Abrir os armários e olhar para os materiais que se tem, o que se quer deixar perecer e o que se quer deixar aparecer e transformar. Do mesmo modo, jogar fora o que não serve mais, assim como as regras institucionais que já não nos cabem e até, aproveitando para se desvencilhar de atitudes tanto da equipe quanto dos usuários que são incompatíveis com o que queremos construir. É preciso fazer esse movimento para dar passagem aos fluxos que anunciam novos modos de subjetivação.

Uma das ações realizadas a partir de análise coletiva sobre a satisfação com o ambiente do CAPSad, já sabendo de antemão, por conversas informais, que havia desejo de mudá-lo, foi a de tornar os ambientes mais alegres, harmônicos e expressivos. Claro que, como não tratamos de uma homogeneidade quando nos referimos a pessoas, mas sim de uma diversidade de sujeitos, é impossível dar conta de todas as realidades ao mesmo tempo. Como exemplo, citamos a técnica do grafite (arte de rua) escolhida para compor a nova proposta de

ambiência no espaço onde era realizada a Assembléia, o que foi feita por um grupo de Hip-Hop numa determinada atividade cultural. E esta não foi aceita por todos os usuários e nem por todos os trabalhadores (alguns concordaram, outros se abstiveram da discussão), o que evidencia a diversidade de usuários e trabalhadores, aspecto que reforça a complexidade de ações que vise contemplar os diferentes sujeitos.

Outros ambientes também receberam a expressividade dos usuários, os quais fizeram desenhos livres no denominado fumódromo, espaço até então, negligenciado, destinado ao uso de tabaco, muito sujo e inabitado pelos trabalhadores. Foi feita uma intervenção nesse espaço e construído um jardim, ornamentando-o com plantas escolhidas e cuidadas pelos usuários. Foram adquiridas ferramentas para trabalhar na terra e definida uma equipe para limpar e cuidar daquele espaço. O fumódromo, por sugestão dos usuários, foi reinaugurado e nomeado de Jardim Primavera – em alusão ao nome do serviço.

Nos espaços físicos onde aconteciam as atividades coletivas – como reuniões, grupos, oficina –, após um estudo feito pelo oficinairo artista plástico sobre a influência das cores no tratamento (quais têm o potencial de acalmar, quais estimulam a criatividade e a memória, por exemplo) – foram introduzidas cores nas paredes, dando um diferencial àquela estrutura física. “As cores podem ser recurso útil, uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento” (PASSOS, 2006, p. 37).

4.7 Relação com a justiça: dilemas de um trabalho intersetorial

Em 23 de agosto de 2006 foi promulgada a nova lei sobre drogas (lei11.343), da qual citamos abaixo a parte em que estão explicitados seus objetivos:

[...] institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Uma alteração importante da nova lei, que traz impacto aos serviços de saúde, – diz respeito a não criminalização do usuário. Resulta disso que, uma vez o usuário seja abordado

portando drogas³⁸ – e em sendo comprovado, de acordo com critérios avaliados pelo juiz de direito³⁹, que é para consumo próprio – o usuário deve ser penalizado e não criminalizado como ocorria antes. Sutil diferença que pode conduzir a diversas interpretações, até mesmo a entender o tratamento em um serviço como o CAPSad, como uma possível penalidade, entendimento que nos inquietou para buscar uma forma mais adequada para lidar com essa realidade.

Ao longo do século XX foi criado um sistema legislativo que se destinava ao controle de drogas ilícitas, criminalizando seus usuários, os quais eram encaminhados a prisões e sanatórios, e, a partir de 1970, com a inserção da medicina e psiquiatria e o subsídio técnico-científico, os mesmos passaram a ser encaminhados aos hospitais psiquiátricos (MACHADO e MIRANDA, 2007). A partir da década de 70, a legislação brasileira, influenciada pela medicina, confere ao usuário o estatuto de doente e ou criminoso. O termo “dependência de substâncias” aparece no CID (Código Internacional de Doenças), em 1893. Em 1969 é feita a primeira revisão desse termo, sendo introduzida a noção de farmacodependência, depois revisada novamente em 1975 (MORAES, 2008).

A interface saúde-justiça assinala relações de força que transitam entre a criminalização e a patologização do usuário de drogas. São elencados três saberes que predominaram nos discursos de saber e poder no processo histórico da nossa sociedade: 1) o saber religioso que associava o prazer do uso de drogas ao mal da sociedade; 2) o saber psiquiátrico que conferia o estatuto de doença mental e 3) o saber jurídico que enquadrava o uso de drogas no âmbito da criminalidade e delinquência. Em uma análise crítica sobre a forma de condução dessa questão, Tadeu Souza (2007) considera que “este esquema de culpabilização e criminalização acaba por isentar a aliança entre Estado e capitalismo em torno da lógica de consumo como matrizes produtoras dos problemas sociais que se constituíram em torno das drogas” (SOUZA, 2007, p. 26).

Numa perspectiva transversalizadora e na interlocução saúde e justiça, principais áreas que, como vimos, se ocuparam dessa questão, preconiza-se uma atuação em duas frentes distintas, porém, não opostas: 1) da redução de oferta e 2) da redução de demanda, cabendo à

³⁸ Vale ressaltar que essa medida de descriminalização é válida para usuários de drogas ilícitas, de acordo com a lista substâncias ilegais.

³⁹ Previstos no parágrafo segundo (artigo 28 do capítulo III) da lei supracitada.

justiça e segurança pública, a primeira; e à saúde, a segunda (BRASIL, 2003). Uma definição dessas políticas é sistematizada na seguinte colocação:

1) Redução da oferta – medidas repressivas que têm como objetivo a destruição e a proibição de produção, importação ou venda de substâncias psicoativas ilícitas, por meio de policiamento e aplicação das leis. Quanto às lícitas, em geral, o objetivo é agilizar a vigilância sanitária no controle de prescrições. 2) Redução da demanda – são medidas planejadas para diminuir os agravos à saúde decorrentes do consumo de drogas, além dos fatores de risco para o indivíduo na família, na escola, na comunidade, no trabalho, evitando ou diminuindo o uso (CARLINI *ET AL* 2003 p. 361).

Para Tadeu Souza (2007, p. 94) “reduzir a oferta e a demanda são duas faces de uma mesma lógica que tornam indistintos ‘tratamento’ e ‘punição’”. A reflexão que o autor faz é de que as políticas de saúde que visam reduzir a demanda podem estar impondo “a abstinência como única meta a ser alcançada”. A contribuição da RD é de justamente permitir que a abstinência “se torne uma das regras possíveis a serem exercidas e não a única e indispensável para todo caso clínico” (SOUZA, 2007, p. 94). Além disso, Benevides e Passos (S/D) ressaltam que redução de oferta e demanda se mantém no âmbito da lógica de mercado, contrário à redução de danos, que coloca o debate em outro lugar, qual seja, na saúde, na defesa da vida, pelo viés da ética da vida.

Um aspecto descrito na Política de Atenção integral a usuários AD diz respeito à necessidade de potencializar o que se denominou de “prevenção institucional”, no sentido de propiciar o real enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas, ao invés de incorrer apenas em culpabilização de sujeitos que usam álcool e outras drogas. Importante menção a isso faz Maria Lúcia Karam quando refere:

Descriminalizar uma conduta longe está de, necessariamente, significar uma ausência de qualquer controle sobre esta conduta. Significa apenas, afastar uma das formas pelas quais se exerce o controle social de condutas sem invadir o âmbito da liberdade individual, mostrando-se igualmente mais racionais, eficazes e menos danosas. Tomemos como exemplo a restrição ao uso de cigarros e outros produtos derivados do tabaco em recintos coletivos, com o que se evitam efeitos eventualmente danosos ou indesejáveis para terceiros, respeitando-se ao mesmo tempo, a opção individual com a reserva de área devidamente isolada e com arejamento conveniente, destinada exclusivamente ao fim de uso e distribuição daquelas substâncias psicoativas. É nesta mesma linha que podem e devem ser tratados a produção, a distribuição e o consumo de quaisquer outras substâncias psicoativas, abrindo-se maior espaço para o desenvolvimento de políticas que, como a que informa os programas e ações voltados para a redução de danos eventualmente causáveis por um consumo excessivo, descuidado ou descontrolado, daquelas substâncias, verdadeiramente se destinam a preservar e proteger a saúde pública (KARAM, 2003, *apud* BRASIL, 2003, p.36).

A nova lei, em 2007, encontrava-se em sua fase recente de implementação, por isso, causou impacto aos trabalhadores através dos freqüentes encaminhamentos de usuários para tratamento no CAPSad. Além de que, os trabalhadores eram freqüentemente requisitados pela Justiça para elaboração de pareceres técnicos sobre o andamento do tratamento, visando obter dados sobre a participação do usuário nas atividades, bem como possível desistência. Situação essa que passa a ocupar parte do processo de trabalho da equipe e gerar discordância, incômodos e dúvidas sobre o papel do CAPSad.

Na aproximação com a Justiça, junto à equipe responsável pelos encaminhamentos de usuários ao serviço – a Vara de Execuções e Medidas de Penas Alternativas (VEMPA) – estabelecemos um diálogo, esclarecendo o trabalho do CAPSad, as diretrizes da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e, sobretudo, da Política de Atenção Integral a usuários de AD. Em contrapartida, pudemos conhecer o trabalho da VEMPA, o entendimento desta equipe em relação à nova lei sobre drogas, e ainda pactuar acerca de como iríamos executá-la em Aracaju, uma vez que seu texto é amplo e permite tais ponderações. Esses encontros tinham um viés de educação permanente e como desdobramento, tivemos um encontro específico com alguns juízes e promotores, principais responsáveis pela execução da lei. Fomos surpreendidos com uma parceria interessante, onde constatamos que o incômodo não era apenas da equipe do CAPS, mas também dos juízes, por terem que aplicar, por exemplo, uma “advertência verbal⁴⁰” em relação às drogas, sem possuírem, muitas vezes, conhecimento sobre os efeitos, os danos, nem sequer sobre modos de uso e redução de danos.

Em um dos encontros, foi elaborada uma proposta metodológica que procurou romper um pouco com a formalidade de reuniões institucionais e trabalhar com os lugares reificados de juízes, promotores e trabalhadores de saúde, sensibilizando-os a pensarem como pessoas comuns (como cidadãos) e não apenas como profissionais: usuários, familiares de usuários e outros lugares sociais. Nesse momento foi realizada uma atividade⁴¹ que abordava a questão

⁴⁰ Encontra-se previsto no capítulo III (dos crimes e das penas) no art. 28 “quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I) advertência sobre efeitos das drogas, II) prestação de serviços à comunidade, III) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

⁴¹ Mais especificamente, uma dinâmica que trabalhava com rótulos: o grupo foi dividido em dois. Em um deles todos os integrantes foram rotulados (afixaram-se papéis na testa que lhes impossibilitava de ver o que estava escrito: prostitutas, maconheiros, surdo, traficante...) enquanto que o outro grupo teria que conduzir essas pessoas, sem questioná-las, para algum lugar assim organizado previamente na sala (igreja, CAPS, cinema, UBS, prisão, escola...). Ao final, a pessoa rotulada visualiza o rótulo que lhe foi designado, bem como o local para onde foi levada e fala sobre como se sentiu.

dos rótulos, suscitando uma discussão posterior. Constatou-se que os rótulos são colocados nos sujeitos geralmente levando em consideração aparência física ou algum conceito fixado previamente, um pré-conceito que gerava atitudes de estigma e exclusão. A atividade provocou a discussão sobre o quanto, muitas vezes, por não fornecermos uma escuta – atribuição que deve ser exclusiva da saúde nesse campo intersetorial – e, subjugados aos rótulos, escolhemos o que é melhor para aqueles que foram rotulados. Esse trabalho foi sensivelmente potente, no sentido de possibilitar outro olhar sobre essa realidade, além de aprimorar o trabalho intersetorial. Aproximar-se disso, com um olhar mais próximo e, ao mesmo tempo, ampliado permite entender a questão do uso/abuso/dependência de AD atrelada às condições de vida.

