

MAYARA APARECIDA BONORA FREIRE

**NOTAS CARTOGRÁFICAS SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO
DE UM CAPS AD:
Do plano das leis ao plano dos afetos**

**ASSIS
2018**

MAYARA APARECIDA BONORA FREIRE

**NOTAS CARTOGRÁFICAS SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO
DE UM CAPS AD:
Do plano das leis ao plano dos afetos**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de mestra em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

ASSIS

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

Freire, Mayara Aparecida Bonora

F866n Notas cartográficas sobre o processo de implantação de um
CAPS ad: do plano das leis ao plano dos afetos / Mayara
Aparecida Bonora Freire. Assis, 2018.

101 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis

Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Álcool. 2. Drogas. 3. Drogas - Cartografia. 4. Políticas
públicas. I. Título.

CDD 344.042

Mayara Aparecida Bonora Freire

**NOTAS CARTOGRÁFICAS SOBRE O PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS AD: Do plano das leis ao plano
dos afetos**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em PSICOLOGIA (Área de Conhecimento: PSICOLOGIA E VIDA SOCIAL)

Data da Aprovação: 02/02/2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Silvio Yasui - UNESP/ASSIS

Membros: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon - UFRGS/POROTO ALEGRE

Profa. Dra. Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima - UNESP/ASSIS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente - e ainda: Fora Temer! Fora Quirino!

Permito-me, neste espaço, a ultrapassar os cumprimentos formais e ser grata a todas(os) aquelas(es) que fizeram parte desta navegação: algumas(ns) como marinheiras(os), outras(os) como apoios e guias em terra firme. Nenhuma embarcação navega sozinha!

À minha mãe, Cleuza, pelo afago sempre pronto e, sobretudo, pelo esforço incansável em compreender os percursos de uma filha que decidiu “fazer diferente”. Seu amor cotidiano e seu cuidado incondicional me permitiram crescer e sentir-me livre. Ao meu pai (*in memoriam*), pela teimosia e pelo espírito transgressor. Grata pelo cuidado enquanto foi possível! Ao meu irmão, Fabrício, por me ensinar, desde sempre, a lutar e a sonhar alto. Obrigada por ampliar o meu olhar! À vó Nair, pela sabedoria e simplicidade tão preciosas.

À Cristina, sogrinha, e ao Pedrinho, meu cunhado, pelo apoio sempre carinhoso e irreverente.

Ao Luca Toni, à Tulipa e à Cacau, meus três amores de patas, pelos olhares compreensivos, pela companhia (nem sempre) silenciosa nas horas em frente ao computador. Obrigada por me lembrarem, diariamente, que o afeto aparece nas pequenas coisas.

À equipe do CAPS ad: Carla, Fran, Isabela, Ju, Jully, Leo, Luiza, Marco Aurélio, Mayra, Mia, Patrick, Pati, Paula e Thais: pelo espaço diário de trocas e por me desafiarem a (re)construção de olhares e manejos.

Aos bons encontros de Adamantina, minha cidade natal, representados por pessoas muito queridas: Nívea, Natália, Lucas, Dani, Mario, Estrovo, Tchawan, Carol, Márcia e tia Iside. Grata por terem acreditado em mim, pelo amor atemporal e pela recepção sempre calorosa.

Aos bons encontros da UNESP/Assis, que me fizeram florescer. “Tem gente que é feito casa”. À República Ponto G, meu primeiro (e eterno) lar universitário. À Lari Vicentini, pelas leituras vespertinas. À Lu (marida), pela transparência e familiaridade no olhar. À Emily (Hemiley), pelos longos e fraternos abraços, pelos bolos e cafés deliciosos, pelas noites de domingo e por me ensinar que as lágrimas são, em muitos momentos, a melhor forma de expressar alguns sentimentos. Seu afeto é capaz de produzir uma sensação íntima e permanente de “estar sempre por perto”. À Curcio (charááá), pela representatividade feminina, por brigar por mim e comigo, pelo posicionamento contundente, pelas “brisas” catárticas e pelo amor fraterno. Sua força me inspira e suas risadas iluminam cada queixa minha, tornando-as possibilidades de mudança (ou de pé na porta mesmo!). À Maria Rita

(piri), pela quebra de paradigmas, por ser “quase minha irmã” e por compartilhar comigo os afeto caipiras. Ao Mateus Pedro, pelas inúmeras e diversas trocas, por me aproximar da Atenção Psicossocial e por me reaproximar do vôlei - tão necessário para manter minha potência de vida. Sua coragem e indecisão (simultâneas!) são admiráveis. Ao Pedro Marangoni, melhor imitador da UNESP/Assis, seu percurso e serenidade são motor para meu caminho e de tantas(os) outras(os) pós-graduandas(os). Ao Maico, meu amigo psicanalista, pelos tantos ensinamentos e intercessões (está escutando?). Sua paciência e cuidado cotidianos me faz acreditar - cada vez mais – em uma ciência menos hierárquica e absoluta. Ao Igo, da Terra do Nunca para o mundo de Brasília, pelo protagonismo, pela luta e por sempre levar-nos a novos territórios de pensamento. À Juliana Bessa, pela parceria de anos, pelo olhar puro e sem preconceito. Grata por todo o carinho (em forma de ordem, é claro). A todas(os) aquelas(es) que fizeram parte do meu caminho na embarcação UNESP/Assis, cantoras(es), poetisas(poetas) e transeuntes: nossos encontros foram responsáveis por tornar este trabalho uma obra coletiva!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e à Seção Técnica de pós-graduação, pelo apoio acadêmico e pela paciência com minha dificuldade (resistência) em lidar com trâmites burocráticos.

Ao meu orientador, Silvio Yasui, por me fazer acreditar na potência dos coletivos e na (re)invenção das práticas. Sua história me guia a mergulhos tão ousados e me inspira, diariamente, a continuar lutando. Grata pela confiança e por todo o cuidado nesse processo!

À banca de qualificação e de defesa, Simone Mainieri Paulon e Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, pelas imensas contribuições a minha pesquisa. Grata pela atenção e pelo cuidado!

À professora Mary Yoko Okamoto, por me apresentar o universo da pesquisa científica e pela serenidade em me acompanhar em cada novo passo. À professora Liamar Aparecida dos Santos, pela inserção no campo das Políticas Públicas de Saúde, por meio do estágio. Grata pela confiança depositada em mim e pelo sorriso que nos trazia segurança para continuar.

Ao André Luis Leite e ao Clayton Ezequiel dos Santos, pelo espírito colaborativo e solidário a minha pesquisa.

Às(aos) usuárias(os) do CAPS ad de Ourinhos, por me proporcionarem os mais dolorosos e valiosos processos de desterritorialização de saberes. Aprendi, com vocês, que as

regras de um CAPS nunca podem ser fixas, mas são sempre (re)construídas nas relações com cada usuária(o). Aprendi, com vocês, a ser uma trabalhadora capaz de escutar os efeitos do machismo nas subjetividades. Aprendi, com vocês, que uma mesma droga pode cumprir funções distintas na vida de uma mesma pessoa. Aprendi, com vocês, a escutar o sujeito por inteiro, esquecendo-me, por vezes, de qual era “a droga de preferência”. Aprendi, com vocês, que dizer “se cuide, hein”, “espero você amanhã aqui no CAPS” é permitir-me ser atravessada pelos afetos de encontros não-neutros. Na figura de Fernando Nunes, usuário que guiou esta embarcação em muitas de suas paradas, nomeio minha gratidão a vocês, que se permitem ser afetadas(os) por nós e nos afetar (muito!). Dedico essa narrativa a todas(os) vocês, que tornaram tal mergulho possível!

Por fim (mas é sempre o começo), também dedico essa dissertação ao meu companheiro, Felipe. Pela cumplicidade, pela inspiração cotidiana, pelo apoio em cada abraço e pela paciência em todos os momentos desse mergulho tão intenso. Sua presença ao meu lado ora me proporcionava oxigênio, ora me servia de bússola para experimentar novos territórios. Meu amor, obrigada pelos risotos maravilhosos, pela escuta acolhedora, por sua potência criadora contagiante e por dividir comigo tantos sonhos.

FREIRE, Mayara Aparecida Bonora. **Notas cartográficas sobre o processo de implantação de um CAPS ad: do plano das leis ao plano dos afetos**. 2017. 101f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017.

RESUMO

O presente trabalho busca narrar sobre o processo de implantação do CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas) do município de Ourinhos, interior de São Paulo. Como dissertação de mestrado, objetiva dissertar sobre os (des)encontros dos planos que permeiam a implantação de Políticas Públicas em um território com suas singularidades, a partir das experiências diárias desta cartógrafa/trabalhadora do CAPS ad em questão, por meio dos encontros com usuárias(os) e trabalhadoras(es) do serviço, bem como pelos encontros teóricos que inspiraram essa prática. Chamamos nossos encontros de mergulhos e nosso caminho, de embarcação, instrumentalizados pela cartografia enquanto modo de fazer e olhar/sentir. Foram realizadas, nesse percurso, entrevistas, análises documentais e foram construídos diários de campo, de modo a experimentar o campo das políticas públicas e de sua efetivação. Compreendemos o desafio cotidiano de convivência entre os distintos paradigmas de cuidado direcionados ao uso de álcool e outras drogas, proibicionista e de redução de danos – ambos também presentes no plano das leis -, e defendemos, sobretudo, a (re)construção cotidiana do conceito de política enquanto arte, enquanto produção formas de existir, que possibilitem processos de singularização – e não homogeneização, como vem sendo confundido o plano das leis -, pois é na dimensão dos afetos que se efetivam (ou não) as políticas. Nossa defesa, portanto, é pelo encontro: encontro dos planos macro e micro, das leis e dos afetos, indissociáveis e necessários para a construção de formas de cuidar menos prescritivas e mais afetivas.

Palavras-chave: álcool e outras drogas; cartografia; plano das leis; plano dos afetos.

FREIRE, Mayara Aparecida Bonora. **Cartographic notes on the implementation process of a CAPS ad: from the plane of laws to the plane of affections**. 2018. 101 p. Dissertation (Masters Degree in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

ABSTRACT

The present work seeks to narrate about the process of Ourinhos CAPS ad implantation (Psychosocial Alcohol and Drug Attention Center), in the interior of São Paulo. As a master's dissertation, the objective is to discuss the (dis)meetings of the plans that permeate the implementation of Public Policies in a territory with its singularities, based on the daily experiences of cartographer / worker of the CAPS in question, through meetings with users and workers, as well as the theoretical encounters that inspired this practice. We call our diving encounters and our way, from vessel, instrumentalized by cartography while the way of production and look / feel. In this course, interviews, documentary analyzes and field diaries were carried out, in order to experience in the field of public policies and their effectiveness. We understand the daily challenge of coexistence between the different paradigms of care directed to the use of alcohol and other drugs, prohibition and reduction of damages - which also appears in the laws - and we defend, above all, everyday (re)construction the concept of politics as art, as production forms of existence, that enable processes of singularization - and not homogenization, how the law plan has been confused -, because it is in the dimension of the affections that the policies are effective (or not). Our defense, therefore, for the meeting: meeting of macro and micro, laws and affections, inseparable and resources to build less prescribed and more affective forms of care.

Keywords: alcohol and other drugs; cartography; plan of laws; plane of affections.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AME** - Ambulatório Médico de Especialidades
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPS i** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CGR** - Colegiado de Gestão Regional de Saúde
- CIAPS** - Centro Integrado de Atenção Psicossocial
- CIR** - Comissão Intergestora Regional
- CNSM** - Conferência Nacional de Saúde Mental
- CNSMI** - Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
- CONAD** - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (inicialmente, Conselho Nacional Antidrogas)
- CONFEN** - Conselho Federal de Entorpecentes
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CT** - Comunidade Terapêutica
- DBA** - De Braços Abertos
- DRS** - Departamento Regional de Saúde
- DST** - Doença Sexualmente Transmissível
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- EAPS** - Estratégia Atenção Psicossocial
- EUA** - Estados Unidos da América
- FPISMO** - Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos
- MCP** - Modo Capitalista de Produção
- NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PEAD** - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
- PNAD** - Política Nacional Antidrogas
- PRD** - Programa de Redução de Danos

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO - Terapia Ocupacional

UBS - Unidade Básica de Saúde

UDI - Usuária(o) de Drogas Injetáveis

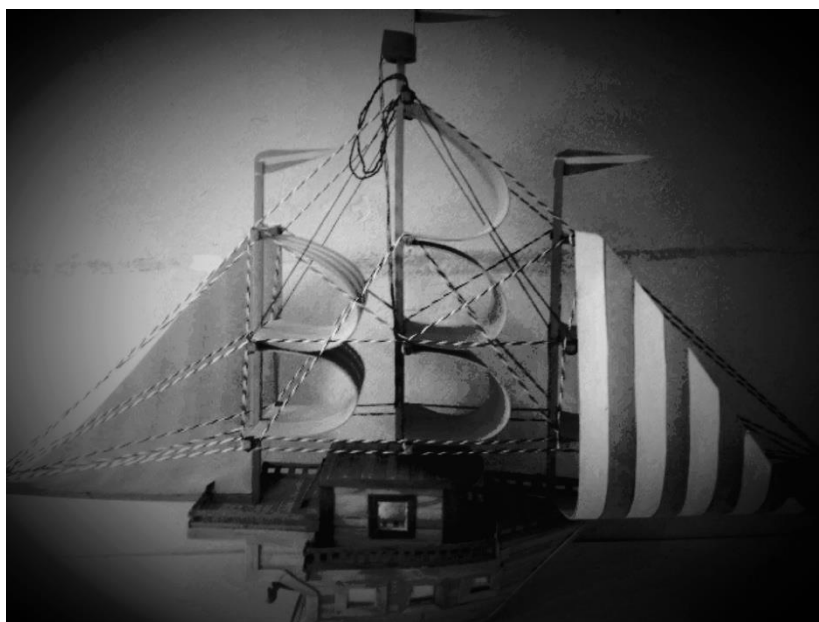
UNESP - Universidade Estadual Paulista

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
Objetivos	16
O caminho metodológico	17
Notas sobre os movimentos.....	22
MOVIMENTO I - Rastreando	24
Reflexões e capturas diversas sobre Políticas Públicas	25
O plano das leis: uma narrativa histórico-política-cultural-ideológica	27
A Reforma Psiquiátrica e o cuidado ao uso de álcool e outras drogas.....	36
O que as pesquisas nos dizem sobre drogas.....	38
Mande notícias do mundo de lá, diz quem fica.....	41
MOVIMENTO II – Tocando e pousando	43
Território.....	43
O município e seus agenciamentos.....	44
MOVIMENTO III – (Re)conhecendo	52
As capturas e potências ‘pré’ plano das leis.....	53
Os (des)encontros de lógicas e planos.....	57
Os riscos do fascismo cotidiano.....	61
As redes, seus aprisionamentos e suas potências.....	65
O agenciamento de novas coreografias.....	69
Voltando para o começo caminhando nesse chão	72
CONSIDERAÇÕES (NÃO TÃO) FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS.....	78
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
Entrevistas.....	84



Navio construído por Fernando, usuário do CAPS ad.