Destes encontros surgiram algumas pactuações, sendo a principal delas a que dizia respeito aos encaminhamentos para tratamento, com base no parágrafo 7º do artigo 28, capítulo III da lei que assim estabelece: “o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”. Ficou acordado que a decisão sobre a necessidade ou não de tratamento, ficaria sob a responsabilidade dos trabalhadores do serviço. À justiça, cabe o encaminhamento para o CAPSad dos casos que julgar haver necessidade de tratamento, o qual só se concretizará após a avaliação da equipe sobre a pertinência da necessidade e, quando não avaliasse como demanda para o CAPSad, encaminharia a outro equipamento assistencial. Com isso, não mais se definiria como correlato ao cumprimento de uma pena judicial.

Cabe dizer que esta foi uma decisão daquela equipe de gestão e trabalhadores, por isso, não podemos garantir que permaneça assim. Entretanto, pudemos descobrir que a própria lei não condiciona a obrigatoriedade do tratamento. Para vinculação ao CAPSad, é crucial que o usuário queira fazer um tratamento, pois, do contrário, não terá nenhum sentido, sendo necessário que ele e não a equipe de saúde ou justiça, considere o uso como um problema em sua vida.

Isso significa dizer que não é pelo fato do uso de drogas, agora, dizer respeito à saúde pública, que todo usuário deva ser encaminhado para tratamento no CAPSad. Deve haver algumas prerrogativas para vinculação a esse serviço, não excluindo sua inserção em outros equipamentos de saúde. Talvez uma das principais prerrogativas para o tratamento é de que

haja motivação própria do usuário em querer se tratar. Sendo assim, a abstinência pode se constituir como um dos objetivos a ser alcançado – e não um pré-requisito para iniciar o tratamento⁴². Não ter a abstinência como um pré-requisito para iniciar o tratamento não exclui a possibilidade de, em algum momento nesse percurso, ser preciso recorrer à internação como uma alternativa necessária. Porém, não estamos falando de internação em manicômios, mas de dispositivos hospitalares (com oferta de exames, direito a visitas, atividades terapêuticas, etc.)⁴³. Ou, até mesmo, comunidades terapêuticas que possam oferecer cuidados com vistas a dar uma continência nos momentos de maior dificuldade com o uso abusivo, oferecendo desintoxicação orgânica para continuar um projeto terapêutico.

O papel da saúde pública na atenção a usuários de AD é de acolhê-los e possibilitar-lhes o acesso aos serviços de saúde independente de histórias pregressas. O olhar deve estar voltado para o sujeito e seu projeto de vida, possibilitando acesso para cuidado da sua saúde. Essa contribuição que a saúde traz, em relação a acolhimento, vínculo e responsabilização, é de significativo valor para um trabalho intersetorial. Prima-se pela garantia de uma escuta e acolhimento sem juízo moral, como explicita a campanha recentemente protagonizada pelo MS com a frase emblemática: “as drogas alteram seus sentidos, mas nada altera seus direitos aos serviços de saúde”. A mistura – decorrente da ação intersetorial – é necessária, mas não deve menosprezar a especificidade do papel de cada um nesse processo. Isso nos remete à discussão de núcleo e campo feita por Gastão Wagner Campos, pois a intersetorialidade convoca esse campo transdisciplinar, que se constrói entre redes ou setores das políticas públicas, mas, ao mesmo tempo, deve resguardar os saberes e objetos específicos de cada setor (CAMPOS, 2000).

⁴² Mais adiante abordaremos melhor essa questão da abstinência na política e o modo como esse entendimento pode gerar equívocos prejudiciais aos usuários na prática dos cuidados em saúde.

⁴³ Sobre isso, cita-se a Portaria GM 251 de 2002 que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria.

5. Os sentidos da clínica em CAPSad

Nesse capítulo discutimos alguns aspectos sobre especificidades e singularidades de uma clínica voltada para a atenção a usuários de álcool e outras drogas no âmbito dos CAPSad, por considerar que esse debate precisa ser ampliado, tanto nos próprios serviços, como na rede de saúde mental como um todo. Para tanto, iniciamos com os seguintes questionamentos: Que clínica é essa que se quer política? Esse desdobramento da clínica e sua indissociabilidade com a política busca apresentar uma clínica em duplo sentido, que ultrapassa a dimensão de acolhimento e de assistência: “clínica enquanto experiência de desvio, do *clinamen* que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais” (BRASIL, 2003, p.10). É Basaglia quem traz, inicialmente, esse sentido ampliado da clínica na Reforma Psiquiátrica, quando destaca a importância de “colocar a doença mental entre parênteses” (AMARANTE, 1994). Isso significa focar no sujeito, e não mais somente na sua doença e no diagnóstico, e superar a concepção abstrata de doença mental construída pela psiquiatria moderna, restrita às operações nosográficas e nosológicas decorrentes da clínica anátomo-patológica (FOUCAULT, 1977).

Para Gastão W. Campos (2003, p. 53), Basaglia provoca um “repensar políticas e práticas em saúde”. Transita da doença para o processo de cura para o doente e invenção de sua saúde. Entra em foco, então, uma clínica do sujeito ou clínica ampliada⁴⁴ na reforma da clínica moderna, na perspectiva de “cidadania ativa e de protagonismo” (CAMPOS, 2003, p. 54). Trata-se de um novo direcionamento das práticas de saúde e saúde mental, cujo foco é o sujeito - ou melhor, os processos de subjetivação – e a construção de uma clínica comprometida com a vida e em defesa da vida (BRASIL, 2003). Pautados nessa premissa, seguimos pistas que nos conduzem ao entendimento da direção clínica-política presente na atual Política para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas preconizada pelo Ministério da Saúde.

Daí a dimensão política e ética da clínica, uma vez que esta se compromete com processos de produção de subjetividade. Falamos ainda de uma clínica ampliada, decorrente de um novo e ampliado conceito de saúde, com vistas a superar a concepção centrada

⁴⁴ “O objeto da clínica do sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (CAMPOS, 2003, p. 64).

meramente na ausência de doença, construída com base em uma visão biomédica e hospitalocêntrica, centrada em especialismos.

A clínica ampliada compõe uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, que provoca e convoca à transdisciplinariedade e à transversalidade entre saberes, ações, setores e profissões. A efetivação de uma diretriz como essa exige tempo e trabalho coletivo, pois se trata de um processo que exige mudança de valores e crenças, tanto por parte dos trabalhadores como dos usuários, além de redistribuir saberes e poderes institucionais. Sabemos que é comum a prática clínica a partir de um modelo privado ou individual, sem qualquer consideração aos aspectos políticos e institucionais. Essa é, sem dúvida, uma clínica restrita e certamente inapropriada para o cuidado em AD. No entanto, a prática da clínica ampliada não implica na extinção da escuta clínica individual, como muitas vezes somos levados a crer. No CAPSad, por exemplo, consideramos que houve um rompimento brusco com esta clínica, fazendo com que aos usuários não fosse ofertada a possibilidade de uma escuta clínica sistematizada, com horário fixo de encontro para aprofundar assuntos que não poderiam ser tratados no âmbito coletivo.

Com isso, os profissionais, principalmente psicólogos, diziam se sentirem perdidos na medida em que não encontravam espaço para colocar em prática aquilo que fez parte de todo um processo de formação. Muitas confusões e equívocos acontecem quando propomos mudança nos processos formativos pelos quais somos submetidos, em que predomina uma lógica binária de opostos: ou isto ou aquilo. Entendemos que o que deve ser demandado ao profissional é justamente uma ampliação: isso e aquilo. Significa, portanto, não encerrar e enclausurar a clínica a um só jeito de fazê-la, mas sim, ampliar as possibilidades de cuidado. A conversa sob a sombra de uma amoreira (única árvore do CAPSad) pode ser mais produtiva e prazerosa que aquela em ambiente fechado.

Como “marco teórico-político” da Política de Atenção Integral a usuários de AD, indica-se a transversalização, ou seja, a busca pela superação da lógica que fragmenta o campo da saúde, colocando a clínica de um lado e a saúde coletiva de outro. Intenta-se “aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva” (BRASIL, 2003, p. 08). A separação entre 1) a clínica – que focaliza as manifestações individuais da alteração da saúde – e 2) saúde coletiva – que focaliza a incidência e prevalência destas manifestação no plano coletivo, acarreta em perda para ambos os lados.

[...] se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é com a vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão de história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intrincado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções (BRASIL, 2003, p. 10).

A Reforma Psiquiátrica tem consolidado o fechamento dos principais manicômios e possibilitado a abertura de serviços substitutivos, ampliando a discussão sobre a loucura. Entretanto, certos estamos de que há muita discussão ainda a ser travada sobre a micropolítica das relações nos serviços, a operacionalização dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e a produção do cuidado. Muitas vezes presenciamos opressão e violência nos serviços, o que exige que não estagnemos e não nos acomodemos com as conquistas, e continuemos a nos incomodar e questionar na direção de processos instituintes. Como afirma Denise Dias Barros, referindo-se à Reforma Psiquiátrica: “isso não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado” (BARROS, 1994, p. 192).

Na ética de uma ação cotidiana que se quer resistente a um modo naturalizado e opressor de tecer o cuidado, é preciso “uma mutação das ações ordinárias e triviais” (SANT’ANNA, 2001). Por isso nos reportamos a uma discussão atual na Reforma Psiquiátrica, que não diz respeito apenas a relações mais horizontais vinculados aos processos instituintes que se diferenciem do manicômio, mas da resolutividade daquilo que lhe é trivial, ao que efetivamente se propõe, que é ser substitutivo ao manicômio. Isso significa pensar como temos conduzido, por exemplo, os momentos de crise dos usuários, qual tem sido o percentual de internação, o nível de satisfação de usuários e familiares. Pensar ainda sobre o modo como temos nos relacionado com a questão da técnica. Tomando como exemplo o que ocorre no CAPSad, referimo-nos à técnica quando falamos do “como”, do modo de fazer a escuta individual, os grupos terapêuticos, as oficinas, o manejo com usuários em uso abusivo (interação farmacológica, conhecimento sobre os efeitos das drogas no organismo, entre outras). Não queremos aqui importar técnicas ou reduzi-las ao caráter de especialismo. Não acreditamos em técnicas construídas em laboratórios ascéticos, mas aquelas imiscuídas de realidade, de impurezas e imperfeições. Aqui citamos os momentos em que os redutores de danos, sabedores dos efeitos das drogas no organismo, compartilhavam seus saberes tanto

com os profissionais, quanto com usuários. Momentos ímpares nos quais buscamos construir protagonismo e fortalecer a educação permanente em saúde.

Trazemos essa reflexão porque temos percebido uma forte tendência na Reforma em não querer discutir ou enfrentar a questão da crise ou a composição de uma clínica que realmente dê conta disso no âmbito dos CAPS. Não basta dizer que somos contrários à internação, por exemplo, e assistir às freqüentes internações dos usuários. É preciso discutir a internação, quando e como será feita. Considero que o processo de trabalho em CAPSad, de modo geral e em especial em Aracaju, tem como desafio ético-político o pioneirismo na busca pela produção de um cuidado em álcool e outras drogas sustentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos. Tal desafio exige o envolvimento com temáticas por vezes rechaçadas pela sociedade, requerendo, uma apropriação da equipe sobre seu trabalho, com conhecimento técnico e manejo para discussões de temas que não têm sido tão debatidos no campo da Saúde Mental.

De acordo com Russo e Filho (2001) apud Ramôa (2005):

[Existe uma] oposição (...) interna aos militantes da reforma psiquiátrica: os que se preocupam com a questão política versus os que vêem como fundamental a questão técnica propriamente dita. De um lado, a questão dos direitos do doente mental à cidadania plena ao mesmo tempo que o respeito a seu direito à diferença e à sua dignidade. Do outro, o cuidado clínico da psicose, o tratamento propriamente dito. Essa dicotomia, que em algum grau corresponde a algumas representações correntes no meio, é de certo modo falsa, pois as duas vertentes – a política e a clínica – não são, de fato, indissociáveis (RUSSO E FILHO, *apud* RAMÔA, 2005, P. 82).

Em pesquisa a sites reconhecidos de saúde pública da comunidade acadêmica e científica, são encontrados poucos trabalhos que tratam, especificamente, dessa discussão da clínica no CAPSad, aparecendo com mais freqüência estudos sobre redução de danos na interface das DST/Aids.

Por esse motivo, nos dedicamos a delinear algumas especificidades dos CAPSad, demarcando-as como fundamentais para pensar o cuidado em um serviço público de atenção a usuários em abuso ou dependentes de AD. Isso não significa dizer que ensejamos delinear tão somente uma “clínica das toxicomanias”. Cabe destacar que o termo toxicomania ou “dependência de drogas ou drogadição são formas equivalentes de designar a condição na

qual a relação com a droga se dá de maneira tão intensa que o seu uso passa a ser o principal determinante da ação do indivíduo” (MASUR, 1993, p. 52).

Face ao pioneirismo da equipe do CAPSad em instituir um modelo de atenção e dos poucos trabalhos consolidados que abordem o manejo clínico nos CAPSad, utilizamos alguns trabalhos teóricos que foram se consolidando como referência na área da clínica em álcool e outras drogas. Exemplo disso é o trabalho desenvolvido pelo PROAD (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes) que tem se responsabilizado pela elaboração de material de educação permanente como o SUPERA, utilizado como referencial teórico pelos trabalhadores desse serviço e trabalhadores de outros serviços de saúde.

A proposta no SUS, sobretudo com a fundamentação de uma clínica ampliada, é de ampliar a clínica das toxicomanias, ajustá-la e singularizá-la para a realidade dos usuários que buscam e freqüentam os serviços. Para que se possa efetivar os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da saúde mental, segundo posicionamento do Ministério da Saúde, os CAPS assumem a articulação da rede de saúde pela qual o usuário pode transitar:

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) poderão assumir uma centralidade na articulação dessa rede, quer na função de assistência direta; na regulação da rede de serviços de saúde próprios e contratados para referência e contra-referência (equipes de Saúde da Família/ Agentes Comunitários de Saúde, exames, medicamentos, interconsultas, tratamentos especializados, hospitalizações, residências terapêuticas, etc.); no gerenciamento de casos na comunidade, articulando os recursos existentes em outras redes sócio-sanitárias (assistência jurídica, cooperativas de trabalho, escolas vocacionais, religiões, etc.) (BRASIL, 2002 *apud* RAMÔA, 2005 p. 98).

Sabemos que os saberes do campo psi ou da saúde mental são insuficientes para compreender as peculiaridades dessa clínica. Por isso, outros saberes devem ser incluídos para pensar a articulação da atenção à saúde a esses usuários.

O que se quer enfatizar é que a realidade do CAPSad demanda um conhecimento específico, que não se separa, mas é distinto dos saberes tradicionalmente reconhecidos como pertinentes do campo da saúde mental ou da esquizofrenia, por exemplo. Pois, trata-se, sobretudo, de uma clínica atravessada por temáticas como violência, justiça, polícia, moradores de rua, sem eximir o usuário de sua responsabilidade de responder pelos seus atos. Importante mencionar e lembrar que no campo das dependências de drogas, merece atenção o tipo de relação que o usuário estabelece, o vínculo que constrói, o sentido que atribui ao uso,

principalmente em casos onde o sujeito já não se vê separado desse objeto. “O cuidado no CAPSad pauta-se em três eixos fundamentais: foco no sujeito, na assistência de base territorializada e na redução de danos, tendo em vista a produção de saúde, autonomia e cidadania” (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007, p. 05).

Apesar de esses temas atravessarem também outros CAPS, há uma peculiaridade nos CAPSads; nestes os usuários não são considerados pessoas que não conseguem discernir realidade de delírio, ou seja, não são inimputáveis, do ponto de vista jurídico. Os usuários respondem por seus atos, o uso/abuso é tido como uma escolha em respeito a um preceito constitucional que versa sobre o princípio da liberdade dos cidadãos. Questionamos-nos sobre como fica a questão da dependência. Pois, na condição de “dependente de drogas” não nos parece haver muita possibilidade de escolha entre fazer uso ou não, uma vez que isso já está incorporado como uma atividade inerente à vida ou como condição *sine qua non* à existência.

Para Xavier da Silveira (1996):

O que contrapõe à dependência não é abstinência, mas sim a liberdade. A perda da liberdade do indivíduo constitui a doença. Em um sentido amplo a cura de um dependente não é obtida ao conseguirmos mantê-lo abstinente, mas sim quando ele for capaz de escolher o padrão de relação que passará a ter com a droga (XAVIER DA SILVEIRA, 1996, P. 05).

Dentre as especificidades que pudemos elencar com a nossa prática em relação à clínica, destacamos duas. A primeira refere-se às estratégias possíveis para se manejar com os momentos de crise dos usuários, as quais, muitas vezes, podem ser elaboradas junto aos usuários e familiares. E podemos nos perguntar de qual crise estamos falando, nos reportando não somente àquela que nos salta aos nossos olhos, como a do usuário que sai quebrando tudo dentro do serviço, mas também aquela mais silenciosa que pode se apresentar tanto por uso abusivo de drogas ou overdose quanto de sua ausência, como na fissura⁴⁵. Por isso, se o trabalhador estiver apropriado de suas ferramentas, ficará mais fácil atentar para a gravidade de cada caso e saber como conduzir esses momentos. Saber que uma interação medicamentosa em alguns casos pode ser letal, ou que esperar passar os efeitos da droga pode

⁴⁵ Ou *craving*, termo que denota o momento em que o usuário encontra-se com vontade incontrolável de fazer uso, caracterizada por manifestações químicas do organismo, geralmente decorrente de um período - pode ter sido breve - de abstinência. Clayton Santos (2007, p. 194) ressalta que “fisgados por essa ‘escravidão’, o toxicômano demonstra sua incapacidade de pensar, dando assim lugar a uma ação que o alivie a tensão, a qual ele mesmo não consegue esvaziar através da comunicação”.

ser a melhor solução. Para tanto, há que se discutir coletivamente sobre qual estratégia é a mais adequada a cada caso: chamar ambulância, levar para casa, ficar no serviço acompanhado de algum técnico, conversar, chamar um familiar ou outras que também podem ser inventadas. Nesse sentido, me transporto para uma situação vivenciada com um usuário, aonde o mesmo chegava freqüentemente sob abuso de drogas no serviço. Visto que a equipe já se encontrava em seu limite, esgotada nas estratégias sobre como lidar com aquela indesejada realidade, o educador físico o levou para uma sala, ambientada com música relaxante e, recebendo massagem, o usuário adormeceu. Essa foi a estratégia buscada, por isso não dissociamos ações simples na solução de situações complexas.

A segunda questão pertinente à clínica AD diz respeito à internação. Nosso trabalho não é voltado para a internação, até por que temos visto que o modo como esta freqüentemente é conduzida, deslocada dos problemas cotidianos do usuário, não apresenta êxito. Mas também temos que reconhecer que em determinados momentos a internação pode ser uma boa alternativa, principalmente, para a desintoxicação. Precisamos estar cientes da gravidade de cada situação e reconhecer a dimensão orgânica do abuso de drogas e dependência, que impede o usuário de pensar e escolher em fazer uso ou não, ou se, de outro modo, essa relação configura escravidão como aponta Clayton Santos (2007). Com isso, ainda que tenhamos como referência os CAPS, recomenda-se a extensão dos cuidados a serviços hospitalares quando houver a necessidade (BRASIL, 2003).

Marise Ramôa (2005), em seu trabalho de mestrado, levanta algumas questões concernentes à internação e leitos de desintoxicação nos CAPSad:

a internação passa a ser disponibilizada para casos pontuais sem constituir-se como eixo central das ações de cuidado. Porém, cabe aqui uma ressalva, pois os Caps ad terão leitos de repouso, que poderão ser usados para desintoxicação, o que se torna inviável em casos de intoxicação por certas drogas, como, por exemplo, o álcool, pois o paciente precisa de cuidados específicos, que são oferecidos, inclusive, em unidades de tratamento intensivo (UTIs). Parece-nos que a inclusão desses leitos caracteriza uma quase rejeição a modalidade de internação e no caso os toxicômanos, ela pode ser uma modalidade indispensável (RAMÔA, 2005 p. 102).