Embarcação que se juntou a nós.

Um indivíduo adquire um verdadeiro nome próprio ao cabo do mais severo serviço de despersonalização, quando se abre às multiplicidades que o atravessam de ponta a ponta, às intensidades que o percorrem. (...) Falamos do fundo daquilo que não sabemos, do fundo de nosso próprio subdesenvolvimento (DELEUZE, 1992, p.15).

APRESENTAÇÃO

Os afetos são o motor desta pesquisa. Os tantos caminhos a serem compartilhados aqui só foram possíveis por meio dos afetos desta pesquisadora em seu processo de pesquisa. Pesquisa-cotidiana, pesquisa-trabalho, pesquisa-militância, pesquisa-existência, pesquisa-cartografia. Dessa maneira, ousou chamar-me de cartógrafa, termo ao qual as(os) leitoras(os)¹ compreenderão em breve, ao longo do texto – ou em suas próprias cartografias diárias.

A inspiração para este trabalho advém da composição de inúmeras experimentações: pessoais, profissionais, relacionais. Certamente, essa embarcação iniciou sua jornada há muito mais que dois anos e meio.

Cresci num município pequenino, no interior do interior do estado de São Paulo, onde as raízes do campo ainda são fortes e hegemônicas. Adamantina. Lá há simplicidade e afeto. Dos tantos afetos-memórias que me chegam, lembro-me das tardes no sítio, com os pezinhos imersos nas águas da represa, assistindo aos peixes nadarem “pra lá e pra cá”. Havia em mim uma subjetividade curiosa que sempre se perguntava se de dentro da água era possível ver tão bem o movimento de cada peixe como eu via de fora. Um dia, pulei dentro da represa. Abri os olhos, mexi cada membro do meu corpo. Pude ver uma água diferente, toda bagunçada com o impacto do meu salto. Segundos depois, tudo ficou transparente de novo, mas os movimentos dos peixes já não eram os mesmos: alguns passavam tocando em meus braços e pernas; outros nadavam com a maior velocidade já vista por mim. Senti a temperatura da água, vi as pequenas bolhas de oxigênio, toquei nadadeiras e escamas. Saí correndo e voltei à casa, contando aos meus pais: “eu nadei com os peixes, quero ser uma sereia!”. Primeiro mergulho.

Chego à Psicologia não à toa: assim como as sereias, buscava a hibridez das experiências. Dentre as inúmeras viagens durante a graduação - ora na terra, ora do mar -, é imprescindível salientar a inserção no campo por meio de estágio curricular em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Assis, com foco na Atenção Psicossocial ao uso prejudicial de álcool de outras drogas. Tal como se propõe a Política Nacional de Atenção Básica, atrevi-me a explorar o território: perambulei pelas ruas, adentrei casas,

¹ Esta primeira nota de rodapé inaugura o ato desta cartógrafa ao longo de todo o texto ao “gendrar” as palavras, ou seja, marcar os dois gêneros gramaticais. A partir da crítica ao sistema hierárquico de gênero, em que as produções femininas são invisibilizadas e/ou desqualificadas, registro aqui meu posicionamento de luta pela visibilidade das mulheres, inclusive, no universo acadêmico.

mocós² e biqueiras³, vi de perto o tráfico, a prostituição e a pobreza. Instiguei-me com as questões – psíquicas, sociais, culturais, ideológicas - que perpassam o uso de drogas e ultrapassam conceito de “dependência química”. Segundo mergulho.

Também tive a oportunidade de realizar estágio curricular no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS)⁴ de Assis. Transitei da Atenção Básica para o serviço que se pretendia “especializado”. Realizava acolhimentos e atendimentos de pessoas que iam até lá, à procura de cuidado para o uso prejudicial de álcool e drogas. Me incomodava em dizer, para cada um que chegava: nos encontramos na semana que vem. Poucas (os) retornavam. Não conseguia localizar se a angústia maior era minha ou do sujeito que lá chegava. Uma semana parecia muito tempo para quem estava na fissura, numa busca por cuidado tão compulsiva quanto a busca pelo uso. Muitas internações ocorreram, pois apenas estagiárias(os) e um médico atendiam essa demanda. Jurei para mim mesma que nunca trabalharia num Ambulatório. Seria o local ou a lógica?

Ao final da graduação, o Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública possibilitou a experiência e a prática em diferentes equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Cândido Mota/SP durante um ano. Neste período, mais uma vez, o cuidado ao uso de álcool e outras drogas viera ao meu encontro (ou eu que fora a seu encontro?). Dentre as ações desenvolvidas, priorizamos o contato com as(os) usuárias(os), as rodas de conversa com café na praça em que ocupavam. Era preciso conhecer, era preciso afetar-se. Num município em que a lógica ainda era higienista (“vamos mandar todas(os) moradoras(es) de rua para Assis!”), me lembro bem desta frase), resistir e continuar ocupando as ruas e as praças era prática de liberdade e de cuidado. Outro mergulho.

Ainda na experiência do Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Pública, houve a possibilidade de participar do projeto “Percurso Formativos na RAPS: Intercâmbios e Experiências”, com foco na linha de demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas. Enquanto rede visitante, passamos cerca de um mês em Uberlândia/MG, trabalhando (mesmo!) em diversos equipamentos do município, entre eles: CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), CAPS ad III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), Escola de Redução de Danos e Consultório na Rua. Fora um mergulho em águas bem profundas, que multiplicaram os olhares dessa que vos escreve, enquanto sujeito e

² Conheci esta gíria – e outras que aparecerão ao longo do texto – logo nos primeiros contatos com o território, “ali onde a vida acontece”. Mocó significa esconderijo; refere-se também a locais os quais as pessoas em situação de rua encontram para abrigar-se.

³ Biqueiras são as “bocas de fumo”, locais onde as drogas são comercializadas.

⁴ Essa nomenclatura deve-se à união dos equipamentos CAPS e Ambulatório de Saúde Mental, especificamente no município de Assis.

trabalhadora, por meio do contato com a proposta de Redução de Danos em sua radicalidade, sobre a qual teremos oportunidade de conversar no decorrer deste trabalho.

Ao entrar no Mestrado, a “crise do paradigma” instalou-se nesta que vos fala. Refletia sobre a responsabilidade de ocupar estes lugares: pesquisadora das Ciências Humanas, “produtora” de conhecimento e analisadora do campo social. Busquei, na pós-graduação, não produzir uma verdade acadêmica, mas um conhecimento emancipatório, capaz de contribuir para a transformação social e para a invenção de brechas no cotidiano. Queria mesmo é mergulhar, assim como na lembrança da infância, perceber que observar de fora não é suficiente.

Assim, em águas nada rasas, esta mergulhadora/cartógrafa foi construindo diversos caminhos, preparando novas embarcações, até atracar em Ourinhos/SP, município com o privilégio de ser banhado por três rios. Por entre as águas dos rios Pardo, Turvo e Paranapanema, a embarcação CAPS ad nasce. Seria mais um equipamento de saúde, em um município, com a particularidade de ser um dos poucos de nossa região dedicado ao cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Como seria esse processo? Inaugurar ações, uma lógica de cuidado? Para esta que vos fala: da pesquisa para a prática (nem sempre) criadora. Para o CAPS ad: das leis para o território; do macro para o micro.

Era preciso fazer a travessia, pois sentia a necessidade de transversalizar, não mais dicotomizar espaços, conceitos, poderes e saberes. Rolnik (1995) já nos dizia que o que nos força a pensar é o mal-estar experienciado quando forças no ambiente produzem novas combinações, gerando estranhamentos e diferenças nos estados de sensações com os quais já estávamos acostumadas(os). Assim foi: criou-se um desassossego neste corpo cartógrafo, desassossego deu início a essa narrativa. Mas que mergulho desafiador!

Por entre essas mesmas águas, nasce essa cartografia, de uma pesquisadora/trabalhadora. Vamos navegar?

Objetivos

Essa dissertação busca narrar sobre o processo de implantação do CAPS ad do município de Ourinhos, identificando os pontos de captura, de tensão, bem como os pontos de invenção no contexto de implantação desde serviço que se propõe substitutivo na RAPS, almejando contribuir para o conhecimento e aprofundamento das questões relacionadas aos impasses e dificuldades de efetivação das políticas públicas de Saúde Mental para Álcool e outras Drogas.

Ademais, ao longo desta jornada, de permanente transformação, apresentou-se como objetivo a tentativa de refletir sobre a dimensão dos afetos no plano das políticas públicas, considerando a implantação de leis que considerem a produção do comum nos territórios singulares.

Por fim, a partir da construção de um conhecimento local, ousamos contribuir, também, para a (re)construção incessante de uma prática crítica das (os) trabalhadoras (es) da Atenção Psicossocial, assim como das(os) pesquisadoras(es) das Ciências Humanas, rompendo com o “abismo” ainda existente entre esses campos, herdeiro de um paradigma científico excludente e binarizante.

O caminho metodológico...

“(...) caminante, no hay camino, se hace camino al andar” (MACHADO, António, 1995, p. 66)

Todas(os) a bordo desta embarcação, que ora navega sobre as águas, observando-as de maneira atenta, ora mergulha ao fundo, deixando-se atravessar pelas intensidades fluviais, percorrendo leitos, experimentando correntezas e buscando novos cursos para desaguar, encontrando-se com outras águas. Barco-submarino-engenhoca-desejante.

Para alcançar os objetivos em sua tamanha profundidade, é necessário um plano de navegação. Não por acaso, (me) encontro na cartografia. Nessa opção metodológica para “navegar”, me encontro também com Deleuze e Guattari, os quais se apropriam da cartografia, como um conceito da Geografia, para referirem-se ao traçado processual de mapas de um território existencial. Esse “jeito de fazer cartográfico” ultrapassa o mapeamento físico de determinado território, ou seja, é mais do que descrever um objeto em seu estado instituído, mas acompanhar um processo de produção e transformação, num campo de relações, afetos, de linhas de forças e agenciamentos (KASTRUP, 2007, ROMAGNOLI, 2009).

A cartografia aparece, inicialmente, como um dos princípios do rizoma; este, um sistema aberto, polimorfo, sem definição clara e definida, composto por diferentes linhas: de segmentaridade, de estratificação, de fuga, ou de desterritorialização.

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente

aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 36).

Seus princípios remontam, portanto, suas características, pois, como haste subterrânea, o rizoma é distinto das raízes e radículas. O primeiro e o segundo são os princípios de conexão e de heterogeneidade: diferente da árvore ou da raiz as quais fixam um ponto, uma ordem, qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo, havendo constantes conexões de cadeias semióticas, conexões de poder, acontecimentos que remetem às lutas sociais, às ciências, à arte. O terceiro princípio, o de multiplicidade, possui características particulares: não possui sujeito ou objeto, apenas determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza. O quarto princípio é o de ruptura a-significante: um rizoma pode sofrer um rompimento, uma ruptura, uma quebra, mas isso não significa seu fim, pois ele retoma seu crescimento segundo uma ou outra de suas linhas ou segundo outras linhas. O quinto e sexto princípios são os de cartografia e de decalcomania: enquanto o decalque injeta e propaga redundâncias, o mapa volta-se para experimentações, tem múltiplas entradas, é feito de linhas, suscetível de modificações constantes.

Ao tornar-se um método de pesquisa-intervenção, aparecendo como um novo modo de produção de conhecimento a partir de uma estratégia flexível de análise crítica, a cartografia propõe a reinvenção constante do campo por meio das experimentações, sensações, percepções e afetos no encontro do pesquisador com seu campo (ROMAGNOLI, 2009; ZAMBEDENETTI; SILVA, 2011). O mapa, para a cartografia, nunca é estático:

(...) o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.22).

Conhecer, portanto, não é representar uma realidade preexistente, mas um processo de invenção de si e do mundo, processo este que possui consequências políticas. Caminhamos com o objeto, constituímos este caminho, nos constituímos neste caminho (PASSOS, BARROS, 2009a). A história deixa de ser uma ocorrência linear e cronológica de fatos (ZAMBEDENETTI; SILVA, 2011), pois o conhecimento torna-se um trabalho de invenção.

Toda experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estados de coisa; intervém na realidade, mais do que a interpreta; monta dispositivos, mais do que atribui a eles qualquer natureza; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal. O método da cartografia implica também a aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.169).

A cartografia não pretende revelar, dar respostas ou explicar, mas - como uma potência nômade -, problematizar, falar aquilo que não se escuta na esfera do já sabido, de modo que o conhecimento surge como composição. Enquanto estratégia, ao invés de isolar o objeto, visa “desenhar a rede de forçar à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e seu movimento permanente” (Idem, 2009, p.59). Enquanto caminho de pesquisa, possui um rigor ético/estético/político:

Ético porque não se trata do rigor de um conjunto de regras tomadas como um valor em si (um método), nem de um sistema de verdades tomadas como valor em si (um campo de saber): ambos são de ordem moral. O que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir dessas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor, assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. Estético porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. Político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir (ROLNIK, 1993, p. 247-248).