Outros aspectos ainda são importantes de serem pensados. Por exemplo, como lidar com situações em que o usuário busca refúgio no CAPS por estar devendo a um traficante? Não resta dúvida que o serviço e a equipe são co-responsáveis pelo cuidado com a sua saúde, mas essa situação aponta para um limite, ultrapassa as possibilidades de cuidado por parte da

equipe. Lidamos também com situações em que o usuário ameaça a equipe, sendo necessário chamar a polícia para fazer ronda no serviço até a equipe ir para casa. Vale acrescentar que esses temas são frequentes e precisam ser discutidos. Com isso não pretendemos recair na associação comum que se faz entre droga e criminalidade. Há que se considerar a potência do vínculo, o que faz a diferença para o desmonte desta correlação, mas não é garantia de não violência. Isso depende de ações e pactuações mais cuidadosas, em que devemos estar cientes dos recursos disponíveis, sem nos coagirmos em solicitarmos outros recursos quando se fizerem necessário. Esse foi um assunto tratado no planejamento, frente ao qual foi consensuado o seguinte:

O sentido de coletividade é crucial para dar continência face a ameaças, se for preciso, chama a segurança, se preciso, chama a polícia e discute-se desse assunto na Assembléia. Não podemos ter receio de acionar a polícia quando necessário: roubos, situações de violência, situações que não vão nos acobertar. O usuário não tem o direito de transgredir a lei só por que faz tratamento (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007, P. 18)

Neste momento de planejamento, onde pautamos também questões acerca do manejo clínico, foi tecida uma articulação com o campo teórico-clínico das toxicomanias, a qual indica que o modo de se reportar aos usuários, com pactuações claras, acordos explícitos, estabelecendo um “papo reto”, como dizem os usuários, tem função terapêutica e, por isso, deve perpassar a realidade institucional.

Cita-se aqui o modo como os usuários no CAPSad, às vezes, lidavam com situações difíceis da vida (com esposas, filhos, trabalho): ao invés de entrar em contato com tais dificuldades mantinham uma postura de evitação ou de não enfrentamento. Ao se depararem com essa impotência, retomavam o uso de drogas. Sabemos que isso resulta frequentemente na postergação ou até mesmo no abandono de um projeto de vida. Vimos, muitas vezes, em conversa com usuários, uma vida idealizada e não uma vida realizando-se. Tecem projetos em torno de uma vida abstinente, idealizada também por profissionais e familiares, frustrando-se quando não conseguem atingi-la ou mantê-la⁴⁶. Esse é um aspecto ressaltado por outros autores que lidam com essa problemática. Para Tedesco e Benetton (1996, p. 96):

⁴⁶ Uma vez mais destacamos que não pretendemos lidar com concepções substancialistas sobre os usuários, que conceberia a abstinência como um desejo “interno” ao usuário. Consideramos que a abstinência é também almejada por familiares, amigos e pela própria equipe de saúde. Outrossim, não podemos excluir a possibilidade da abstinência ao projeto de uma vida digna.

[...] a toxicomania passa a ser uma conduta assumida em relação a um projeto de vida insustentável, em que a comunicação entre o mundo interno e externo só se viabiliza ante uma distorção das realidades vividas, ou frente a uma nova imagem de si mesmo: não mais eu, mas eu-droga [...].

Clayton Santos (2007) destaca que, “nos casos atendidos nota-se apenas um distanciamento momentâneo da droga e uma tendência futura à retomada do uso” (p.199). A abstinência é algo almejado pelos usuários que idealizam sua conquista e, ao não atingi-la, frustram-se por não obter êxito. A perspectiva da Redução de Danos nessa dimensão clínica pode trazer uma importante contribuição ao traçar junto com o usuário quais os danos acarretados pelo uso em todos os aspectos de sua vida: saúde física, afetiva, relação com a família, emprego e outros aspectos e estabelecer estratégias para reduzir esses danos. Muitas vezes, a estratégia da RD é, sobretudo, a redução do uso, da quantidade do uso ou até mesmo a abstinência. A efetividade consiste no fato de que essa redução deve ser articulada à elaboração e concretização de um projeto de vida, além da redução dos fatores de vulnerabilidade.

Nesse sentido, no projeto terapêutico pode ser garantindo espaços de escuta permanente que visem acompanhar o usuário, se possível, inclusive nos momentos de uso abusivo, construindo junto com este as condições que lhe possibilitem expressar o que sente, transformando palavras, pensamentos e sentimentos em ações concretas. O suporte para dar seguimento a um projeto de vida traçado e almejado que não se resume a meramente consumir drogas, é um papel fundamental da equipe⁴⁷.

Para elaborarmos estratégias de cuidado, precisamos ir além de respostas generalizadas e prontas, o que passa por estamos atentos às singularidades de cada caso e de cada momento, dando encaminhamentos diferenciados. Tal posicionamento pressupõe inclusive compreender que não se deve buscar o retorno do usuário a um estado anterior, tido como normal (por exemplo, o retorno a como ele era quando não usava drogas, a abstinência). Ao invés disso, o objetivo é a produção de novos modos de existir e se relacionar, modos estes mais saudáveis e singulares (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007, p. 07).

Isso é diferente de um tratamento focado apenas na abstinência. No entanto, não se trata de problematizar a abstinência em si, mas a postura de focar na droga apenas, onde o processo terapêutico fica centrado em uma atitude investigatória para saber se parou ou não

⁴⁷ Sendo este um dos problemas levantados nas páginas introdutórias e que ensejamos uma discussão mais aprofundada, qual seja o de como traçamos o projeto terapêutico, considerando um, pode-se dizer, “devir-abstinente” do usuário.

de fazer uso. Outra coisa é focar nas necessidades do sujeito e nas relações que estabelece na vida. Reduzir danos significa ampliar as estratégias de cuidado, significa, portanto, “não cruzarmos os braços, não objetivarmos o que o usuário não deseja ou não consegue, não o subjugar ao nosso desejo/expectativa, significa trabalharmos levando em consideração as possibilidades, singularidades e desejos de cada pessoa atendida” (*Ibidem*, p. 05).

Sabemos que os usuários se agenciam com as drogas das mais diversas formas e que as experiências não são vivenciadas do mesmo modo. Mas, nesse caminho de construção de uma clínica que se faz tão recente na história da saúde pública, não devemos abandonar estudos e experiências que possam contribuir para o enfrentamento de problemas que surgem no encontro com os usuários.

Com esse reconhecimento, não ensejamos afirmações generalistas. É preciso entender que não há “o” modo, mas “um” modo pelo qual os elementos da contemporaneidade, a política proibicionista, a Reforma psiquiátrica e a Redução de Danos tomam corpo nessa micropolítica, circunscrita nesse texto ao cotidiano do CAPSad.

Encontrar um modo de olhar para o usuário e de acolhê-lo em sua necessidade irá, por sua vez, se refletir no andamento do tratamento. Nesse sentido, o usuário, mesmo que seja capturado como “produto de um sistema capitalista de consumo”, adaptado à máxima de seu papel de consumidor, deve ser tratado como sujeito, assumindo o protagonismo de sua vida.

É crucial, logo no momento de acolhimento inicial e no decorrer de todo o processamento do cuidado, colocar em análise nossas expectativas, as da família, da sociedade e as do próprio usuário, discutindo com esses atores o que de fato podemos oferecer e pautando essa oferta numa postura ético-profissional e não em valores morais e religiosos. (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007 p. 04)

Assim, temos que primar pela co-responsabilização no cuidado. A equipe é quem pode realizar intervenções que não estejam direcionadas ao controle, ou seja, ao fato do usuário ter feito ou não uso de drogas, com cobranças ou expectativas em torno disso. A ação de uma equipe pode ser direcionada para a produção de uma análise sobre os atos decorridos após o uso abusivo, discutindo o quê fez, que situações provocou a si mesmo ou a outros, que oportunidades desperdiçou e assim por diante. Lembramos que há uma dimensão de co-responsabilidade das práticas de cuidado ao tratar do problema em saúde mental e uso de drogas que nos leva à interface clínica e política. Portanto, a co-responsabilização levada a

cabo deve prever conversa franca com o usuário, conduzindo-o a pensar sobre seus compromissos e responsabilidades inerentes à vida social, não acobertando-o ou eximindo-o de suas responsabilidades.

5.1. Atividades terapêuticas: alguns desafinos

Todas as atividades devem ter o cunho terapêutico e estar vinculadas aos projetos terapêuticos singulares, propriamente ditos. Mas, aqui abordamos o tema das oficinas terapêuticas, pela sua importância na composição da clínica AD.

Iniciamos com a cantoria “Vê: Estão voltando as flores”⁴⁸ dos usuários do CAPS ad numa oficina de música. Essa oficina foi proposta por uma trabalhadora que havia mencionado seu desejo em compartilhar sua habilidade e afinidade com a música, desenvolvendo um trabalho terapêutico com os usuários. A partir disso, foi estimulada para coordenar e dar início à oficina. O começo foi um pouco tímido com apenas um ou dois instrumentos musicais e logo foram chegando novos instrumentos, sujeitos com habilidades e potencialidades a serem descobertas por aquele coletivo que, como diziam, “quem canta, seus males espanta”. Aos poucos, o grupo foi aumentando o repertório, mais usuários foram chegando e tornou-se uma das atividades mais disputadas no CAPS. A cantoria ecoava em todos os cantos, contagiando até os mais desafinados que iam se chegando para cantar. Houve composição própria, flauta artesanal e momento solo nas diversas apresentações. Há que se ressaltar, nos processos de trabalho, o potencial inventivo dos sujeitos que atuam nas instituições – gestores, trabalhadores e usuários – quando se dá o encontro dos mesmos com a arte. Esta se torna uma quase que imprescindível aliada quando há que se lidar o tempo todo com sofrimento de vidas humanas.

E, ainda: “Vê: como é bonita a vida!!!” Assim, abria os braços em empolgação, o médico do serviço que se tornou o regente do grupo, que ganhou o nome de “Coral Primavera”. Os usuários encontraram um sentido que realmente lhes faltava para se engajarem mais nos projetos terapêuticos e no autocuidado. E isso se revela em pequenas ações como, por exemplo, a auto-regulação do uso de drogas nos dias que antecediam as apresentações, transformando-se em potente estratégia de redução de danos.

⁴⁸ Título da música, composta por Paulo Soledade e interpretada por diversos artistas.

Outra atividade, construída com aquisição de materiais, foi a serigrafia, numa perspectiva de geração de renda aos usuários. Uma das reclamações dos usuários em relação às oficinas era da ausência de atividades em que pudessem aliar suas habilidades ocupacionais e experiências profissionais com a geração de renda para eles próprios, já que tinham dificuldade de adequar-se às exigências do mercado de trabalho. Isso se dava principalmente devido aos episódios de recaída, considerando não apenas como a passagem do estado abstinente para retomada do uso, mas também o uso compulsivo que lhes impossibilitava de exercer plenamente suas atividades profissionais. Após um levantamento quantitativo em torno das habilidades profissionais dos usuários e sobre suas experiências de trabalho, verificou-se que muitos deles, ou melhor, a grande maioria, exercia uma profissão antes de desenvolver um quadro de dependência de drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial (REAP), apesar de recente, já reconhecia a importância de se estabelecer diretrizes, estratégias ou ações específicas no âmbito da geração de renda aos usuários de Saúde Mental. No entanto, não dispunha até aquele momento, de um trabalho voltado a esse tema. Damos início a esse processo com um levantamento das atividades de geração de renda, realizado em 2008, pela equipe de gestão em colaboração com os oficinairos nos CAPS da REAP, em Aracaju, sendo possível identificar além das atividades de produção, a comercialização dos produtos e o destino do dinheiro, como questões que precisavam ser enfrentadas. Vimos, através desse levantamento que, na produção das oficinas terapêuticas, quando há comercialização no próprio serviço, frequentemente o retorno financeiro das vendas é revertido para compra de material para oficinas, não tendo retorno para o usuário.

O interesse despertado pelos usuários do CAPSad em relação à serigrafia, como atividade para gerar renda, disparou uma discussão e preocupação com essa temática na REAP como um todo. A preocupação, contudo, não era em apenas gerar renda, mas discutir sobre como se daria esse processo, imbricados em um viés de economia solidária (direcionamento das políticas do MS). Como se daria o processo de trabalho para produção de relações mais solidárias em todo o percurso do trabalho, que não fosse mera reprodução das premissas da perspectiva capitalista vigoradas pelo individualismo, competição e lucro. Outra questão era diferenciar as oficinas produtivas que tivessem por objetivo a geração de renda daquelas com perspectiva estritamente terapêutica, de acordo com os projetos terapêuticos singulares. O desejo de concretizar a geração de renda para os usuários fez com que o

CAPSad protagonizasse essa discussão com grupos de estudos sobre cooperativismo, economia solidária e outros temas afins, estendendo-o a outros serviços.

Atividades terapêuticas em um serviço substitutivo é um tema ímpar e de suma importância que deve ser tratado com o devido cuidado. As ofertas terapêuticas precisam fazer sentido aos usuários, devem compor com a singularidade e necessidades elencadas nos projetos terapêuticos. O que tem acontecido mais freqüentemente nos serviços substitutivos em todo o país, é o avesso disso: a elaboração de uma grade de atividades que aprisiona o usuário na obrigatoriedade da participação nos grupos e oficinas muitas vezes sem sentido algum para ele.

Cristina Rauter (2000, p. 267) mostra o quanto o trabalho e a criação artística, no contexto das oficinas, têm sido relacionados à reabilitação psicossocial. Para a autora: “o termo reabilitação possui um cunho pragmático, visto como seu maior mérito por alguns, que a definem como uma prática que se desenvolveu mais depressa que a teoria ou mesmo como uma ‘prática sem teoria’”. Com isso, tece uma crítica à reabilitação psicossocial, cujo sentido se encerra na adaptação do usuário à sociedade, sem questionar que sociedade é essa e as condições de produção do sofrimento psíquico. Essa adaptação geralmente se dá através do trabalho e de atividades artísticas.

Em documento oficial do Ministério da Saúde nos deparamos com o sentido etimológico do termo “reabilitação”, que assim menciona:

O ‘re’ constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era”. A questão que se coloca no plano do processo saúde-doença é se é possível voltar atrás (...) O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno dos fenômenos, relações e condições históricas e sempre muda; então a noção de reabilitação é problemática (...)” (BRASIL, 2008, p. 66).

A ausência de reflexão sobre o porquê e para quê das oficinas contribui “para que, com freqüência, sob o rótulo oficina, se exerça a velha psiquiatria” (RAUTER, 2000, p. 274). A autora identifica as oficinas terapêuticas como “catalisadores da construção de territórios existenciais” (*Ibidem*, 2000, p. 271). Entretanto, aponta que a ausência de questionamento em torno dessas atividades pode incorrer em uma proposta desconectada, tornando-as – parafraseando a autora – “velha e adaptativa” e assim, distante do propósito da desinstitucionalização.

Assim, a mesma interpela “no que pode se constituir uma prática sem teoria?” (*Ibidem*, 2000, p. 267) e, justifica a necessidade de uma reflexão teórica sempre acompanhando a prática. As perspectivas teórico-políticas que orientam tais práticas nem sempre estão fomentando um modo de funcionar com transformações político-institucionais-subjetivas. O questionamento e análise são fundamentais para identificar se não estão propondo apenas a “adaptação” do usuário à sociedade, o que tem sido, de modo geral, o direcionamento das reformas psiquiátricas (*Ibidem*, 2000).

Rauter (2000) traz a noção de trabalho alienado proposto por Marx, para exemplificar como nesse modo de produzir o trabalho, a condição de existencialização é reduzida, e contrapõe a isso, o elemento construtivista do desejo - cunhado por Deleuze – como a capacidade de construir mundos onde queremos habitar, interligando-os com o mundo do trabalho.

Alguns trabalhadores, por vezes desatentos para a importância dessas questões pertinentes às atividades terapêuticas, fazem referência à instauração de possíveis sanções àqueles usuários que não participam de tais atividades, sem problematizar os motivos da ausência ou colocar em análise as propostas e o modo como são feitas. Entretanto, se não levamos isso em consideração de modo profícuo, o termo terapêutico e o sentido intrínseco a este pode se esvaecer, restando apenas atividades para ocupar o tempo. Benevides e Kastrup (2009, p.84) destacam que uma importante característica da oficina “é ser um espaço de aprendizagem, não apenas de técnicas artísticas, mas de aprendizagem inventiva, no sentido que ali tem lugar para processos de invenção de si e do mundo”.

O processo de infantilização dos usuários nas oficinas é outro aspecto que requer atenção. Ele aparece principalmente nas atividades que destoam dos verdadeiros potenciais, habilidades e desejos dos usuários, impedindo assim a expressividade e até a invenção, como as oficinas em que se propõe uma atividade que não faz sentido aos usuários. Uma roda de violão que surja espontaneamente pode ser bem mais terapêutica que uma oficina super estruturada, mas isenta de sentido ao usuário.

Passos (2006, p. 154) chama atenção para o papel da criação, improvisação e produção presente em todo processo de trabalho:

Os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos.

A afirmação dos autores permite uma articulação com o que estamos abordando, na medida em que pensar os processos de trabalho fomenta a produção de espaços onde aos usuários também seja dada a oportunidade de criar e improvisar, seja em ações mais triviais, seja em ações mais triviais, seja em atividades que se conectam com a arte.

Guattari (1990, p.22) tece algumas considerações em relação a isso:

O povo psi para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carregam na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser (um pintor não tem por ideal repetir indefinidamente a mesma obra – com exceção de Titorelli, no Processo de Kafka que pinta sempre e identicamente o mesmo juiz!) Da mesma maneira cada instituição de atendimento médico, de assistência, de educação, cada tratamento individual deveria ter como preocupação permanente fazer evoluir sua prática tanto quanto suas bases teóricas.

Ressaltamos que para realizar essa travessia por entre a problemática da dependência de drogas, há que se investir em atividades que se conectem com aspectos prazerosos da vida. Para Xavier da Silveira (1996, p. 10) “a questão mais veemente que o toxicômano nos coloca e que o diferencia do doente mental, seja o fato de que o prazer que a droga propicia se encontra no campo do real e não do imaginário”. O projeto de vida toxicomaníaco pode ser substituído por um projeto de vida mais amplo onde há espaço para maiores possibilidades, além da dependência, mas com opções advindas do indivíduo-usuário e não da instituição e/ou do terapeuta (GORGULHO e XAVIER DA SILVEIRA, 1996). Pois, para muitos, o uso da droga representa o momento de estar em coletivo, de prazer e alívio de dores; por isso, a relevância em propiciar atividades que possam ser atrativas, disputando com as drogas, as quais podem ser encontradas na arte, na dança, na expressão corporal, entre outras.

Essa dimensão deve ser considerada no planejamento das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, encontros, atividades esportivas, etc), pois as atividades, além de fazer sentido aos usuários, devem trazer essa dimensão afetiva e prazerosa. No CAPSad Primavera, a música que se destacava entre os usuários eram as melosas “serestas” que os transportava a lembranças de fatos que viveram e de amores e desamores conquistados ou perdidos. Em uma atividade festiva no CAPS, um comentário emitido por um usuário me chamou a atenção: “é engraçado ouvir essas músicas sem tomar cachaça”. Naquele momento outros

agenciamentos parecem substituir o agenciamento música-cachaça, único possível até então. Para aquele usuário, ouvir seresta era sempre atrelado a beber cachaça, naquele momento, essa relação se desfez. Esse ínfimo acontecimento lhe oferece outras experimentações e até outras possibilidades de existência.

Em outros termos, podemos dizer que:

Devemos nos posicionar como mediadores do processo do usuário em buscar outras vias para lidar com o sofrimento e o prazer que não a droga. Portanto, as atividades propostas não devem se destinar apenas para passar o tempo ou funcionarem como ocupação obrigatória. Ao invés disso, todas as atividades que compõem o CAPS devem ter como objetivo possibilitar outros espaços de subjetivação, de vínculo, de lidar consigo, com o outro, com o mundo, de viver com a droga⁴⁹. Ainda com esse intuito, é importante utilizar da potência do dispositivo grupal, da arte, da atividade física e expressão corporal (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007, p. 07).

Para avançarmos no processo de desinstitucionalização tais questões são fundamentais. No âmbito das atividades terapêuticas – que aqui tratamos apenas das oficinas, mas que envolvem também os grupos e outras atividades que surjam do coletivo – momentos se instauram em que o desejo de inovar se alinhava com o trivial. Não foram raras as situações em que foram apresentadas idéias mais ousadas para compor os projetos terapêuticos - como a inserção de usuários nos processos de trabalho no CAPSad, em trabalhos como digitação de documentos, por exemplo –, as quais se despotencializavam frente aos modos hegemônicos de fazer.

Lancetti (2006) nos fala de uma clínica peripatética, que possibilita um cuidado em movimento, como tecer uma conversa literalmente enquanto se anda, se caminha, se faz oficina, se limpa e arrumam-se armários, pintam-se paredes, etc. E como ultrapassar a dicotomia dos que pensam e executam se não nos submetemos a entrar em contato com realidades a que nos encontramos distante, como nos momentos de servir e ou acompanhar o lanche dos usuários? Mas, o quê? Não fomos formados para isso! O trabalho com os corpos⁵⁰ adquire especial importância no campo da clínica em AD, como vemos, por exemplo, nos trabalhos que privilegiam atividades esportivas contribuindo na desintoxicação, como aquelas

⁴⁹ Ressaltamos que o objetivo central do tratamento em um CAPSad não busca apenas parar de usar a droga, mas sim, melhorar sua saúde e com isso, uma vida com mais qualidade e digna de ser vivida. Uma vez que junto ao uso de drogas pode se encontrar também na “pobreza material, afetiva, relacional, psicológica, que gera sofrimento, exclusão, perdas, isolamento e tristeza” (CARVALHO e VASCONCELOS, 2007, p. 17).

⁵⁰ Por enquanto lidamos com a expressão corpos-subjetividades que postula o orgânico, físico, erógeno e que não dissocia de idéias, afetos, perceptos (ESCÓSSIA e MANGUEIRA, 2008).

citadas anteriormente nas resoluções das Comunidades Terapêuticas: yoga, meditação, relaxamento, etc.

Apesar disso, vivemos sempre em constante movimentação de sujeitos; “a vida não para”. Vivemos experimentações de uma clínica que potencializa a saída dos serviços para se imiscuir nos territórios existenciais. Uma clínica de invenção de novas práticas ou de transformação de antigas. A construção dessa clínica se dá no campo imanente, onde estão as relações, e elas estão em toda parte. Urge, portanto, o rompimento com os compartimentos fechados: “em toda parte se está na luta – há, a cada instante, a revolta da criança que põe seu dedo no nariz à mesa, para aborrecer seus pais, o que é uma rebelião se quiserem...” (FOUCAULT, 2003, p. 232).