Rastreando, tocando, pousando, reconhecendo⁵. Meus instrumentos de produção de dados foram diversificados, de modo que, no decorrer do percurso, os encontros solicitavam diferentes formas de produção do conhecimento, assim como o próprio tema desta narrativa se construiu ao longo da pesquisa – multiplicou-se, multiplicou-me transformou-se, transformou-me! Essa processualidade certamente será notada ao longo de nossa jornada, cujas características se alternarão em momentos mais descritivos, em outros mais livres e, ainda, aqueles que, numa prática contada, desterritorializam-se e criam novos territórios ao processo de “fazer ciência”, com fins de romper com a dualidade *saber-fazer, teoria-prática*.

Falo, portanto, de dentro de uma experiência⁶, ou melhor, de dentro de várias experiências. Realizei levantamentos bibliográficos, análises de documentos, entrevistas e,

⁵ KASTRUP, V. O Funcionamento da Atenção no trabalho do Cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Abr. 2007.

⁶ O conceito de experiência no qual me inspiro advém da compreensão de Benjamin (1987). *Erfahrung* (experiência) difere de *Erlebnis* (vivência), pois é matéria da tradição, “constitui-se menos a partir de dados

sobretudo, lancei mão das experimentações enquanto psicóloga trabalhadora deste CAPS ad, as quais foram registradas em diários de bordo.

Os documentos acessados tratam-se de pesquisas relacionadas ao tema, a partir da busca de algumas palavras-chave: álcool e outras drogas; redução de danos; políticas públicas, CAPS ad, cartografia. Explorei também diversas legislações que pautam o tema de álcool e outras drogas, seja no âmbito criminal ou no âmbito de “cuidado”, em suas diversas formas de compreensão.

Foram realizadas quatro entrevistas⁷ a informantes-chave, que aparecerão ao longo deste trabalho e serão anexadas na íntegra ao fim do texto. As(os) informantes foram eleitas(os) a partir de seu envolvimento com o processo de implantação do CAPS ad no município, assim como com o cuidado em álcool e outras drogas nos diferentes espaços. D. é psicóloga, trabalhou no Ambulatório de Saúde Mental de Ourinhos, há alguns anos, participou ativamente da construção do projeto do CAPS ad, assim como realizava grupos com familiares de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. R. é psicóloga, também participou da construção projeto do CAPS e de sua implantação. M.A é enfermeiro, foi coordenador do CAPS ad desde sua implantação e trabalhou, anteriormente, no Hospital de Saúde Mental de Ourinhos, na ala de “dependência química”. Por fim, M.E é também psicóloga do CAPS ad que, antes da implantação deste serviço, atendeu por anos usuárias(os) de álcool e outras drogas no Ambulatório de Saúde Mental.

No tocante aos diários de campo, tal modalidade foi eleita porque representa uma forma de narrar uma história e, assim como os mapas, as histórias são uma forma de organizar as lembranças, os afetos... São, também, uma forma de nos definir em todo o percurso. Cartógrafa-navegante, mergulhadora-cartógrafa. Os diários foram construídos, então, a partir de experiências cotidianas observadas por olhos-retinas, mas, sobretudo, sentidas por um corpo vibrátil (ROLNIK, 2014), que consegue captar muito mais do que nosso olho pode ver, pois alcança o invisível, é sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações, sendo tomado por uma mistura de afetos, os quais pedem passagem a esta aspirante a cartógrafa.

Vale um pequeno interstício para partilhar uma construção conceitual realizada em um encontro de orientação. Conversávamos sobre a minha dificuldade na escrita dos diários de campo. Sentia que, em alguns momentos, as palavras não davam conta de representar aquilo

isolados rigorosamente fixados na memória, e mais a partir de dados acumulados, muitas vezes não conscientes, que afluem à memória”. Experiência de corpo, percurso encarnado.

⁷ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências de Letras – UNESP Campus de Assis. As(os) entrevistadas(os) assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está inserido como anexo desta dissertação.

que por mim fora sentido. Em outras ocasiões, escrevia já num processo reflexivo, sob esta dificuldade de ser parte de um processo de construção de conhecimento, ser sujeito transformador e transformado. Compartilhava também sobre o mergulho que realizei, com certa dificuldade, por – muitas – vezes, em retornar à tona, respirar e olhar para o mar de linhas que me atravessavam. Senti que o desafio de ser uma trabalhadora que se ousa cartógrafa estava posto: poder entrar e sair deste lugar, poder implicar-se em uma prática, mas não alienar-se. De pronto, meu orientador sugeriu-me a leitura de um artigo, cujo objeto de discussão é a (sobre)implicação das(os) trabalhadoras(es) da Saúde Mental⁸. Também indicou que eu insistisse no registro de minhas sensações, experiências, angústias e potências em meus “diários de corpo”. Corrigiu: “diários de campo”. Talvez tenha sido um lapso cometido por ele, mas, para mim, fizera todo o sentido naquele momento. Linha de criação Silvio Yasui.

Os registros construídos nada mais são registros de um corpo que sente e se insere no cotidiano de trabalho. São diários de um campo, mas também de um corpo, que está neste campo. De um corpo não neutro, de um corpo vibrátil. Diário de um corpo, de um corpo diário, que escreve, se escreve e se inscreve num processo de construção de conhecimento e de produção de cuidado diário, cotidiano. Corpo diário, no qual se inscreveram sensações, impressões, multidões.

Portanto, se falamos de uma escrita que valoriza a narrativa dos sujeitos de pesquisa, falamos, ao mesmo tempo, de uma forma de pesquisar que valoriza o sujeito (PASSOS, BARROS, 2009). A ciência, neste sentido, diz de um conhecimento singular e, ao mesmo tempo, coletivo, construído por meio de encontros – positivos e negativos. Corpo que sente, corpo que se deixa atravessar.

Essa narrativa é realizada, nominalmente, por esta autora. Entretanto, é construída, de fato, por muitas(os) outras(os) autoras(es) com as(os) quais me encontrei ao longo da jornada, ao longo de uma vida. Cartógrafa que sou, me permiti a tantas multiplicidades que nem cabem numa bibliografia. Familiares, trabalhadoras(es) da Atenção Psicossocial, poetas e poetisas, músicas(os), filósofas(os), psicanalistas, usuárias(os) das Políticas Públicas, mestres, professoras(es), psicólogas(os), amigas(os). Como uma espécie de bricolagem, faço (sou) uma composição de pessoas, de subjetividades, as quais tomam forma num texto, que não se pretende permanente, mas se constrói a cada nova passagem de olhos – estrangeiros ou não. Tal multiplicidade justifica a variação gramatical recorrente de primeira pessoa do singular à

⁸ VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia & Sociedade**; 26(n. spe.), 2014, 222-234.

primeira pessoa do plural. Não se trata, no entanto, apenas de uma reprodução numérica daquilo que já é dito - embora a vida acadêmica muitas vezes nos conduza a tal fardo -, mas da criação de novos itinerários a partir de tantos encontros. Deleuze e Guattari (1997) já explicitavam a valiosa distinção entre reproduzir e seguir:

(...) Reproduzir implica a permanência de um ponto de vista fixo, exterior ao reproduzido: ver fluir, estando na margem. Mas seguir é coisa diferente (...). Somos de fato forçados a seguir quando estamos a procura das ‘singularidades’ de uma matéria ou material e não tentando descobrir uma forma; (...) quando nos engajamos na variação contínua das variáveis, em vez de extrair delas constantes (p. 39).

A embarcação nos chama.

Dos tantos planos que atravessaremos, é imprescindível que já realizemos um prelúdio. O plano “macro” é a política do plano dos territórios, dos mapas, das linhas de organização. É visível, finita, captável ao nosso olho-retina. Aqui, “individualização forma unidades e a multiplicidade, totalizações” (ROLNIK, 2014, p.60). Nessa narrativa, este plano aparecerá, sobretudo, por meio do plano das leis. O plano “micro”, por sua vez, é aquele gerado pela linha dos afetos, da cartografia. É mais um pedaço de imanência, em que não há unidades, apenas intensidades. É também recomposto pelos sujeitos e pelas coletividades. Assim como um rizoma, não tem centro, não tem periferia.

Assim como esta narrativa, não tem centro, não tem periferia. É composta de movimentos.

Notas sobre os movimentos...

Rastreando, tocando, pousando, reconhecendo. Segundo Kastrup (2007), estes são os quatro gestos de posicionamento da atenção da(o) cartógrafa(o), de modo que esta deve ser aberta e sem foco definido, se desdobrando na qualidade do encontro. Rastreando, tocando, pousando, reconhecendo. Foram estes também os títulos de nossos Movimentos, a nível de divisão didática da narrativa. Vale destacar que os gestos – e os movimentos – não ocorreram de maneira linear, progressiva; apenas estão assim colocados para melhor organização do texto. Caminhamos com o objeto: para frente, para trás, para diagonal, para os lados... Constituímos este caminho, nos constituímos neste caminho.

No Movimento I, *Rastreando*, navegamos pelo plano macro, ou seja, pelo plano das leis, iniciando algumas reflexões sobre as Políticas Públicas e discorrendo pela história das Políticas Públicas direcionadas ao cuidado – e à repressão – do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nossa embarcação, neste primeiro Movimento, nos permite percorrer os

diferentes paradigmas associados a este tema - desde o proibicionismo à redução de danos -, bem como a convivência destes olhares em nosso contexto atual.

No Movimento II, *Tocando e Pousando*, atracamos especificamente no município de Ourinhos, para acompanhar sua história, seu cotidiano. Ainda no plano macro, realizamos a descrição da rede municipal, bem como do histórico de cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, considerando as informações compartilhadas conosco e os documentos acessados. Pousamos e compomos com a embarcação CAPS ad, que nasce no meio deste percurso.

No Movimento III, *(Re)conhecendo*, lançamos mão das análises das vivências desta mergulhadora/trabalhadora, narrando os desafios, potências e tensões no processo de construção de um serviço que se pretende emancipatório, e refletindo sobre a efetivação – ou não – do plano das leis neste plano micro, o plano dos afetos. Dividimos este movimento em outros movimentos, os quais se relacionam também aos movimentos da embarcação CAPS ad e, conseqüentemente, aos movimentos da pesquisa.

Como (quase) todo texto acadêmico exige uma conclusão ou suas considerações finais, nos rendemos à estrutura e realizamos considerações (não tão) finais, nas quais buscamos mais questões do que respostas, à medida que pautamos a importância da reconstrução diária do conceito de política enquanto arte, enquanto ato, bem como a renovação e a (re)criação de sentidos. Defendemos, assim, a formulação de políticas que circulem a dimensão dos afetos e que, portanto, nunca estão prontas.

MOVIMENTO I - Rastreado

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na humanidade, seja em rituais religiosos, místicos, políticos (como na Grécia Antiga), culturais e festivos. Segundo Nery Filho (2012), a queda simbólica do “paraíso” nos trouxe a consciência da finitude, nos tornando humanos. Por isso, a alteração do estado de consciência é algo buscado por nós, seres humanos, em diversos e distintos momentos: a fim de celebrar a vida, a fim de tamponar angústias, ou, simplesmente, para sentir prazer. Entretanto, em nossa sociedade contemporânea, sustentada pelo Modo Capitalista de Produção, os problemas causados pelo uso compulsivo - não apenas de substâncias - têm gerado desconforto, inquietação, assim como tem sido alvo de debates diários. As compulsões atuais já tornaram-se diagnósticos: toxocomanias, alcoolismo, Síndrome de Becky Bloom, entre outros tantos *-ismos* e manias. Em uma sociedade cujo imperativo de vida é o consumo, as instâncias institucionais e coletivas têm marcado os corpos com formas de existência nas quais a falta não pode ser tolerada. Porém, como nos traz Pelbart(2003):

(...)o que nos é vendido o tempo todo, senão isto: maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir? O fato é que consumimos, mais do que bens, formas de vida – e mesmo quando nos referimos apenas aos extratos mais carentes da população, ainda assim essa tendência é crescente. (...) Consumimos toneladas de subjetividade. (...) O capital, como o disse Jameson, por meio da ascensão da mídia e da indústria de propaganda, teria penetrado e colonizado um enclave até então aparentemente inviolável, o Inconsciente (p.20).

No que se refere ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, particularmente, este aparece como um dos principais efeitos de nossa contemporaneidade, ocupando lugar de destaque nas discussões e promessas de solucionar “o problema da droga”. Deleuze (1991) já nos dizia que não sabemos muito bem o que fazer com as drogas ou como falar destas, uma vez que, ora buscamos causalidades demasiadamente gerais, ora isolamos os sujeitos. No âmbito das Políticas para álcool e outras drogas, nos deparamos com um longo - e, por vezes, paradoxo - caminho que reflete tal afirmação deleuziana. Melhor seria, segundo o filósofo, “traçar um território, ou o contorno de um conjunto-droga, que estaria entrelaçado, por um lado, ao interior, com as diversas espécies de drogas e, por outro, ao exterior, com as causalidades mais gerais” (DELEUZE, 1991, p.158).

Naveguemos por estes territórios já propostos e acompanhemos seus processos de desterritorialização e reterritorialização.

Reflexões e capturas⁹ diversas sobre Política

[...] a própria sociedade se "droga" com as "drogas", criando sua toxicomania buscando escapar, sobretudo, de problemas socioestruturais-culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura, dentre outras questões... Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas conseqüências (MINAYO, 2003, p.20).

Rastreamos uma série de políticas direcionadas às questões de álcool e outras drogas em nosso país, atravessando tanto as políticas criminais - conjunto de procedimentos repressivos por meio dos quais o Estado reage contra o crime, no plano legislativo, judiciário e penitenciário (CARVALHO, 1996) -, quanto às políticas de "cuidado", em suas diversas concepções. Rastreamos, também, as diferentes compreensões de Política. Trago aqui algumas reflexões de autoras(es) com as(os) quais me encontrei nesse caminho.

Yamamoto e Oliveira (2010) nos trazem, citando Abranches (1985), política como um campo de conflitos e embates, e parte do processo de distribuição de recursos. Dentro de nosso Modo Capitalista de Produção (MCP), a política social, especificamente, se multiplica para diferentes políticas, aparecendo como estratégias do Estado para abrandar alguns efeitos deste mesmo Modo de Produção, ou seja, solucionar e/ou controlar problemas sociais decorrentes da emergência da classe operária, sendo esses: a fome, a pobreza, a violência, o desemprego, etc. (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; AMORIM, 2012).

Historicamente essa estrutura de produção do MCP recebeu alguns retoques que a tornaram ora mais, ora menos desumana, como é o caso das suas figuras liberal, a das políticas social-democratas (localizadas histórica e geograficamente), e sua forma chamada neoliberal (COSTA-ROSA, 2013, p. 38).

Oliveira e Amorim (2012) afirmam ainda que, por mais democrática que se mostre a política pública, esta não objetivará a extinção das condições sociais que causam a exploração. Nesse mesmo sentido, Guattari e Rolnik (1986) destacam que as Políticas Públicas podem também funcionar como mecanismos de normatização, captura, disciplinarização e controle social:

⁹“Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo, e é isto o que faz não algo de mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias sempre ‘fora’ e ‘entre’.” - Gilles Deleuze e Claire Parnet, Dialogues

O Estado assistencial começa pela organização de uma segregação que empurra, para fora dos circuitos econômicos, uma parte considerável da população. E num segundo momento ele vem socorrer, vem dar assistência a essa população, mas com a condição de ela passar por esse sistema de controle (p. 148).

A partir desse viés, a política aparece como um espaço de paradoxos, ou seja, um terreno para garantia de direitos, mas, também, um campo de disputa e de aniquilação da(o) outra(o), na busca de uma hegemonia totalizante, possibilitada pela ideia de que aquelas(es) que estão no poder representam toda a população. Em síntese: um Estado que executa uma “Política de massas”, por meio de uma representatividade alienante. Entretanto, este Estado já não é mais o único foco detentor do poder, mas capilariza suas linhas por meio das diversas práticas políticas que regulam vidas e se multifocalizam – aquilo que Foucault chama de governamentalidade. Dessa maneira, “o governo político se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas” (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p.566).

É válido salientar aqui que, logo no início de nossa jornada, estava marcada com tal olhar sobre Política. Causou-me um estranhamento, um desassossego no ar. Uma cartografia que se pretende transformadora precisa permitir-se à diferenciação, à travessia de conceitos¹⁰. Pelbart (2003) já nos dizia: quais dispositivos concretos, minúsculos e maiúsculos podemos construir para transformar o poder sobre a vida em potência da vida?

Para romper com dicotomias, foi preciso olhar melhor para nosso plano das leis, percebê-lo com nosso corpo vibrátil. Foi preciso mergulhar para sentir as águas. Encontrei-me com outros olhares, entre estes, o de Hannah Arendt.

Arendt (2002) nos apresenta a política como a convivência entre diferentes. Para a filósofa, “os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum, essenciais num caos absoluto, ou a partir do caos absoluto das diferenças” (p.7). Em seu livro *A Condição Humana*, Arendt traz outras reflexões sobre a política, afirmando que esta deve ter as características das artes mais efêmeras, como a dança e o teatro, de modo que “o ‘produto’ - como no caso do bailarino e do ator - é idêntico ao cometimento do próprio ato” (Idem, 2007, p.219).

Arendt é retomada ainda pelo filósofo Jaques Rancière, em suas conexões entre arte e política, afirmando que estas se dão por meio do dissenso, cuja produção aparece pela ruptura de hábitos e comportamentos, como uma intervenção no visível e no dizível. Além disso,

¹⁰ Embora este trabalho seja “apenas” uma dissertação de Mestrado, ousou, enquanto cartógrafa, a tal travessia.

assim como a filósofa, Rancière traz a política como o aparecimento dos sujeitos e a transformação de espaços para o surgimento do ser político, “aquele que é capaz de exercer a sua (sempre presente) potência para o dissenso, que é um exercício também fundamentalmente estético” (LEPECKI, 2012, p.56).

Neste mesmo sentido, Guizardi e Cavalcanti (2009) propõem políticas públicas pós-soberanas, compreendendo a política como experimentação e constituição de processos de subjetivação e como realização do bem comum.

O bem comum seria a interseção de práticas, instituições e dispositivos de diversas ordens (técnicos, comunicacionais, organizacionais etc.) capazes de engendrar territórios existenciais pautados por uma ética do Comum (embora essa adjetivação seja em nossa perspectiva redundante). Ou seja, territórios existenciais em que as singularidades sejam acolhidas em sua prerrogativa normativa de constituição de mundo, tendo por critério de valoração a expansão da vida, e não sua exploração, limitação ou cerceamento. O bem comum é assim entendido como todo artifício que produz como efeito de realidade relações e práticas de liberdade e igualdade. Um adendo faz-se necessário. O conceito de igualdade exige certo cuidado em sua abordagem, já que falamos de igualdade como condição de reconhecimento formal e legitimidade do direito à diferenciação (p.113).

Política como produção de dissensos e bem comum. Política como aparecimento de sujeitos e constituição de processos de subjetivação. Política como ruptura de hábitos e experimentação. Que encontro positivo! Encontro que marca a concepção que inspira nosso caminho e nossa análise.

Continuemos, então, nossa travessia adentrando os mares percorridos pelas formas de cuidado – e repressão - dedicadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio das legislações.

O plano das leis: uma narrativa histórico-política-cultural-ideológica

(...) quando dizemos que a drogadicção não é um problema de segurança, mas um problema de saúde, devemos lembrar que ela só se tornou um problema de segurança, porque foi considerada um problema de saúde, isto é, depois que foi proibida. Foi exatamente o agenciamento das corporações médicas que deu consistência à política triunfante da guerra às drogas (LANCETTI, 2015, pp. 38-39).

No processo de busca pelos caminhos e descaminhos percorridos pelos paradigmas¹¹ de cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, nos deparamos com as esferas de controle do uso. Sabemos que, desde os primórdios das civilizações, o uso de substâncias psicoativas esteve presente, sobretudo, em rituais religiosos, na busca pela felicidade, na ampliação dos estados de consciência e no alívio dos sofrimentos¹². Todavia, ao longo dos séculos, o uso passou a ser problematizado pelo saber psiquiátrico, transitando para a esfera de controle da Medicina. Navegaremos em águas brasileiras...

Regressando ao final do século XIX, nossa embarcação chega ao ano de 1890, quando o Código Penal Republicano inaugura o proibicionismo no Brasil, apresentando sua primeira disposição sobre a proibição de substâncias tóxicas, tornando delito: “expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários” (CARVALHO, 1996, p.19).

O século seguinte inicia-se avançando em sua estratégia repressiva. Em 1911, o Brasil adere à Convenção de Haia, cuja proposição era o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Já em 1924, Código Penal Brasileiro apresenta algumas mudanças, dentre elas, a pena de prisão pela venda de cocaína, ópio e seus derivados, assim como a criação do “sanatório para toxicômanos” (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005 apud MACHADO 2006). Vistos como criminosos ou como ameaças à ordem da sociedade, as pessoas usuárias de álcool e outras drogas começam a ser excluídas do convívio social por meio do fomento a estes dispositivos institucionais fechados e de punição.

No ano de 1936, do outro lado do oceano, as disposições da Convenção de Genebra inspiram nosso país a adotar um modelo internacional de controle de estupefacientes¹³, o que resulta em alterações nas legislações brasileiras, nos anos de 1938 e 1942, com Decretos de Lei que versam sobre o controle do consumo e o tráfico de substâncias ilícitas (CARVALHO, 1996). Com o início da Ditadura Militar, em 1964, tempos sombrios se estabeleceram no que se refere às mais variadas – e perversas – violações de direitos. A intolerância, o preconceito, o autoritarismo e a repressão vigoraram no âmbito político, ideológico, cultural e social. No contexto das políticas sobre drogas, em agosto de 1964, o presidente Castello Branco

¹¹ Para a noção de paradigma, recorremos à definição de Thomas Kuhn (1978), o qual se refere aos paradigmas como “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (p.13). Cabe destacar, também, a conceituação de Dênis Petuco (2011) sobre os paradigmas do cuidado em álcool e outras drogas: “Quando falamos de paradigma, falamos no sentido das ciências humanas sociais, ou seja, não estamos falando de um paradigma que vem para substituir os paradigmas anteriores (...).”

¹² Freud, em *Mal-estar na civilização* (1930 [1929]), discorre sobre as fontes do sofrimento humano e sobre a busca de satisfação pulsional.

¹³ Termo do direito utilizado como sinônimo de entorpecentes

promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes - assinada em 1961 nos Estados Unidos da América (EUA) e pactuada pela Organização das Nações Unidas (ONU) -, cujo preâmbulo define-se pela preocupação com “a saúde física e moral da humanidade”, bem como apresenta a toxicomania como “um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade”. Por essas razões, entende que é dever “combater esse mal”, por meio de uma “ação conjunta e universal”.

Entretanto, nesse mesmo período, o uso das chamadas drogas psicodélicas por parte da classe média acentua-se, aparecendo, segundo Carvalho (1996), como forma de resistência e protesto ao imperialismo. A partir daí, o discurso jurídico, influenciado pelo discurso médico da época, passa a diferenciar a pessoa consumidora da pessoa traficante, isto é, “o doente do delinquente”.

Assim, sobre os ‘culpados’ recai o discurso jurídico que define o estereótipo criminoso, passando a serem considerados como corruptores da sociedade. Sobre o consumidor, devido a sua condição social, incidiria o discurso médico, consolidado pelo modelo médico-sanitário em voga na década de cinquenta, que difunde o estereótipo de dependência (Idem, p. 23).

Motivada pela valorização do saber psiquiátrico e direcionada aos “infratores viciados”, a Lei nº 5.726/71, conhecida como a “Lei anti-tóxicos”, coloca a “dependência” de álcool e drogas como uma doença, a qual deveria ser tratada e recuperada pela internação compulsória em hospitais psiquiátricos. Todavia, essa mesma lei aumenta a pena de reclusão para as pessoas consideradas traficantes, não distinguindo o consumo eventual do tráfico. Cinco anos depois, a Lei nº 6.368/1976 amplia as propostas de assistência em saúde aos “dependentes de substâncias entorpecentes”, recomendando aos Municípios e Estados que suas redes assistenciais em saúde possuam estabelecimentos próprios para o tratamento dessas pessoas. Para além de internações em hospitais psiquiátricos, propôs-se, então, o cuidado em serviços extra-hospitalares especializados para o atendimento de pessoas que fazem uso de drogas ilícitas (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

Os primeiros serviços ambulatoriais designados para o “tratamento de dependentes” apenas em 1980, mesmo ano em que foram instituídos o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito do Ministério da Justiça. Este Conselho era responsável por orientar a Política Nacional de Entorpecentes, elaborar planos, exercer controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes. Inicialmente, o CONFEN

restringiu suas ações às questões relacionadas ao tráfico e uso de substâncias ilícitas, passando a abordar as drogas lícitas durante a década de 80 (MACHADO, 2006).

Embora tenha concentrado a maior parte de suas atividades na repressão à produção, ao tráfico e ao uso de drogas, o CONFEN desenvolveu ações que contribuíram para a construção – mesmo que tardia – de um novo olhar para o cuidado ao uso de drogas, entre essas, a publicação de documentos que sinalizavam a necessidade de mudanças de perspectivas para o cuidado em álcool e outras drogas, até então embasado num modelo jurídico-penal de concepções médico-psiquiátricas. Entretanto, apesar do destaque para a necessidade de um tratamento centrado na pessoa, assim como para o desenvolvimento sintônico de ações de prevenção, recuperação e reinserção social, não houve articulação com as Políticas Públicas de Saúde, de modo que a responsabilidade por este tema centraliza-se no Ministério da Justiça, na Segurança Pública e no Departamento de Entorpecentes.

Dentre as experiências apoiadas pelo CONFEN, estão os Centros de Referências para Tratamento, Pesquisa e Prevenção, as Comunidades Terapêuticas e os Programas de Redução de Danos. Os Centros de Referências para Tratamento, Pesquisa e Prevenção eram, em sua maioria, vinculados às Universidades e contribuíram muito para a construção de um conhecimento técnico-científico não moralista e não repressivo acerca do tema de Álcool e outras Drogas.

As Comunidades Terapêuticas, por sua vez, aparecem nesse cenário como instituições não-governamentais dedicadas ao “tratamento” do uso prejudicial de álcool e outras drogas e que tiveram grande expansão, a qual está diretamente relacionada à omissão do poder público em atender as demandas geradas pelo uso de álcool e outras drogas (ALVES, 2009). Machado (2006) nos traz que a “ausência do poder público na prestação da assistência a usuários de álcool e outras drogas possibilitou o surgimento de uma diversidade de propostas assistenciais, algumas vezes, desprovidas de sustentação técnica e ética” (p.46). É válido lembrar que esta omissão deve-se também ao contexto ideológico do Neoliberalismo, o qual traz, entre suas características, a descentralização das questões sociais para uma lógica da filantropia e do voluntariado, acarretando a precarização e a privatização dos serviços. Retornaremos a essas instituições em breve.

As embarcações ainda eram rígidas, observavam, de fora da água, os sintomas e comportamentos a serem corrigidos. Era preciso abster-se. O dicionário já nos diz privar-se do uso ou privar-se do direito?

Outro plano de navegação começa a construir-se, também na década de 80, período em que se consolidaram os movimentos pelo fim da Ditadura Militar, pela Reforma Sanitária

e pela Reforma Psiquiátrica, os quais trouxeram como conquistas o retorno das eleições diretas para presidente, a criação do Sistema Único de Saúde, bem como a reformulação das Políticas de Saúde Mental.

Dentre os novos mergulhos, merecem destaque também os Programas de Redução de Danos (PRDs). Ouso chamá-los, assim como nossa embarcação, de barco-submarino-engenhoca-desejante, pois, num cenário de controle, estes subvertem a lógica, sugerem outros olhares para o cuidado, rompendo com as concepções marginalizantes e proibicionistas. No período de início dessas experiências, final da década de 80, os dados epidemiológicos brasileiros demonstravam o aumento da prevalência de HIV/AIDS entre as (os) usuárias (os) de drogas injetáveis (UDIs), de modo que estas visavam, inicialmente, à diminuição da transmissão do vírus HIV/AIDS. Sob ameaça de epidemia, a Divisão Nacional de DST/AIDS dedica-se ao Projeto Previna, cujos objetivos são a prevenção de HIV/AIDS em UDIs, bem como a formação de equipes capacitadas para orientar e realizar ações educativas.