5.2. A redução de danos no CAPSad: o viés da clínica da Redução de danos a partir da Política de Atenção Integral para usuários de AD

O ponto disparador da Política de Atenção Integral a usuários de AD, é a busca por consolidar um modelo de atenção diferente das alternativas já propostas, as quais se caracterizaram em regimes de tratamento totalitários, com foco na droga exigindo a abstinência para o tratamento. Ressaltamos uma vez mais: o que se constitui como problema para a atual política pública de AD, não vem a ser a abstinência em si, uma vez que essa é, muitas vezes, a finalidade terapêutica almejada pelo usuário na busca pelo tratamento. O problema emerge quando a abstinência torna-se a condição exigida pelas instituições para dar início ao tratamento, sem colocar em análise e discutir a questão do uso de drogas na sociedade, a dimensão subjetiva de quem faz uso e suas possibilidades e disposição para sustentá-la (BRASIL, 2003).

Disso decorre o entendimento de que, em se tratando de uma política pública para cuidar de vidas humanas que se manifestam de modos singulares, há que se considerar uma multiplicidade de estratégias. Nesse sentido, enfatiza-se a importância de não delinear um modelo homogêneo e sim, respeitar o que é possível com cada sujeito de acordo com as escolhas que são feitas. Por isso, a lógica ampliada da redução de danos é sinalizada na construção de um projeto terapêutico em co-participação com o usuário. Assumida pelo

Ministério da Saúde, desde 2004⁵¹, como importante estratégia de saúde pública, a redução de danos é tida como uma estratégia clínico-política no sentido de articular-se com o território e não se restringir a uma ação individual ou comportamental. É definida nos seguintes termos:

[...] estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003, p. 27).

Um assunto que despertava questionamentos da equipe era justamente a lógica ampliada da Redução de Danos. A diretriz assistencial dos CAPSad é de “prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica da redução de danos” (Brasil, 2003, p. 42), voltado aos que “apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003, p.43). A dependência de drogas é concebida como um transtorno em que predomina a heterogeneidade “já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por razões diferentes, em diferentes contextos e circunstâncias” (*Ibidem*, p. 08). Em síntese, a Política de Atenção Integral a usuários de AD reconhece a necessidade de ações diversificadas e abrangentes, com recursos que não sejam repressivos. Intitula-se “em defesa da vida”, destacando o compromisso da saúde em “fazer proliferar a vida e fazê-la digna de ser vivida”. Considerando que esses são termos bastante amplos, impõe-se a necessidade de discuti-los de modo mais articulado a ações concretas, ou seja, de traduzi-los em ações no âmbito do CAPSad (*Ibidem*, 2003, p. 11).

A prerrogativa prevista nas diretrizes dos CAPSad é de fazer uma distinção pormenorizada entre uso, abuso e dependência. No entanto, a Política de Atenção a usuários de AD não indica pistas de como essa avaliação deva proceder. De acordo com o material educativo do SUPERA (p. 04)⁵², o critério do CID-10 para uso nocivo ou prejudicial de substâncias refere-se a um “padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos”. Com relação à dependência são descritos alguns critérios

⁵¹ O reconhecimento vem em decorrência ao êxito desta estratégia na prevenção das DST/Aids e hepatites entre usuários de drogas injetáveis. Dados mais recentes e discussões sobre esta estratégia ver Souza (2007).

⁵² Como recurso para isso, utilizamos no CAPSad, o material educativo produzido pelo curso de educação à distância SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) - promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo. (UNIFESP), elaborado pelas equipes da Unidade de Dependência de Drogas (UDED) do Departamento de Psicobiologia e do Laboratório de Ensino à Distância do Departamento de Informática e Saúde da UNIFESP.

diagnósticos. De maneira sucinta está relacionado à *compulsão* (forte desejo de consumir a substância), estado de *abstinência* fisiológica (uso para aliviar os sintomas causados pela interrupção), *tolerância* (doses maiores são requeridas para alcançar efeitos antes alcançados em doses menores), *desinteresse pelas atividades cotidianas e conseqüências nocivas ao organismo*. O conceito de vulnerabilidade de que dispõe a Política, é o que nos direciona a alguns elementos importantes a serem observados no acolhimento e acompanhamento do usuário, tais como: 1) saúde deficiente, 2) insatisfação com suas condições de vida, 3) falta de informações sobre as substâncias, 4) falta de acesso a programas educativos, 5) fácil acesso às drogas e 6) integração comunitária deficiente (BRASIL, 2003, p. 43). Esses itens, acreditamos, podem ser tomados como indicadores para nortear os projetos terapêuticos dos usuários no serviço.

A Redução de Danos (RD), atualmente reconhecida no âmbito da saúde pública, surge respaldada nas políticas sobre drogas da Europa. Consolida-se a partir do trabalho voltado a usuários de drogas injetáveis (UDI) devido ao alto índice de HIV, com distribuição de insumos para uso seguro, com atuação também preventiva no campo da saúde coletiva. “As noções contemporâneas de redução de danos surgiram na formulação da política de drogas holandesa durante o final da década de 1970 e início da de 1980” (CRUZ ET AL. p. 353).

É importante tomar conhecimento sobre o modo como a RD é concebida e reconhecida como estratégia de saúde pública por órgãos internacionais, tais como o UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), braço executivo da ONU, o qual estabelece que: “a redução de danos é neutra em relação à sabedoria e à moralidade do uso continuado de drogas, e não deveria ser vista como sinônimo de movimentos que procuram descriminalizar, legalizar ou promover o uso de drogas” (CARLINI, 2003, p. 337). Outro órgão, o INBC (International Narcotics Control Board) “reconhece a importância da redução de danos em uma estratégia de prevenção terciária [...]” que seria evitar “[...] as conseqüências piores do uso contínuo [...]” (*Ibidem*, p. 335). Ou ainda, “[...] prevenção terciária propõe interromper ou retardar o progresso de uma desordem, um processo ou problema e suas seqüelas, mesmo que as condições básicas do fenômeno ainda persistam [...]” (*Ibidem*, p. 336).

A RD demarca sua prática com ações prioritariamente em trabalhos de campo, nas ruas e ruelas onde os usuários fazem uso, o que exige protetor solar, boné, pernas para caminhar e disposição para se aproximar de uma realidade, no mínimo, complexa. Bem, até

aqui, claro está o papel da RD quando se refere ao território, fornecendo insumos e estabelecendo vínculo com os usuários. Mas, ao adentrar em um serviço como o CAPSad, a RD se depara com problemas e desafios que decorrem da especificidade dessa realidade institucional. Em sendo a RD um “método clínico-político que possui uma face voltada para um plano de ação concreta e atual (dispositivo) e uma face voltada para um plano abstrato e virtual (paradigma)” (Souza, 2007, p. 16), a equipe de gestão e trabalhadores deveria operar incorporando essa lógica de cuidado. Tal incorporação, na prática, não tem sido fácil, gerando, freqüentemente, entendimentos equivocados, como por exemplo, considerar que o estímulo ao uso seguro – para um usuário que não está podendo parar – seja o mesmo que incentivá-lo a usar drogas. Ou de que a lógica da redução de danos vai pela contramão ou prescinde da abstinência.

Podemos inferir que a RD, em um trabalho de campo, transita com mais liberdade por entre o universo de diversidade do usuário e isso pode produzir mais respeito às suas escolhas, pois se dá no encontro com seu território, que atualiza seus modos de habitá-lo. Na rua, por exemplo, a conversa ocorre muitas vezes, enquanto o usuário está fazendo uso. Diferente da realidade de um serviço de saúde, que apesar de adotar a RD como uma estratégia clínico-política, não adequa e nem prepara os trabalhadores e gestores para lidar com esta estratégia. A RD adota uma estratégia de não interferência na escolha do usuário em fazer uso, orientando-o e disponibilizando recursos para um uso seguro. Suas ações são decorrentes de tal estratégia. Contudo, essas ações mostram-se incipientes frente aos usuários que reconhecem uma impossibilidade de manejar a auto-regulação, àqueles que diante do primeiro “gole” ou “pitada” ou “tapa” não conseguem impor limites. Resta-nos perguntar: será o CAPSad um lugar em que o usuário pode fazer uso de drogas? Quanto a essa questão, que foi pauta de vários momentos coletivos de gestão – e por isso, nos forçou a tomar uma deliberação coletiva, devido ao caráter ambíguo das ações –, entendemos (usuários, trabalhadores e gestores) naquele momento que não. Isso não quer dizer que não iríamos acolher o usuário sob abuso.

Os equívocos e a falta de clareza em relação à RD talvez tenham origens nas políticas proibicionistas que perduraram muito tempo e ainda vigoram, pois a proibição ao uso, acaba por acarretar uma certa proibição em relação ao debate sobre o assunto, contribuindo assim para entendimentos equivocados.

O que a RD enfatiza é que mesmo proibindo, as pessoas continuam fazendo uso, comercializando e até sustentando a economia de um país, causando danos tanto em âmbito individual quanto coletivo. A RD, ao invés de apregoar uma perspectiva que por ora, mostra-se inatingível (da ausência do uso de drogas), assume uma postura diferente: partindo do pressuposto de que as drogas causam danos, centra seus objetivos na redução dos mesmos. Parte, portanto, da realidade de que há um contingente considerável de pessoas fazendo uso/abuso de drogas, com danos a si mesmo e à coletividade – dentre estes, o mais comum o de dirigir automóvel alcoolizado.

A forte marca do viés proibicionista vigorado pelo “*diga não às drogas*”, na ausência de discussão das reais problemáticas sobre o tema talvez seja o que faça com que ainda, apesar deste reconhecimento das políticas públicas, a RD gere o imaginário de que o fornecimento de insumos, como no trabalho com UDI’s (usuários de drogas injetáveis), seja estimular o uso. Ou de que, assumir a dimensão de prazer associada à busca pelo uso de drogas, seja o mesmo que ficar absorto e passivo, sem oferecer nenhuma orientação que possa inclusive, abarcar outras dimensões ampliando as possibilidades de existência. Isso se for construído coletivamente e fizer sentido ao usuário.

Ainda que imperem, tais entendimentos enviesados nos serviços são os mesmos que se apresentaram no momento que se buscava respaldo legal para as ações de Redução de Danos que iniciaram em Santos - SP (SOUZA, 2007). O que foi garantido, após o reconhecimento de que considerar a existência de uso/abuso como uma realidade concreta não é o mesmo que estimular o uso. Isso, no âmbito da clínica da RD, pode ser traduzida como: ao reconhecermos nos casos de dependência ou uso abusivo, que as drogas constituem uma realidade presente e importante na vida do sujeito, simplesmente, a exigência da condição abstinente pode ser inatingível num primeiro momento. Daí a importância da elaboração de uma estratégia dentro das possibilidades, alinhando uma diversidade de recursos terapêuticos. Entretanto, é fundamental uma discussão mais pormenorizada sobre a desintoxicação. Em que medida ela pode auxiliar os usuários, quando e como pode ser feita.