Concomitante a esse projeto, é inaugurada a primeira experiência de troca de seringas em Santos/SP, como proposta de Redução de Danos a usuárias (os) de drogas injetáveis. Entretanto, essa iniciativa é suspensa devido à proibição do Ministério Público, sendo interpretada como ação ilícita e de incentivo ao consumo de drogas. Em meio a embates políticos, jurídicos e morais, no ano de 1994, o CONFEN emite um parecer favorável aos PRDs. No ano seguinte, efetiva-se, em Salvador, o primeiro Programa de Troca de Seringas do Brasil (ANDRADE, 2011). Mesmo após a extinção do CONFEN, em 1998, pela criação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), estas ações continuam sendo apoiadas e ampliadas para o cuidado não apenas de UDIs, mas também de pessoas usuárias de outras drogas e profissionais do sexo.

Mergulho arriscado e apontado como suicida, os PRDs apresentam à sociedade novas intervenções, orientadas na defesa e na promoção dos Direitos Humanos e na minimização dos prejuízos relacionados ao consumo de drogas, sejam estes à saúde, sociais, ou econômicos. Uma potência nômade que se permitia a novos olhares, novos encontros. Experimentando a escuta, em detrimento da imposição de cuidado, atrevendo-se a olhar o sujeito, não a droga. Todavia, os desafios para a efetivação de uma Política Pública de Saúde para álcool e outras drogas ainda estavam postos.

Neste percurso, a SENAD deixa o Ministério da Justiça – com o qual se ligava o CONFEN – e passa a ocupar o Gabinete Militar da Presidência da República. Uma de suas primeiras ações é a formulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), a qual abrange as responsabilidades de pesquisa, prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e

redução de danos, assim como o controle de tráfico, repressão e redução da oferta de drogas. Vale salientar que o item “tratamento” desta Política contém como diretriz: “incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional” (BRASIL, 2001, p.9). Embora haja a proposta de articulação do cuidado em rede, mais uma vez, omitem-se as Políticas Públicas de Saúde enquanto corresponsáveis por este cuidado.

Apenas no ano de 2001, a partir da mobilização e das discussões realizadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi chamado, de fato, para incluir a atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, uma vez que, até então, os órgãos responsáveis pela elaboração de políticas e ofertas de cuidado – após a extinção do CONFEN, em 1998 -, eram o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O Relatório Final da III CNSM faz a convocação:

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, 2002, p.60).

Enquanto efeito da III CNSM, acompanhamos, então, a publicação de uma série de Portarias, as quais começam a delinear as propostas do Ministério da Saúde para o cuidado às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Os CAPS, após a publicação da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002¹⁴, ampliam suas modalidades de atendimento. Surgem, então, os CAPS I, II e III, e os CAPS i e ad. “De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005b, p.27).

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Entre outros documentos, temos: Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002¹⁵; Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002¹⁶; Portaria GM nº 817, de 30 de abril de 2002¹⁷; e Portaria SAS nº 305, de 03 de maio de 2002¹⁸. No ano seguinte, é estabelecida a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, política na qual este Ministério assume o atraso histórico do SUS em responsabilizar-se por estas questões. Propõe-se, então, a superação dos olhares reducionistas e de culpabilização ao uso de álcool e outras drogas para a garantia de direitos a sujeitos cidadãos (BRASIL, 2003).

Foram instituídos, ainda, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD)¹⁹, o Plano Crack²⁰ e o Programa Crack, é possível vencer. O PEAD aparece como estratégia do Ministério da Saúde, visando, sobretudo, à expansão dos CAPS, à articulação do trabalho em Rede, à formação permanente, ao enfrentamento dos estigmas, à garantia de direitos e à inclusão social (BRASIL, 2009). O “Plano Crack” e o Programa “Crack, é possível vencer”, por sua vez, são iniciativas do Governo Federal, na tentativa de promover o diálogo entre as ações da Secretaria de Direitos Humanos, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, da Polícia Federal, bem como dos Ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e da Justiça (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Estes planos representam um contexto de busca pela aproximação entre as Políticas, mas que traz consigo diversos paradoxos acerca do cuidado ao uso de Álcool e outras Drogas, visto que, embora valorizem a ampliação e o fortalecimento de Políticas que garantam a implantação de serviços públicos, também que apóiam o investimento em Comunidades Terapêuticas.

Retornamos a elas. As Comunidades Terapêuticas têm ganhado destaque por sua proliferação como oferta de “tratamento” ao agravamento do consumo, sobretudo, de crack

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 189 de 29 de março de 2002. Inclui procedimentos na Tabela de procedimentos do SIH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº816 de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº817 de 30 de abril de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 305 de 03 de maio de 2002. Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui 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) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

²⁰ BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

em nosso país. Tais instituições asilares embasam-se a partir de uma lógica proibicionista, pela qual o uso de álcool e outras drogas é considerado doença ou pecado. As imposições morais e religiosas encontram campo privilegiado, pautando as práticas e discursos, de modo que, nestes locais, é comum a laborterapia e rituais religiosos apresentados como ações terapêuticas. A defesa é pela “abstinência”, que consiste na imediata parada do uso pelo corte abrupto de acesso às substâncias e, também, à sociedade, por meio da internação (CFP, 2011). Embora apareçam como instituições filantrópicas ou privadas, recebem, atualmente, recursos da SENAD e são consideradas um equipamento da RAPS - componente de acolhimento transitório.

Outro marco bastante importante foi a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSMI), ocorrida no ano de 2010. A IV CNSMI merece destaque pela luta para a consolidação da RAPS e para a intersetorialidade do cuidado em Saúde Mental. Foram apontados desafios e lacunas ainda atuais e, no âmbito do cuidado às pessoas que fazem prejudicial uso de álcool e outras drogas, enfatizou-se que o enfrentamento dessa problemática requer:

(...) a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. De modo especial implica, também: estabelecer, efetivamente, a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, assume particular relevância efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. (...) Além desses princípios e diretrizes gerais, as deliberações abordam, ainda, outras temáticas de fundamental relevância, dentre as quais: revisão de normativas; intersetorialidade; educação permanente e pesquisa; projetos de cooperação; e criação de tributos como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2010, pp.85-86).

Embora defenda e priorize a implantação de serviços como os CAPS, a IV CNSMI destaca a defesa de toda a rede para a efetivação do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Voltaremos a falar das redes construídas e da provisoriamente dos arranjos institucionais.

A RAPS aparece como uma das conquistas dessa Conferência. Instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, considera a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de

álcool, crack e outras drogas. Seus objetivos gerais são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Ademais, são componentes da RAPS:

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência;

- Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i;

- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde;

- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial;

- Atenção Hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Programa de Volta para Casa;

- Reabilitação Psicossocial: geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

Nesse cenário, que busca o olhar a partir do território, da integralidade e das singularidades, os CAPS deixam de ser o centro da rede, tornando-se mais um componente de promoção de cuidado. Na valorização das multiplicidades de formas de existir, convivem posicionamentos ético-políticos bastante distintos nas ofertas de cuidado ao uso de Álcool e outras Drogas, sendo estes: a abstinência (ou o proibicionismo) e a redução de danos. Podemos identificar as práticas reducionistas, moralizantes e baseadas apenas em diagnósticos ou “níveis de dependência”, as quais refletem o paradigma do proibicionismo, preconizando uma única forma de cuidado e de recuperação: a abstinência. Em contrapartida, os movimentos de emancipação e as práticas de criação e invenção manifestam-se na forma deste paradigma outro de cuidado sob a proposta da Redução de Danos.

Nos deparamos, portanto, com as tentativas diversas que buscam contemplar as diferentes formas – construídas ao longo dos séculos – de compreender e abordar a questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, acarretando um tensionamento constante entre estes no cotidiano das práticas, de modo, que, ora predomina o discurso proibicionista, ora reflete-se sobre a integralidade do sujeito, anteriormente rotulado como “dependente químico”, reduzido a este uso e objetificado pela droga. Tensionamento que nos traz questionamentos sobre as linhas de força as quais permeiam este campo de efetivação de Políticas Públicas... Seria a cena pública um espaço privilegiado de contradições, multiplicidades e divergências? Quais as possibilidades de reinvenção diante de um cenário de capturas? Como efetivar o cuidado por meio da produção de dissensos, sem que estes se tornem apenas “opiniões sobre o melhor para a(o) outra(o)”?

A Reforma Psiquiátrica e o cuidado ao uso de álcool e outras drogas

A Reforma Psiquiátrica produziu uma poíesis, isto é, produziu uma obra e se consolidou como política de Estado. Com mobilização social, participação de usuários e familiares, fundada na utopia de uma sociedade sem manicômios, hoje se vê acuada e confrontada a utopia de uma sociedade sem drogas (LANCETTI, 2015, pp. 31,32)

A Reforma Psiquiátrica, como nos traz Yasui (2006), se constitui num movimento que ultrapassa a substituição de serviços direcionados ao cuidado em saúde mental, configurando um movimento ético e político, que visa à transformação social, pretendendo-se um processo civilizatório.

Ela é muito mais ampla e complexa. Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (Idem, pp. 187-188).

Tal processo ocorre a partir de um cenário de conflitos e disputas, do encontro do singular e do social. É também o lugar de confronto das idéias de liberdade, autonomia e solidariedade, contra o controle e a segregação; da afirmação da cidadania em detrimento de sua negação.

Entretanto, durante muitos anos, a Reforma Psiquiátrica direcionou-se apenas ao cuidado à loucura, de maneira que, em meio à luta por uma sociedade sem manicômios, intensificou-se a exclusão e o asilamento daquelas(es) consideradas(os) “drogadas(os)”.

Com a desmanicomialização da loucura, e depois com a sua desospitalização, originadas na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, nada mais à mão do que passar “a oportunidade” a alcoolistas e drogaditos. No momento, a internação é o que mais frequentemente ocorre com essa parcela da Demanda Social, fato em aumento progressivo (COSTA-ROSA, 2013, p.111).

Dessa maneira, estamos diante de um sofrimento psíquico que tardou a ser considerado como tal, devido à moralidade e ao preconceito impregnados ao tema. Cabe ressaltar aqui que sofrimento psíquico difere do conceito de doença, uma vez que consideramos os problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas como um sintoma social (LANCETTI, 2015).

Considerar simplesmente o crack uma doença crônica e recidivante que age no cérebro produzindo tolerância é um reducionismo perigoso que, aliado às políticas proibicionistas, demagógicas e midiáticas, alimentam a contrafissura por toda a superfície expressiva social, inserindo-se nos processos de subjetivação dos drogados e dos não drogados (Idem, p.31)

Falamos, portanto, de um espinhoso trajeto percorrido, tanto pelas Políticas Públicas, quanto pelas(os) militantes da Reforma Psiquiátrica. Trajeto afetivo, de expansão dos olhares. “Não mais olhar por cima das águas, não mais olhar apenas para as drogas”. É, então, no encontro cotidiano que torna-se possível atravessar a superfície discursiva sobre o uso de drogas, ou retomando Deleuze (1991), traçar um território com o sujeito, um contorno de um conjunto-droga, que considera sua subjetividade e a sua relação com as causalidades externas, presentes naquilo que Lancetti (2015) aponta como sintoma social.

Neste sentido, assim como acompanhamos, os CAPS ad surgem como uma aposta, enquanto *lócus* e *ethos* de produção de subjetividades, de construção de laços afetivos, de promoção de saúde e de novas formas de existir para as(os) usuárias(os) de álcool e outras drogas, que considera os diferentes entrelaçamentos subjetivos.

Cabe salientar, entretanto, que:

O CAPS é, tão somente, um arranjo institucional provisório que foi criado em um determinado momento histórico, sob determinadas condições e em um lugar específico. A potência do Paradigma da Atenção Psicossocial está nesta dimensão inventiva presente nas relações e nos encontros, para produzir estratégias de cuidado e de produção de vida (SANTOS, YASUI, 2016, pp.78-79).

Santos e Yasui (2016) questionam, ainda, o lugar do CAPS ad enquanto local cuidado em álcool e outras drogas: a particularidade dedicada ao serviço não reforçaria o imaginário social e o estigma ligados ao consumo dessas substâncias? Ouso, também, às reflexões: o quanto este arranjo institucional provisório, pensado enquanto serviço de saúde, reitera o a concepção de uso como doença? Como possibilitar a potência do paradigma da Atenção Psicossocial para além do nome do equipamento? Temos muitos mergulhos à frente...

O que as pesquisas nos dizem sobre drogas

A relação com a droga ganha um lugar central, dominante na vida do sujeito (...), constituindo-se num obstáculo ao movimento vital de produção e de expansão dos nexos. (...) A subjetividade vai insistir em exercitar sua natureza coercitiva que, na ausência de outros laços possíveis, fica restrita ao nexos-droga, e, fechada num ciclo suicidário, mantém-se refém da próxima dose, submetida à compulsiva repetição do mesmo (TEDESCO, PECORATO, 2016, p.97).

Nossa embarcação rastreou também uma série de pesquisas sobre o uso de álcool e outras drogas e experiências de cuidado às(aos) usuárias(os). Vale ressaltar que, embora o cigarro seja a substância que mais mate - diretamente - suas(seus) usuárias(os), abordaremos aqui, sobretudo, as evidências científicas relacionadas ao álcool e ao crack.

O uso abusivo de álcool aparece como prevalente em nosso cenário, de oito a quinze vezes superior ao consumo de crack. Deleuze (1974) já apontava o uso de álcool como um extraordinário endurecimento do presente. A representação social em torno do álcool, o lucro de grandes empresas e a relação álcool-poder o tornaram a droga que mais causa violência familiar e urbana (LARANJEIRA, 2014).

No que se refere especificamente ao crack, a recente Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (2014) nos mostrou que: oito em cada dez usuários de crack são negros, homens, na faixa etária de 20 a 30 anos e também não chegaram ao Ensino Médio. 40% já estiveram (ou estão) em situação de rua e 49% possuem passagem pelo Sistema Prisional. As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo perfil de vulnerabilidade, com o agravante de que 47% delas trazem histórico de violência sexual. A mortalidade entre usuárias(os) de crack é

sete vezes maior do que a população em geral, de modo que a causa principal dessas é o homicídio (em 60% dos casos). Tais evidências reiteram a afirmação de Souza (2016), de que as(os) usuárias(os) de crack fazem parte da chamada “ralé brasileira”²¹: em sua maioria, fazem parte de uma classe social específica, com histórico de exploração e, sobretudo, tem uma cor. Negras(os) pobres. Efeitos de um Modo Capitalista de Produção. Como o próprio autor nos traz, “o crack é a droga do capitalismo selvagem. Em torno da pedra estabelece-se um mercado paralelo, no qual objetos-símbolo – celular, roupa de marca, tênis etc. – viram fumaça, trocados por um preço correspondente ao valor social de quem os vende” (Idem, 2016, p.154).

Num país onde o proibicionismo gera milhões de reais, apenas as(os) usuárias(os) pobres são punidas(os) por tal sistema, isto é, aquelas(es) cujo valor social pode ser descartável. Suas mortes não ocorrem devido a algum efeito da substância, mas são resultado de uma “Guerra às Drogas” fracassada:

Atualmente, no estado do Rio, por exemplo, morrem menos de cem pessoas, anualmente, por consumo excessivo de cocaína. Quantas morrem na guerra do tráfico? Dos mais de seis mil crimes letais que acontecem todo ano no estado do Rio, supõe-se que cerca de 65% têm relação direta ou indireta com o tráfico. Nosso problema não são as drogas; é o tráfico, que só existe por conta da criminalização (SOARES, 2009, p.5).

Além disso, como a lei 11.343/2006, que 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, não define a partir de qual quantidade de drogas o porte passa a ser compreendido como tráfico, a interpretação cabe à autoridade policial e/ou judicial. Pesquisas apontam, ainda, “que 80% dos presos por tráfico são jovens entre 16 e 28 anos, primários. A grande maioria foi capturada em flagrante, não portava arma, não agia com violência, não tinha ligação com organização criminosa” (Idem, 2012).

Nos deparamos, portanto, com os entrelaçamentos de uma questão que abarca questões de saúde, sociais, subjetivas, jurídicas e criminais. A tamanha complexidade do uso

²¹ Desde suas origens, que junta o processo de urbanização e industrialização brasileiro ao processo de libertação dos escravos sem qualquer ajuda e abandonados à própria sorte (ou azar), jamais houve no Brasil qualquer consciência da necessidade de resgatar pessoas que, ex-escravas ou mestiços empobrecidos, passaram a formar a classe dos desclassificados no Brasil moderno (...). Essa classe é, claro, explorada também. Mas sua exploração é do “corpo”, nas atividades duras, sujas e perigosas, típicas da ralé, como empregada doméstica, faxineira, catadores de lixo, guardadores de carro etc. Como não se recebe estímulos familiares à disciplina e à capacidade de concentração essa classe “fracassa” na escola e depois no mercado de trabalho, que exige a qualificação escolar bem-sucedida. É assim que certa “origem” de classe se eterniza em reprodução de classe sem capacidade de incorporar conhecimento e planejar seu futuro (SOUZA, 2016, p.35).

de drogas exige de nós, trabalhadoras(es) a revisão constante de olhares e saberes, pois “quando alguém se candidata a tratar, cuidar ou, ilusoriamente, salvar essas pessoas, passa a fazer parte de um conjunto-droga: produção, distribuição, consumo, repressão, tratamento... Ser cuidador dessas pessoas requer adentrar em um território complexo, controverso e fascinante” (LANCETTI, 2011, p 136).

Nesse território de paradoxos, algumas experiências mostram sua potência transformadora, entre elas, o Programa “De Braços Abertos” (DBA), conduzido de 2014 a 2017 pela Prefeitura do Município de São Paulo e implementado no Bairro da Luz, região que ficou pejorativamente conhecida como Cracolândia, devido à grande concentração de pessoas em situação de uso de crack. Pautado no paradigma da Redução de Danos:

O DBA ofereceu acomodações em quartos de hotéis do entorno, três refeições diárias em um restaurante público local, oportunidade de trabalho e renda em serviços de zeladoria municipal e mediação de acesso a serviços de saúde para as pessoas identificadas como “usuárias de crack”, sem a exigência de interrupção do consumo dessa ou de outras drogas. Tratou-se de um tipo de ação pública inédita, especialmente considerando a enorme diferença qualitativa deste programa em relação às medidas repressivas anteriores e também em relação à proposta implementada pelo governo do estado de São Paulo, o Programa Recomeço, que, a partir de 2013, mediou financeiramente o acolhimento de pessoas da região em centros distantes da área, a maior parte deles em Comunidades Terapêuticas (RUI, FIORE, TÓFOLI, 2016, p. 6).

Os dados quantitativos²² demonstram que 65% das pessoas beneficiárias do DBA reduziram significativamente o consumo de crack (Idem, 2016). 84,66% puderam acessar serviços de saúde em tratamento de saúde, 72,75% começaram a trabalhar e estão trabalhando, 52,52% dos beneficiários recuperaram o contato com a família.

Pesquisas nos dizendo de práticas possíveis, nos evidenciando a importância de desterritorializarmos algumas “certezas” a fim de não repetirmos compulsivamente o mesmo, em linhas suicidárias, como as subjetividades toxicômanas. Contudo, o capital ainda impera.

É preciso resistir...

²² Para mais informações, acessar: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/com-resultados-positivos-em-pesquisa-internacional-de-bracos-abertos-ganhara-mais-500-vagas/>

Mande notícias do mundo de lá, diz quem fica...

Ô, quem te ensinou a nadar, marinheiro só
 Ou foi o tombo do navio, marinheiro só
 Ou foi o balanço do mar, marinheiro só...
 (Marinheiro só – Clementina de Jesus)

Desde o início de nossa viagem, a embarcação Brasil encontrou muitas correntezas no cenário macropolítico, cujos rumos influenciam diretamente o curso de nossas águas e de nossa pesquisa, tanto no âmbito de implantação de Políticas Públicas - Federais, Estaduais ou Municipais -, quanto na ideologia que estas carregarão: inclusiva ou excludente. É válido, portanto, que recordemos juntas(os) esses “tombos do navio”.

Ao final do ano de 2015, assistimos à saída do Ministro da Saúde Arthur Chioro e a entrada de Marcelo Castro em seu lugar. Vivemos a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-diretor do maior manicômio da América Latina, Casa de Saúde Dr. Eiras de Pacambi, para o cargo de Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Lutamos contra este e outros golpes. Pudemos evitar alguns, de modo que Valencius fora exonerado em maio de 2016. Entretanto, não foi possível evitar o maior golpe, aquele contra a democracia, que retirou Dilma Roussef da presidência.

Em nosso contexto atual, portanto, a embarcação Brasil conta com novos marinheiros. No Ministério da Saúde, Ricardo Barros, “aquele dos planos populares de Saúde”²³. O plano das leis em ameaça constante. Na Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Junior, da Associação Brasileira de Psiquiatria. A cada nomeação, um retrocesso. No Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra, autor de projetos de lei que prevêem aumento de pena para o tráfico e internação compulsória como forma de cuidado²⁴. Este também assume vaga como conselheiro titular no CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas). “É tempo de reforma”. Reforma trabalhista, reforma da previdência, reforma do ensino Superior. E a Reforma Psiquiátrica?

Golpe macropolítico, com reflexões micropolíticas.

²³ Para mais informações, acessar: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>

<https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude>

²⁴ Para mais informações, acessar: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/alexandre-de-moraes-coloca-osmar-terra-no-conselho-nacional-de-drogas>

Nossa engenhoca-desejante também assistiu, recentemente, às inúmeras intervenções policiais na Cracolândia, na cidade de São Paulo, ordenadas pelo Governo Estadual e Municipal. O Programa Redenção prevê internação compulsória e abstinência como única forma de cuidado, pautado num significante cujo significado sugere a salvação, a libertação de vidas. Assistimos, também, à aprovação da nova Política de Saúde Mental, a qual traz consigo a reabertura de Hospitais Psiquiátricos e o investimento financeiro maciço nas Comunidades Terapêuticas - estas estão em voga mesmo!

Antonio Lancetti (2015) nomearia estas ações de contrafissura, ou seja, o afã em resolver imediatamente, de modo simplificado – e muitas vezes, violento –, problemas complexos; tentativas direcionadas às drogas, não às pessoas que as usam. “Noias queimam pedra, e autoridades, políticos e editores de jornais escritos e televisionados ficam alterados” (Idem, p.30).

Cuellar (2011), por sua vez, nos traz o conceito de estética do atroz para como produção de violências embasadas em um ideal de “limpeza social” e travestidas de cuidado.

Una de las formas de manifestación de la estética de lo atroz como expresión suprema de la polarización social tiene que ver con cierto sentimiento de belleza interna al sentir que se está colaborando con procesos de limpieza social. Ese sentimiento se configura socialmente gracias a la utilización sistemática de imágenes y sonidos a través de los cuales se va creando una masa de seres satanizados que no sólo merecen ser destruídos por el mal que hacen a la sociedad, sino que se impone como imperativo categórico su aniquilación. (...) La desfiguración de la otredad se realiza a partir de este principio de la guerra psicológica. Una vez desfigurado el enemigo se instala en el imaginario social un sentimiento de colaboración con quienes diseñan y ejecutan acciones de «limpieza social». Ese sentimiento de belleza interna alcanza su máxima expresión cuando se exacerban los niveles de deshumanización de los contrarios al punto de llegar a convertirse en un sentimiento sublime que actúa como referente moral para justificar las acciones de atrocidad o crueldad en contra de los otros (Idem, p.69).

O mundo de lá chega ao mundo de cá, pois os planos macro e micro coexistem, convivem diariamente na tentativa de composição ou ruptura, desterritorialização e reterritorialização.

Como enfrentar os retrocessos sem sermos fatalistas? Como (re)criarmos nossos espaços de cuidado? Toquemos nosso plano micro...

MOVIMENTO II – Tocando e pousando

Território

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. (...) Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (...) O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir (GUATTARI, ROLNIK, 1986, p.323).

Navegamos pelas águas legais – doces e salgadas -, enfrentamos grandes ondas e fortes correntezas, na busca de um território para pousar. Rastreamos. Tocamos. É preciso falar do território, porque é onde a vida acontece, onde o plano das leis pretende atuar, de modo que as próprias Políticas Públicas preconizam tal diretriz, como nos traz o Artigo 2º da Portaria nº 3.088/2011: “(...) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (BRASIL, 2011).

O geógrafo Milton Santos compreende que o território “só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir de seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam” (SANTOS, 2000, p; 22). Dessa maneira, o território só é território quando é vivenciado nas relações, as quais se transformam e transformam o próprio cenário, bem como a história:

(...) memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas (LIMA, YASUI, 2014, p.597).

O território também pode representar o espaço de produção de formas de ser e de expressão da racionalidade hegemônica, isto é, onde se exerce o controle e a captura das subjetividades – pela criação de modos de se relacionar, de consumir, de amar, de conceber a vida no Modo de Produção Capitalista -, assim como, por meio dos processos de

desterritorialização, o território aparece como possibilidade de emergência de novas territorialidades e de formas de resistência (Idem, 2014). Ele coletivo, pois é relacional; é político, porque abarca interações entre forças; é ético, pois advém de um conjunto de critérios e referências para existir; e é estético, porque dá forma a este conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações (FARINA, 2008).

Não sendo um dado neutro ou um ator passivo, como nos coloca Milton Santos (2001), o território aparece como uma construção provisória, dinâmica, em que se encontram os processos sociais, econômicos, culturais e políticos. Dessa maneira, em nosso pouso, é imprescindível olhar para o cenário que se coloca e se (re)constrói a cada relação.

A descrição que farei, portanto, busca perpassar todos os aspectos aqui citados, os quais se ligam intrinsecamente ao território, e, inevitavelmente, a minha própria concepção singular deste lugar, deste “chão com pessoas”, cuja construção se deu no plano das vivências cotidianas, bem como nos encontros com as pessoas entrevistadas nesse processo, as quais contribuíram imensamente para essa navegação de tamanha ousadia.

O município e seus agenciamentos

É porque o chão, mesmo estando aí, nunca nos é dado – ele tem que ser ocupado mesmo. Há que pensar essa ação de ocupação, de ação no chão, e depois ter a coragem de agir (LEPECKI, 2012, p.58).

Ourinhos localiza-se na região Sudoeste do Estado de São Paulo e, como grande parte dos municípios desta região, teve sua origem pela colonização italiana a partir da cultura de café e algodão. Ocupa uma área de 296.203km², sendo que 12.4015km² estão em perímetro. Sua população é estimada em 111.056 habitantes²⁵, sendo, então, o 73º mais populoso de São Paulo e o primeiro de mesorregião. O seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,778, considerado como elevado. Possui como principal atividade econômica o comércio; no setor da agricultura, destaca-se o cultivo da cana-de-açúcar, da soja e do milho. Subdivide-se em, aproximadamente, 120 bairros e está localizada junto à bacia hidrográfica do rio Paraná, sendo cortada pelos rios Paranapanema, Pardo e Turvo. Encontra-se em uma das fronteiras entre os Estados de São Paulo e Paraná.

No campo das Políticas de Assistência Social, o município conta com quatro CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado

²⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1º de julho de 2013). «Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data em 1º de julho de 2013» (PDF).

de Assistência Social), Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Casa Lar), Centro Pop, Serviço de Abordagem Social e Acolhimento Institucional para pessoas em Situação de Rua.

No âmbito das Políticas de Saúde, mais especificamente no que se refere à RAPS, Ourinhos possui os seguintes componentes: na Atenção Básica, cinco ESFs e 12 UBSs; na Atenção Psicossocial Especializada, um CAPS II, implantado em 2006, e um CAPS ad, implantado em 2016; na Atenção de Urgência e Emergência, SAMU e UPA; na Atenção Residencial de Caráter Transitório, uma Comunidade Terapêutica religiosa (incluindo intencionalmente este equipamento, para que possamos juntas(os) realizar algumas reflexões ao longo desta narrativa); como Estratégias de Desinstitucionalização, duas Residências Terapêuticas, implantadas em 2014. Não há Serviços Hospitalares de Referência ou Enfermarias Especializadas com leitos de retaguarda, de modo que as internações ainda ocorrem, em sua maioria, em Hospitais Psiquiátricos da região, conforme distribuição da Central de Vagas do DRS IX – Marília. As ações de reabilitação psicossocial, ainda não consolidadas por meio de Associações e/ou Cooperativas, aparecerão como parte desse caminho a ser compartilhado.