Oura questão paira sobre as terapias de substituição. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

[...] para uma pessoa dependente de uma substância psicoativa, a prescrição de uma outra substância psicoativa, farmacologicamente relacionada àquela produzindo a dependência, para atingir objetivos definidos de tratamento, usualmente melhora a saúde e o bem-estar do paciente [...] (CARLINI, 2003, p. 338).

Terapias de substituição, apesar de serem previstas na terapêutica da redução de danos, são bastante incipientes, havendo registro de apenas um “único projeto de uso de cannabis no tratamento de algumas drogas, montado com respaldo acadêmico no Brasil, cuja realização se deu no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Unifesp/EPM⁵³” (MAC RAE e GORGULHO, 2003, p. 371). Na opinião dos autores, “apesar de os estudos apontarem resultados positivos, têm faltado ousadia técnica e política a outras instituições para replicá-los perante o atual clima de intolerância” (*Ibidem*, p. 371).

Em uma perspectiva clínica, a RD remete a uma avaliação criteriosa junto com o usuário sobre os danos causados a ele e a outras pessoas com quem convive, além da elaboração de um projeto terapêutico com a participação do usuário, podendo incluir internação clínica, avaliação médica, avaliação psiquiátrica, terapia individual ou em grupo, atendimento à família e outras atividades que o serviço possa oferecer.

Pelo fato da RD advir de uma postura contrária ao paradigma proibicionista e repressivo, isso muitas vezes é confundido pela própria equipe, com uma postura complacente e permissiva quanto ao uso de drogas, inclusive dentro do serviço. Apesar de haver incômodo constante com o uso recorrente, a equipe sentia-se constrangida em restringir ou coibir. E que conseqüências isso trazia para a própria equipe e para os usuários?

Bem, tomemos o exemplo concreto da manutenção dos serviços, no sentido de limpeza, arrumação, qualidade das oficinas e grupos terapêuticos, dos espaços coletivos de gestão, ao que toda essa dinâmica fica prejudicada quando o usuário a negligencia. O uso de drogas no serviço, em certa medida, contribuía para a ocorrência de situações que comprometiam a co-responsabilização com esta em atitudes desrespeitosas com a equipe de limpeza do serviço; descuido com a limpeza dos ambientes, como no fumódromo⁵⁴ (em que jogavam pontas de cigarros no chão ao invés de colocar nas lixeiras), entre outras. A complexidade disso é que, apesar de considerarmos que o abuso de drogas prejudica essa

⁵³ Segundo os autores, essa pesquisa pode ser encontrada em: Labigalini, Junior E. O uso de Cannabis por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos. In: Mesquita F, Seibel S (orgs.). Consumo de drogas, desafios e perspectivas. Hucitec: São Paulo, 2000. p. 173-84.

⁵⁴ Espaço que foi legitimado para que os usuários pudessem fazer uso de tabaco, separando de espaços fechados.

dinâmica, este não é o único fator responsável. Não podemos simplesmente dizer que se todos permanecessem abstinentes, isso garantiria o funcionamento pleno das atividades. O que ressaltamos aqui, é que se trata de um serviço de saúde. E isso demarca uma diferença em relação à moradia do usuário ou aos lugares que ele transita fora do serviço.

Na Carta dos direitos dos usuários da saúde, documento oficial do Ministério da Saúde, indica-se, além dos direitos, descritos no princípio 5º, a necessidade do comprometimento de cada cidadão para que se efetive as ações em saúde. Dentre estes, destaca-se: “contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando, principalmente ruídos, *usos de fumo/produtos derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente*” (PASSOS, 2006, p. 117, grifos nossos).

Há que se ter o entendimento de que, não é por que são usuários de drogas, que os mesmos não são co-responsáveis pela manutenção do lugar que ele frequenta para melhorar sua vida. Isso seria confundir cuidado com tutela ou reforçar uma infantilização que está na contramão do protagonismo. Atribuir responsabilidades e envolver os usuários com o cotidiano dos serviços contribuem, ainda, para a construção ou retomada da autonomia desses sujeitos, princípio tão apregoado e caro à Reforma Psiquiátrica. As atitudes por parte dos usuários, seja em situação de abuso de drogas ou não, em certo sentido, já naturalizada, eram colocadas em análise coletivamente, tornando-se, por vezes, pautas nas assembleias.

Já afirmamos que a pactuação coletiva adquire significativa relevância não só no que diz respeito à esfera da gestão do serviço, como também na gestão do cuidado, contribuindo para o direcionamento clínico. Ou seja, expressar as dificuldades vivenciadas no âmbito das relações no CAPS, colocá-las em análise, estabelecer normas ou limites pode se apresentar como uma estratégia potente para que os usuários possam lidar com a dificuldade em conseguir colocar limites em algumas situações de suas vidas.

Tais colocações não pretendem fixar um padrão identitário, como já dissemos, homogeneizando todos os usuários, muito menos imprimir um caráter de imutabilidade, em uma premissa de que todo usuário não tem limite e que o uso de drogas é uma expressão da falta de limites ou mera fuga da realidade. Enquanto cuidadores de sua saúde temos que buscar entender a dimensão subjetiva e o quanto situações como essas, vinculadas ao ambiente institucional, podem auxiliar em uma demanda por maior organização, tanto na vida

dos usuários, como no processo de trabalho da equipe. Para os usuários, especialmente, isso pode trazer uma contribuição interessante para conseguir lidar com os momentos de fissura (vontade incontrolável de fazer uso, que acontece geralmente em decorrência de um período abstinente). Ou, pode potencializar seu papel “autoregulador” no uso de drogas (BRASIL, 2003, p. 27). Claro está ainda que esse viés institucional nos atravessa sem nos darmos conta, por isso, a relevância para todos que compõem o coletivo.

6. Considerações finais

*“em um mundo que se fez deserto
temos sede de encontrar companheiros”
Saint-Exupéry*

A experiência de trabalho em um serviço público para atenção a usuários de álcool e outras drogas, ativada pelas memórias que se atualizaram nessa escrita, permitiram compreender com quantas situações inusitadas somos convocados a lidar. Uma realidade multifacetada nos assola, seja pela marcada distinção entre usuários de álcool e de outras drogas, seja pelo uso de drogas dentro do CAPS ou pela necessidade de intermediar discussões que podem envolver até agressões físicas.

Ademais, é fato que tratar de um tema como esse, traz a necessidade de diálogos com a justiça e a segurança pública, uma vez que correspondem a áreas que, tradicionalmente lidaram com essa questão, sem prescindir de modificações nas legislações em torno da descriminalização do usuário de drogas ilícitas. Isso tudo, levando em conta o fato de estarmos no século XXI, no contexto de sociedades capitalistas, e que, a despeito de todos os riscos sociais e ecológicos, a lógica ainda é voltada para a supremacia de valores de consumo, e, conseqüentemente, para a produção de subjetividades voltadas para o consumo. É esse o universo com que um CAPSad se depara cotidianamente e, em meio a isso, é imprescindível que se produzam discussões sobre o sentido de existência de um serviço como esse, sobre as diretrizes que norteiam suas ações, evitando uma prática calcada em automatismos do “não pensar”, ou ao contrário, uma ausência de ação incorrendo na inércia.

É notório o quanto a saúde no Brasil, desde a Reforma Sanitária, vem provocando transformações na sociedade em níveis que ultrapassam o setor saúde, num esforço em tornar mais efetivos os princípios previstos na Constituição de 1988. Não nos parece diferente com a questão das drogas, uma vez que vem se formulando debates que nos levam a pensar no tema em toda sua complexidade. Sabemos que a questão das drogas é hoje uma prioridade no âmbito da formulação de projetos na saúde. Entretanto, apesar da relevância alcançada, é necessário garantir tempo no cotidiano de trabalho das equipes de serviços como os CAPSad para discutir, analisar e transformar – juntamente com os usuários – relações abusivas com as drogas, em relações que potencializem a vida.

Podemos pensar que, se a questão das drogas envolve múltiplos determinantes, tais como determinantes psicológicos, farmacológicos e sócio-culturais, é de suma importância que os CAPSad estejam concatenados com esses três aspectos, de forma mais equilibrada, sem sobrepujar um ou outro. Com o redimensionamento do paradigma de atenção às toxicomanias, trazido pela Redução de Danos, o usuário passa a ser visto não mais como predominantemente doente ou criminoso, mas como um cidadão, incorporando-se assim, um respeito às escolhas feitas e aos modos de vida. Diante disso, tem-se introduzido ações nas quais os trabalhadores tornam-se agentes da produção e promoção de saúde e não de uma perspectiva moral e prescritiva da vida dos usuários. Com isso, é de suma importância que os CAPSad ofereçam alternativas diversificadas, não somente àqueles que não querem ou não conseguem parar, como também efetivamente àqueles que desejam parar, considerando os recursos disponíveis. O que se constitui como enorme desafio, frente à complexidade da realidade clínico-institucional dos usuários de AD. Esta complexidade demanda ainda o entendimento de que a lógica da redução de danos não é contrária à abstinência, sendo possível que esta se apresente como a melhor alternativa, desde que expresse uma escolha construída conjuntamente, entre equipe responsável e usuário (MORAES, 2008).

Na nossa experiência pudemos identificar, desde o início, a necessidade de firmar e produzir sentido acerca dos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da clínica em AD para, a partir disso, lidar com a diversidade de discursos, práticas e agentes do CAPS, de modo a produzir qualificação no cuidado. Dizemos isso, alicerçados em um saber-fazer, como nos coloca Barros e Passos (2009b, p. 18): “o ponto de apoio na escrita cartográfica é a experiência, entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer”.

Talvez um dos mais difíceis desafios da Reforma Psiquiátrica seja a incorporação do princípio da desinstitucionalização, por parte dos diversos sujeitos implicados. Na expressão “incorporação” podemos encontrar inclusive o sentido de um agir com o corpo ou a encarnação de um princípio. Princípios e diretrizes não estão presentes apenas num plano ideário – emergindo a partir de uma instantânea mudança dos modos de pensar. Sabemos que os manicômios mentais nos habitam, *incorporam-se, produzem corpos*. Partindo desse pressuposto nos aproximamos, nessa narrativa cartográfica – embora não tenha sido este o nosso objetivo – de uma análise sobre a relação entre práticas corporais e práticas que ativem a desinstitucionalização. Nesse sentido, apontamos que as práticas com os corpos podem ser

dispositivos de desinstitucionalização, de produção de corpos/subjetividades autônomas e inventivas.

Considerando que a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas articula-se e encontra respaldo na Política da Reforma Psiquiátrica, muitos são os dispositivos de atenção e gestão que fazem funcionar um serviço como o CAPSad. Sabemos, entretanto, que estes precisam ser disparados de acordo com a realidade que se apresenta em cada situação vivenciada. Na discussão sobre os sentidos da clínica em CAPSad, buscamos destacar a importância dos trabalhadores se apropriarem de saberes acumulados que os permita um bom manejo da prática. Os processos de educação permanente ganham especial importância para que isso se efetive.