Ourinhos era referência regional por seu Hospital de Saúde Mental, anteriormente, intitulado “Hospital de Psicopatas de Ourinhos”. Este hospital foi inaugurado na década de 50 e, até o ano de 2014, recebia, em seus 120 leitos, a maior parte das internações do município e da região. Vale destacar que, no ano de 2015, - mesmo após o fechamento do Hospital de Saúde Mental -, o município foi noticiado como o pioneiro no interior do Estado de São Paulo a adotar medidas de internação compulsória para o cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas²⁶.

(M.A): Final de ano dava um ‘boom’ de internações psiquiátricas, né? A família queria viajar, a família queria ir pra praia, queria passar o Natal e o Ano Novo em paz. E aquela pessoa dava problema ali, e tal, e tal, e acabava internando. E como era fácil o acesso... Não tinha a UPA na época, a Santa Casa que fazia a guia. A Santa Casa e o Hospital de Saúde Mental era uma coisa só, era um CNPJ só. O Hospital de Saúde Mental era filial da Santa Casa, então internava com muita facilidade, muita facilidade mesmo. Alguns casos até que batiam na porta, não ia nem com guia. A equipe se sensibilizava, fazia contato e acabava... Aí o médico do hospital fazia a guia ali na hora e internava ‘ele’ na hora. Não tinha Central de Vagas, não tinha regulação, não tinha nada, era tudo muito fácil, era tudo por

²⁶ Para mais informações: <http://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2015/03/ourinhos-e-1-cidade-da-regiao-adotar-internacao-compulsoria.html>

telefone. As coisas Ra muito pouco pensadas, as internações. Não se pensava muito porque está internando, simplesmente se internava. Era muito assim.

Durante muitos anos, a única oferta de cuidado era, portanto, a internação.

(M.E): Não existia trabalho com dependência química feito pela Saúde. Havia uma cobrança grande, né? Do governo municipal que a Saúde assumisse um trabalho. Era feito pelo setor Social (Secretaria de Assistência Social). O setor Social implicava só em psiquiatria e internação praticamente cem por cento. Toda vez que alguém chegava pedindo internação, essa pessoa acabava conseguindo, então a gente tinha esse dado de cem por cento de internação.

Ademais, além do Hospital de Saúde Mental, Ourinhos possuía – assim como grande parte dos municípios de nossa região – um Ambulatório de Saúde Mental, o qual, no decorrer do período de construção do texto, mais precisamente em maio de 2017, foi fechado, após determinação da gestão atual. Sabemos que, historicamente, os ambulatórios foram criados enquanto modelos alternativos aos Hospitais Psiquiátricos, com fins de evitar internações. Apesar de seus objetivos iniciais, outra lógica de atendimento foi se constituindo: a equipe multi funcionava de maneira fragmentada, e o trabalho era focado apenas em sintomas, queixas e diagnósticos (OLIVEIRA et al, 2004; SANTOS, 2007; YASUI, COSTA-ROSA 2008).

(D.): Aqui na nossa cidade, sempre aconteceu de ter o Ambulatório de Saúde Mental que já existe há muitos anos, e o atendimento em Saúde Mental era centralizado ali no Ambulatório, né? Com médico psiquiatra, clínico geral, até tinha assistente social uma época, T.O [terapeuta ocupacional], e psicólogo, mas centralizado, ou seja, as pessoas iam, teriam que procurar o serviço, né? E assim funcionou por muitos anos.

Nesse cenário instituído, de linhas duras e rígidas, alguns atores iniciaram um percurso de protagonismo para “fazer diferente”, buscar outras formas de cuidado e de existência. Quais linhas de fuga foram tecidas? Assim, neste mesmo Ambulatório, algumas trabalhadoras propuseram-se a acolher a demanda de álcool e outras drogas. Foram criados grupos e oficinas. Linhas de fuga não instituídas, linhas de fuga construídas a cada relação. O que era possível dentro de um Ambulatório?

(M.E): Foi quando eu me propus a começar um trabalho, mesmo sem estrutura, sem a equipe. A gente não tinha assistente social... Basicamente era atendimento psiquiátrico e os grupos que eu fui formando. (...) A gente usava a seguinte estratégia: “olha, enquanto a gente não agenda médico, você já pode começar a vir pro grupo, se você se sentir bem, você tem sempre a possibilidade de atendimento individual também, mas o grupo é bacana, funciona bem, e, enquanto não sai a internação você vai ficando”. E foi com isso que a gente conseguiu também diminuir as internações, com essa estratégia.

Naquele período, aproximadamente no ano de 2010, práticas de criação se iniciaram. Mesmo em um contexto centralizador, como o Ambulatório, mesmo em atendimentos pontuais. Partira do protagonismo de pessoas que não olharam apenas para o plano molar.

Também na mesma época, saindo da instituição ambulatorial, mais potências nômades foram se constituindo e, junto delas, novas linhas de fuga. Em 2011, nascia o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos (FPISMO)²⁷.

(D): A gente começou a pensar em Políticas de Saúde Mental pra região, né? A questão da Atenção Psicossocial, essa outra lógica. E aí foi quando surgiu o Fórum [Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos], lá em 2011, que a gente começou a pensar essa questão de uma outra lógica de atuação, né? Mais dentro da lógica da Atenção Psicossocial, deixando um pouco essa questão hospitalocêntrica, né? Até porque, aqui na nossa região, sempre foi muito forte o Hospital de Saúde Mental.

O FPISMO nasceu, segundo Lima (2013), a partir da preocupação do Colegiado de Gestão Regional de Saúde (CGR) – hoje Comissão Intergestora Regional (CIR) – em construir propostas para a Política de Saúde Mental na região, sobretudo, relacionada à atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. O CIR é composto por 12 municípios: Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo e Timburi.

O Fórum, como um encontro de pessoas, de lógicas e de saberes, propiciou a ativação de um coletivo que refletia conjuntamente sobre os processos de trabalho e sobre as

²⁷ A construção deste espaço fora tão potente que merecera uma dissertação de Mestrado: LIMA, D. B. de. **O espaço fórum como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental: desafios e potencialidades**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

possibilidades de construção de cuidado. Como uma dessas produções coletivas, nasceu o projeto de CAPS ad regional. A organização micropolítica recorre ao plano das leis.

(R.): Porque o Fórum também teve toda uma proposta, também iniciou com uma questão de os municípios se reunirem pra discutir a questão da dependência química, né? Que era um problema em vários municípios daqui da região de Ourinhos. Então se começou a pensar: vamos montar um Fórum pra gente ter estratégias de trabalho com relação às drogas, à dependência química, trazendo a rede pra discutir, profissionais de vários setores, né? E aí começou a se pensar em montar o Caps, mas o Caps regional, ta? Daí foi feito o projeto. Me lembro de que tinha profissional de Salto Grande, de Canitar, de Ourinhos, de Santa Cruz [do Rio Pardo]. Ah, eram dois Caps: um em Ourinhos, outro em Santa Cruz, os dois Regionais.

Os planos das leis, assim como toda linha de organização dos territórios (ROLNIK, 2014), criam estratégias de circulação no mundo, são visíveis, conscientes e finitos. Ou seja, para implantação – molar – de uma política pública, é necessário que inúmeros trâmites burocráticos sejam cumpridos: construção de projeto, pactuação com a gestão, aprovação de Conselho Municipal, envio para o DRS e, posteriormente, para o Ministério da Saúde, aceite Regional, Estadual e Federal, entre outros. Fora nesse entre que a proposta regional tornara-se municipal.

(R.): Então acho que quando teve essa pactuação, para os municípios assinarem, alguns municípios deram pra trás. Era um período também de eleição... Então foi um período difícil, que barrou. Eu lembro que, alguns municípios, mudou o gestor. Em Ourinhos, continuou a mesma gestão, então pra gente não foi tão difícil. Mas quando alguns gestores não quiseram mais aceitar a pactuação do Caps regional, o secretário de Ourinhos me chamou e falou: “Olha, vamos dar continuidade ao Caps, mas ao Caps ad municipal”.

O CAPS ad fora inaugurado em 2016. Desde a escrita do projeto, foram cinco anos de espera. As linhas de fuga antes criadas em 2011 tornaram-se linhas de aprisionamento. A espera pelo “tal do CAPS ad” tornou o cotidiano mais rígido, enquanto as agendas ficavam “cheias”, pois eram poucas(os) trabalhadoras(es) dispostas(os) às relações, a acolher sem exceção, sem o serviço chamado especializado. O coletivo de corresponsabilização rendeu-se a um cronograma de implantação. Enquanto isso, listas de esperas foram-se criando.

(R.): Do ambulatório, tinham alguns grupos, mas que atendiam uma demanda muito limitada, né? A gente percebia. (...) Existia muita resistência quanto à dependência química, né? Mandava pro Ambulatório pro profissional de referência, daí o profissional de referência falava: “ah, mas eu to com a minha agenda cheia”.

(M.E): Muito solitário, né? Principalmente no manejo das crises, a gente não tinha médico ou mesmo um enfermeiro no ambulatório, então, às vezes, a gente recorria ao CAPS II, que tem enfermeiro e ele ia até lá nos ajudar no manejo das crises. Também nessa época, não me lembro quando foi inaugurada a UPA... A gente não tinha a UPA. Tinha a Santa Casa, mas não tinha nenhum recurso humano específico que pudesse ajudar... Eu lembro que eu adoeci em todos os anos, porém o amor pelo trabalho sempre foi maior do que o cansaço. Foi muito esgotante, até que duas companheiras vieram, né? Aí o trabalho se tornou menos pesado, mesmo ainda com o ambulatório. Mas, realmente, foi muito solitário o trabalho, dentro da rede... O ambulatório aqui tem um posto de Saúde próximo, mas nem com eles, em termo de manejo de crise a gente podia contar.

Outra cena. Quais linhas de fuga eram possíveis criar?

Pessoas em físsura buscando acolhimento, gestão em físsura buscando solucionar “o problema da droga”. Já não era mais possível internar em Hospitais Psiquiátricos, uma vez que o plano das leis já vinha construindo, ao longo das décadas, por meio da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, propostas de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, como pudemos resgatar no Movimento I. Todavia, havia as novas modalidades de manicômios. Retornamos às Comunidades Terapêuticas.

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou, em meados de 2013, uma “parceria” com o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Presidente Prudente, responsável pela triagem e encaminhamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para diversas Comunidades Terapêuticas Cristãs que localizam-se aos redores desta última cidade. A proposta de “tratamento” é de seis meses de internação, sendo que, aos finais de cada mês, a pessoa internada volta ao seu município para visitar sua família e passar o fim de semana. Linha de segmentaridade dura, reprodutora do asilamento. Contrafíssura.

Como uma alma, atravessa todos os territórios da existência e não se manifesta exclusivamente nos proibicionistas. Todos estamos nela como habitantes e habitados pela sociedade de controle. No nosso entender, a contrafíssura é a primeira barreira a ser enfrentada por gestores e cuidadores (LANCETTI, 2015, p.40).

É nesse cenário que inicio este mergulho. Durante seis meses, trabalhei no Ambulatório de Saúde Mental, também a espera da implantação do CAPS ad. Quais linhas de fuga foram possíveis criar? Adentrando a embarcação, inicio meus diários. O primeiro deles:

Data: 04/01/2016

No primeiro dia: a casa da Reforma

Primeiro dia neste lugar, primeira sensação. Olhar estrangeiro. Olhar de uma estrangeira. Era uma casa, muito engraçada. De cor alaranjada, portões cinza, vazados para olharmos melhor. Plantas em um pequeno canteiro. Um grande letreiro prata anunciava aquilo a que se pretendia aquele espaço: CAPS AD.

Entrei, me apresentei, conheci pessoas, conheci a casa. Foi-me explicado que o - tal do - CAPS ad ainda não seria inaugurado, uma vez que o Ambulatório de Saúde Mental do município estava em processo de reforma (Psiquiátrica?). Por essa razão, a equipe toda do Ambulatório estava ocupando provisoriamente a casa do CAPS ad. Ao término da reforma, as outras pessoas da equipe do CAPS ad seriam chamadas para, enfim, inaugurarmos este serviço. Então, ainda era um Ambulatório.

Fomos – eu e outra psicóloga – chamadas antecipadamente devido à “grande lista de espera de dependentes químicos que necessitam de atendimento” (repiro aqui todos os termos mencionados na ocasião). Deveríamos organizar nosso horário para poder “revezar” as salas de atendimento, para “dar conta da lista de espera”. Poderíamos chamar em grupos, “como for melhor para vocês”. Havia também uma lista de Alta por Abandono. Folheeí esta lista, que também era bastante longa, perguntando a mim mesma: o que seria o abandono para as pessoas que fazem uso prejudicial de Álcool e outras Drogas? Acredito que voltarei a falar disso em breve. Sim, ainda era um Ambulatório.

A organização da casa me chamara muito a atenção. Sim, estava bonita, reformada. Cadeiras novas, móveis novos: tudo para um novo serviço, tudo para uma nova lógica de trabalho. Espero reticente. Respiro fundo. Observo flutuante. Nas salas, cada psicóloga tinha a sua, cada médica(o) vinha no dia em que preferia. No meio, mesas. Entre pessoas, mesas. Ufa, a maior sala da casa. Espaço para convivência, grupos, oficinas? Não. Recepção. Cheia de prontuários, armários, arquivos. E mais mesas. Entre tantas mesas, algumas poucas pessoas: não havia atendimento com Psiquiatra naquele dia, então “o movimento era tranquilo”; estavam apenas as (os) “pacientes” agendados para atendimento com Psicóloga. Havia mais mesas do que pessoas. Ah, havia mais alguns cômodos no fundo da casa, como uma edícula. Uma grande área. Ali não havia mesas. Mas... Não fora reformada. Fora deixada para trás no processo da reforma. Sim, ainda era ambulatório.