Um trabalho como esse, empreendido pelos CAPSad deve ser lapidado dia-a-dia. Não necessita mais do que “mãos à obra”. Obra essa que Foucault, sem receios e anseios se refere quando afirma que nossa vida, ela mesma, pode ser uma obra de arte. Castoriadis (2004, p. 149) escreve sobre os conteúdos poiéticos, os quais “servem muito mais do que servir para qualquer coisa: servem, muito mais importante que todo o resto, para que os humanos possam dar um sentido ao mundo e a suas vidas, é este o papel do poiético”. Na clínica das toxicomanias, da dependência que, por ora, denominamos clínica AD, algumas práticas que aqui buscamos narrar, podem potencializar um certo agenciamento com outras dimensões da vida não previstas nos protocolos de atenção e gestão, constituindo-se assim, como práticas de desinstitucionalização. Apesar de não referir o termo desinstitucionalização, na citação abaixo Guattari nos traz uma discussão que parece bem oportuna quando abordamos esse tema:

[...] não sou tão ingênuo e utopista para pretender que existira uma metodologia analítica segura que erradicasse em profundidade todos os fantasmas que conduzem a reificar a mulher, o imigrado, o louco, etc., e eliminasse as instituições penitenciárias, psiquiátricas, etc. Mas parece-me que uma generalização das experiências de análise institucional (no hospital, na escola, no meio urbano...) poderia modificar profundamente os dados desse problema... Só que essa reconstrução passa menos por reformas de cúpula, leis, decretos, programas burocráticos do que pela promoção de práticas inovadoras, pela disseminação de experiências alternativas, centradas no respeito à singularidade e no trabalho permanente de produção de subjetividade, que vai adquirindo autonomia e ao mesmo tempo se articulando ao resto da sociedade (GUATTARI, 1990, p.44).

Embora esta escrita tenha tido a potência de produzir sentidos importantes da minha experiência, em alguns momentos senti a necessidade de compartilhar novamente estes sentidos com outros sujeitos que compuseram o trabalho no CAPSad, os quais podem não aparecer explicitamente, mas estão presentes em cada linha. Pois, trata-se, sobretudo, de uma experiência coletiva, na medida em que buscamos fazer um relato de problemas concretos que emergiam e de acordos coletivos que foram compartilhados, imbricados em um processo de produção de práticas desinstitucionalizantes.

Por fim, cabe assinalar, não em tom de avaliação ou de verdade que, apesar de todos os avanços provocados pelas reformas no campo da saúde, da saúde mental e de álcool e outras drogas, ainda há muito a ser feito no âmbito da atenção aos usuários, e isso implica necessariamente, em mudanças também no âmbito da gestão dos processos de trabalho, tendo em vista a indissociabilidade entre atenção e gestão. Na experiência coletiva que vivemos, algumas estratégias foram agenciadas a partir de nossa prática concreta, tornando-se legítimas para uma determinada realidade e para sujeitos que dela participaram, sendo por isso, impossível de serem generalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo (coord). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMUY, Liliane Maria Prado. **A lei anti-tóxico (nº 6.368/76): os critérios científicos utilizados em sua elaboração e a exclusão do álcool**. Dissertação (Mestrado). 2005 - 104f. – Programa de Estudos de Pós-Graduação em História da Ciência. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

ARAGON, Luis Eduardo e LIMA, Elizabeth Araujo. Agenciamento coletivo de clínica: singularidade, potência e método Texto apresentado no XII Simpósio da ANPEPP, Maio/2008.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARROS, Laura Pozzana e KASTRUP, Virginia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, Regina Benevides e KASTRUP, Virginia. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos**. Porto Alegre: Sulina, 2009a.

_____. A cartografia como método de pesquisa e intervenção. In: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos**. Porto Alegre: Sulina, 2009b.

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo. Afinal: é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: Anais do XII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP - Natal/2008. Texto na íntegra não publicado nos Anais. S/D.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10 (3): 561-571. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>> Acesso em 05 abr 2008.

_____. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: GALLI FONSECA, Tânia Maria; KIRST, Patrícia Gomes (Orgs.) **Cartografia e Devires: A Construção do Presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

BASAGLIA, Franco (org). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Gerais, 1985.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. São Paulo: Celta, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. ISBN 978-85-334-1444-0 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Decreto nº 6117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm> Acesso em 05 de nov de 2008.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11343** de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em 05 abr. 2009.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.197/GM Em 14 de outubro de 2004. Disponível em:< <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/6009-2197?format=pdf>> Acesso em 05 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de maio de 2002. Disponível em:<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>> Acesso em: 28 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 28 de ago. 2008.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101 de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 31 de maio de 2001. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1188>> Acesso em 01 de set de 2008.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 05 de abril de 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARLINI, E. A. Redução de danos: uma visão internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 52, nº 5. set-out, p. 335-339. 2003.

CARLINI et al. Posicionamento da Unifesp sobre Redução de danos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 52, nº 5. set-out, p. 363-370. 2003.

CARVALHO, A. B. e VASCONCELOS, M. Relatório do Planejamento do CAPS AD: Discussão sobre os princípios norteadores da assistência em SM e em AD/ qualificação do cuidado. Cartilha de educação permanente não publicada. 2008

CASTORIADIS, Cornelius. **Figuras do pensável**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

CRUZ, Marcelo Santos, SAAD, Ana Cristina, FERREIRA, Salette Maria Barros. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v. 52, nº 5. p.355-363 set-out, 2003.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

DELEUZE, G. **O devir revolucionário e as criações políticas**. Entrevista de Gilles Deleuze a Toni Negri. Novos Estudos: CEBRAP, 1990.

ESCÓSSIA, Liliana da. O Coletivo como Campo de Intensidades Pré-Individuais. In: ESCÓSSIA, Liliana da e CUNHA, Eduardo Leal [orgs.] **A psicologia entre Indivíduo e Sociedade**. São Cristóvão: Editora UFS, 2008.

_____ e KASTRUP, Virginia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**: Universidade Estadual de Maringá, 2005.

_____. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface - comunicação, saúde, educação/** Fundação UNI/UNESP, v.13, supl.1, Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, 2009.

_____ e MANGUEIRA, Maurício. Para uma psicologia clínico-institucional a partir da desnaturalização do sujeito. **Rev. Dep. Psicol.,UFF** vol.17 no.1 Niterói Jan./June 2005. ISSN 0104-8023.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Edições Loyola, São Paulo, 2004

_____. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2003

_____. **A arqueologia do saber**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000

_____. **Vigiar e punir: histórias da violência nas prisões**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996

_____. O nascimento da medicina social. In **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Historia da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977

GALEANO, Eduardo. **O Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2005

GUATTARI, Felix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990

_____ e ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005

GULLAR, Ferreira. Uma lei errada/A sociedade sem traumas: a nova psiquiatria é 'democrática'. Alguém já ouviu falar em urologia democrática? Folha de São Paulo. São Paulo, SP. Seção Opinião, 12/04/09

JULIÃO, Alessandra Maria. Redução de Danos para o Álcool. In: NIEL, Marcelo e XAVIER DA SILVEIRA. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para os profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Gradiva, 1989

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006

MACHADO, Ana Regina e MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas: da Justiça à Saúde Pública. **Revista História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, vol. 14, nº 03, RJ, July, sept, 2007. ISSN 0104-5970

MAC RAE, Edward e GORGULHO, Monica. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v. 52, n. 5. set-out, p. 371-374, 2003

MANGUEIRA, Mauricio. **Uma ciência do atual: Algumas considerações básicas da prática: campo e método**. Texto não publicado, proferido em disciplina para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFS, 2008

MASUR, Jandira. **O que é toxicomania**. São Paulo: Brasiliense, 1993

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 13(1):121-133, jan.-fev. 2008. Versão impressa ISSN 1413-8123.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2003

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Resposta ao artigo de Ferreira Gullar. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/RESPOSTA_A%FERREIRA_GULLAR.pdf> Acesso em 15 out. 09.

PAULON, Simone Mainieri. A desinstitucionalização como transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. In: **Athenea Digital** - num. 10, otoño 2006. ISSN: 1578-8946. Disponível em <<http://antalya.uab.es/athenea/num10/mainieri.pdf>> Acesso em 07 jul. 09

PACHECO, Elizabeth. **Dos poros ao sopro: a pró-cura clínica.** Texto apresentado no XII Simpósio da ANPEPP, Maio/2008

PASSOS, Eduardo (org). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006

PETUCO, Dênis. **Toxicomania: uma doença do consumo. 2009.** Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net>> Acesso em 05 jan 2010.

RAMÔA, Marise de Leão. **A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps ad.** 2005 - 115f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

RAUTER, Cristina. Oficinas para Quê? – uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RIBEIRO, Marcos Aurélio Martins. Hospital Psiquiátrico. Painel do Leitor. Folha de São Paulo. 13/04/09. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view16222.html>> Acesso em 15 out. 09.

RODRIGUES, Heliana Conde. Formação ‘psi’: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: **Clínica e Política 2.** Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.

_____, Heliana Conde. Sejamos realistas, tentemos o impossível. Desencaminhado a psicologia através da análise institucional. In Vilella e Ferreira (org) **História da psicologia: rumos e percursos.** Rio de Janeiro: Nau Ed, 2007.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta, MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de Passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, Clayton Ezequiel dos. Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição. In MERHY, E. & AMARAL, H. **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Hucitec, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. BARROS, M. E. B. GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

SENNETT, Richard. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. 2007 – 116 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2007.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis RJ: Vozes, 2003.

SIMONDON, Gilbert. A Gênese do Indivíduo. In: **O Reencantamento do Concreto**. Cadernos de Subjetividade, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP – vol 1, nº 1 (1993) – São Paulo: Editora Hucitec / Educ, 2003.

SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. ISBN 978-85-60662-13-5, 2008.

TALLEMBERG, Claudia, A. A. S/D. **Fazendo da clínica uma oficina: modos de experimentação e produção social em Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/clinica>> Acesso em 20 nov 2008.

TEDESCO, Solange e BENETTON, Jô. A questão da interdependência e dependência sob o vértice da terapia ocupacional. In: GORGULHO, Monica e XAVIER DA SILVEIRA, Dartiu. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

TOFOLI, Luis Fernando. Hospital Psiquiátrico. Painel do Leitor. Folha de São Paulo. 14/04/09. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/16222.html>> Acesso em 15 out. 09.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. **Loucos e Homossexuais: consumidores como outros quaisquer. Um estudo sobre modos de subjetivação de relações homoeróticas em um CAPS de Aracaju-Se**. 2008 – 233 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Salvador, BA, 2008.

_____ e MORSCHER, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface - comunicação, saúde, educação/**

Fundação UNI/UNESP, v.13, supl.1, 2009 Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP. ISSN 1414-3283.

VEYNE, Paul. **Foucault revoluciona a história**. Brasília: UNB, 1982.

XAVIER DA SILVEIRA. Dependências: de que estamos falando afinal? In: GORGULHO, Monica e XAVIER DA SILVEIRA, Dartiu. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.