Ao fim do período do primeiro dia de trabalho, ainda me sentia uma estrangeira. Estrangeira como alguém que vive o novo e se abre a percorrer e descrever novos

caminhos. Que este olhar seja, então, sempre de uma estrangeira, sempre de um desejo em movimento. Que haja mais pessoas e menos mesas em nosso caminho. Entre pessoas, pessoas.

Tocamos. Pousamos... Hora de reconhecer!

MOVIMENTO III – (Re)conhecendo

O que fazemos quando somos atraídos por algo que obriga o pouso da atenção e exige a reconfiguração do território da observação? Se perguntamos "o que é isto?" saímos da suspensão e retornamos ao regime da reconhecimento. A atitude investigativa do cartógrafo seria mais adequadamente formulada como um "vamos ver o que está acontecendo" (...). Não se trata de se deslocar numa cidade conhecida, mas de produzir conhecimento ao longo de um percurso de pesquisa, o que envolve a atenção e, com ela, a própria criação do território de observação. (KASTRUP, 2009, pp. 44-45).

Retornando aos diários de campo escritos – na tela do computador, nas margens de cadernos ou mesmo nas memórias mais reticentes –, me (re)encontro com algumas sensações deste cotidiano: conquistas, afetos, perdas, frustrações, protocolos, invenção, reprodução, aprisionamento, emancipação. Um misto de linhas entrelaçadas, enredadas.

Devo dizer, a princípio, que tomamos clínica e política como inseparáveis, uma vez que é por meio da clínica que nos deparamos com os modos de subjetivação e assujeitamento da vida, assim como, por meio dessa, é possível construir formas de resistência e transformação de si e de uma realidade. “O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (BENEVIDES; PASSOS, 2009, p.166). Nossos registros são, portanto, fragmentos clínico-políticos.

Assim como elencamos os *Movimentos* em capítulos, narrarei sobre as tantas linhas construídas, desconstruídas e reconstruídas em momentos: *As capturas e potências pré CAPS ad*; *Os (des)encontros de lógicas*; *As redes, seus aprisionamentos e suas potências*; *Os riscos do fascismo cotidiano*; *O agenciamento de novas coreografias*. Tais momentos, embora pareçam de sucessão cronológica, coexistem diariamente, a cada encontro com as (os) usuárias (os), com a equipe, com a rede. Serão narrados, portanto, a partir desses encontros.

É válido lembrar de que falamos aqui de um processo, de um “CAPS acontecimento”²⁸, mas um “CAPS acontecendo”²⁹. Deleuze (1992) já nos dizia que não são os

²⁸ “O acontecimento representa a interrupção das leis da natureza e da necessidade, introduzindo o acaso, contingência, novidade, diferença, vontade de jogo e de experimentação com formas de pensamento e de sociabilidade” (ORTEGA, 2009, p.34 *apud* YASUI, 2016, pp.182-3).

²⁹ Aproveito, aqui, para me desculpar com a(o) leitora quanto à variação dos tempos verbais: em alguns momentos, opto pelo pretérito em suas variações, em outros, utilizo o presente. Para além da gramática, tal variação em nossa narrativa deve-se, sobretudo, ao “acontecendo do CAPS”. Busquei, portanto, não finalizar

começos ou os fins que importam, mas o meio; onde as coisas e pensamentos crescem, transformam-se, dobram-se, (re)inventam-se. Em nosso “meio”, nem todos os questionamentos podem ser respondidos. Porém, podem ser experimentados...

Exploreemos.

As capturas e potências ‘pré’ plano das leis

Éramos célebres líricos, éramos sãos!

Lúcidos céticos, cínicos não,

Músicos práticos só de canção...

(Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Desde o início, esta cartógrafa era acompanhada pelo anseio por uma prática que fosse crítica, que garantisse direitos e que questionasse quaisquer formas de cuidado que fossem distintas daquelas “garantidas” pelas Políticas.

Assim, me lembro bem de toda resistência de quando fora chamada – pelo processo seletivo – para “trabalhar no Ambulatório de Saúde Mental enquanto o CAPS ad não inaugura”. Me lembrava, também, de tamanha sensação de impotência que já sentira estando nesse equipamento durante a graduação. Me perguntava: o que é possível fazer em um lugar como esse? O cotidiano foi dizendo-me.

Não havia o CAPS ad. Havia uma lista de espera: espera das(os) trabalhadoras(es), espera das pessoas que aguardavam atendimento.

Havia também um território novo a ser explorado: “vamos ver o que está acontecendo”. Embora a orientação fosse ‘dar conta da lista de espera’, eu e minha companheira de trabalho decidimos conhecer a rede. Éramos estrangeiras ali. De equipamento em equipamento, fomos nos apresentando como “psicólogas do CAPS ad”.

Conhecemos serviços e suas propostas, casas e ruas, pessoas e suas histórias, dentre as quais:

Data: 02/02/2016

Era dia de reunião com as equipes do Centro Pop e do Acolhimento Institucional.

Estávamos pensando juntas(os) as possibilidades de cuidado para as pessoas em

algumas práticas em suas conjugações, uma vez que o movimento permite-nos às (re)construções e (re)criações, bem como à repetições de posturas, sejam essas emancipatórias ou fascistas, criativas ou reprodutoras do mesmo, vibráteis ou rígidas.

situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A assistente social do Centro Pop mencionou: “é a grande maioria”.

Fomos até o Acolhimento, conhecer as(os) moradoras(es) que seriam as(os) encaminhadas(os) para o CAPS.

Fernando. Homem, pardo, 33 anos, em situação de rua há mais de 5 anos. Faz uso prejudicial de tinner. Já fez uso de crack e de cola de sapateiro. Iniciou aos 16 anos, quando trabalhava em uma vidraçaria. Gostava de cola de sapateiro e respingo de solda. Estava em abstinência há alguns meses, desde que fora acolhido pelo serviço.

Lá dentro, tinha uma espécie de ateliê. Faz trabalhos maravilhosos: entalha madeira, faz automóveis com placas de MDF e constrói imensos barcos com palitos de sorvete. Mostrou-nos todos eles. Se dizia montador de navios: “engenheiro não, porque precisa ficar calculando muita coisa, sou montador”.

Agora, frequentaria o CAPS ad? Já fôramos informadas que sim.

(...)

Pactuamos com as equipes que visitaríamos o Centro Pop quinzenalmente, a fim de realizar grupos, conhecer as pessoas usuárias daquele equipamento e, com elas, construir estratégias de cuidado.

O CAPS ad ainda não estava lá, mas quem disse que a Atenção Psicossocial não poderia ser construída? Segundo Yasui e Costa-Rosa (2008), a lógica da Atenção Psicossocial ultrapassa a instituição CAPS e, por essa amplitude, é uma Estratégia:

A EAPS [Estratégia Atenção Psicossocial] é uma lógica que perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, tomando-as dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se, dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da Atenção (Idem, p.36)

A potência, portanto, está no encontro com os impasses subjetivos e na construção de cuidado construída a partir deste, priorizando a (o) usuária(o) como protagonista desse processo (COSTA-ROSA, 2013). Produção singular, a EAPs aparece como resistência ao Modo Capitalista de Produção e busca romper com a dicotomia saber-fazer, experimentando a prática cotidiana. Numa prática embasada pela EAPS, era possível criar novos territórios nas instituições, linhas de fuga e linhas de invenção, pois “a prática não vem após a instalação dos

termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrenta os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas” (DELEUZE, GUATTARRI, 2012, p.85).

Do mesmo modo – começamos a refletir -, ocorre com a Redução de Danos. Enquanto estratégia de cuidado, de garantia de direitos e de integralidade, esta opera, também, fora dos muros de uma instituição. Fora nos territórios, nas ruas em que tudo começou!

Possibilidades. Dentro-fora do Ambulatório, dentro-fora de outras Políticas Públicas, dentro-fora das águas: era como estar mergulhada em uma lógica e conseguir voltar à superfície. E a cada imergir-emergir, os mergulhos eram diferentes, ora mais livres, ora mais contidos.

Sobre mergulhos contidos: as histórias, assim como os mapas, quando abertas, também revelam suas fronteiras, seus limites e seus acidentes geográficos. Linhas de fuga e de captura coexistem:

Data: 15/02/2016

Encaminhamentos que encaminham dores...

“Hoje fiz um encaminhamento para uma internação em uma Comunidade Terapêutica”. Essa foi a frase que martelou a minha volta para casa após mais um dia de trabalho e que permeou as discussões do almoço.

Embora soubesse de todas as questões que perpassam as Comunidades Terapêuticas, problematizando-as diariamente com minha colega de trabalho, eis que nos deparamos com uma situação que nos deixou encurraladas. A única psicóloga que acolhia as demandas de Álcool e outras Drogas até o momento realiza acolhimentos em grupo todas as segundas-feiras, às 10 horas da manhã. “O município todo sabe disso, então todos os encaminhamentos são feitos para este dia”. Decidimos participar de um grupo para vivenciar as propostas e construir nossas próprias. Entretanto, neste dia, dentre as cinco pessoas que chegaram para acolhimento, duas delas buscavam “encaminhamento para Presidente Prudente”. Já é sabido e divulgado que a Secretaria de Saúde disponibiliza uma van a quinzenalmente para levar pessoas para a triagem de Presidente Prudente. Quais outras possibilidades essas pessoas teriam? Em sofrimento, na busca incessante por algo.

Fomos convocadas para trabalhar em um serviço cuja lógica é da Atenção Psicossocial, porém fomos inseridas em outra lógica, a Ambulatorial, de ofertas e possibilidades limitadas.

Neste dia de grupo, ouvimos os sofrimentos, as dificuldades, as dores. Os anos de exclusão, de esquecimento à margem da sociedade, a necessidade de “dar um tempo da droga”. Falamos sobre a proposta de cuidado no território, sobre as ações que estávamos iniciando e afirmamos que não gostaríamos de encaminhar

ninguém para fora de Ourinhos, pois é direito de todas(os) o acesso a serviços de Saúde locais que os acolham e pensem sobre o uso prejudicial de Álcool e outras Drogas. Todavia, as dores continuavam: “aqui não vou conseguir, preciso ficar longe um pouco e ouvi dizer que lá em Prudente o tratamento é bom”.

Dias antes, havia indagado à Coordenação de Saúde Mental sobre a existência de leitos em Hospital Geral de internação para desintoxicação. Negativo. Notei que esse encaminhamento era um caminho natural, quase que um protocolo seguido quando as pessoas que buscam por acolhimento não desejam “tratamento ambulatorial”. Também já ouvi o discurso de que as vagas nas Comunidades Terapêuticas são liberadas mais rápido do que nos Hospitais Psiquiátricos. Me senti encurralada, sem saída, sem possibilidades outras. Me senti parte do sistema.

Ao fim do acolhimento, entreguei os papéis para as duas pessoas que vinham buscando a tal da internação em Presidente Prudente. Elas precisavam deste documento para agendar o transporte que as levariam. Convidei-as para voltar na mesma semana para que pudéssemos conversar novamente “até que a internação não saia”. No cabeçalho do documento estava escrito: “Encaminhamento para Internação”. Encaminhei pessoas para internação, encaminhei dores para serem internadas. Encaminhei minhas dores para casa. Revivo-as neste texto.

Revivo-as NESTE texto.

Nem sempre era possível resistir às lógicas manicomiais e alienantes. Tais lógicas também funcionam de maneira rizomática e, como acompanhamos, ainda têm se efetivado em diversos locais, chegando a territórios que o plano das leis ainda não atingiu. Como redes, capturam pessoas e subjetividades. Guattari e Rolnik(1986) já nos alertavam:

Todos vivemos quase que cotidianamente, em crise; crise da economia, especialmente a do desejo, crise dos modos que vamos encontrando para nos ajeitar na vida – mal conseguimos articular um certo jeito e ele já caduca. Vivemos sempre em defasagem em relação à atualidade de nossas experiências. Somos íntimos dessa incessante desmontagem de territórios: treinamos, dia a dia, nosso jogo de cintura para manter um mínimo de equilíbrio nisso tudo (p. 11, 12).

Foram seis meses no (território) Ambulatório, seis meses nos quais me deparei com as possibilidades e limites que uma prática, ora libertária, ora institucionalizada. Reafirmava, diariamente, o incômodo em ter que separar horários, reservar salas e registrar os atendimentos de maneira quantitativa. Reafirmava, além disso, a alegria em propor possibilidades distintas de cuidado, “perambulando” pela rede, para fora destas mesmas salas. Paradoxo? Prefiro observar, aqui, a convivência entre os modos maquínicos de produção de

subjetividade e as formas de resistência a estes (ROLNIK, 2014). Mais uma vez: linhas de normatização e de singularização coexistem. Seria diferente no CAPS ad?

No plano das leis e no plano dos afetos, o ambulatório continua sendo um espaço reprodutor de manicômios, o qual serializa pessoas e suas histórias, limitando-as a questões psiquiátricas e psicológicas. Não por acaso, este equipamento já não faz mais parte da RAPS. Contudo, muitos deles ainda existem, sobretudo em nossa realidade territorial. Portanto, aquelas(es) que ali trabalham cumprem com o desafio diário de criar ofertas outras de cuidado, que possibilitem a produção de novos territórios espaciais e subjetivos, disruptivos a este modelo fragmentário, o qual, por vezes, captura-os e nos torna-os parte de sua “linha de montagem”.

Nossa embarcação está chegando a primeiro de julho de 2016, dia de inaugurar ações. O que nos espera?

Os (des)encontros de lógicas e planos

Davam-nos rótulos, todos em vão!
Éramos únicos na geração,
Éramos nós dessa vez...
(Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Data: 01/07/2016

Hoje é dia de festa. Autoridades, representantes, trabalhadoras(es), usuárias(os) e curiosas(os). Todas(os) em frente à “casinha laranja”. Olhos atentos ao palanque montado, ao discurso bonito de palavras difíceis, ao novo serviço que se inaugura na cidade. Laço em volta da placa. Pessoas novas, equipe nova. É hora de inauguração. Inauguramos ações? Inauguramos o Caps ad? Já foi? Foi... Agora sim, podemos começar novos – e velhos – caminhos.

A Portaria nº 336/2002 nos diz que o CAPS ad deve possuir as seguintes características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária; responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuárias (os) de álcool e drogas; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local; coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial. Ademais, deve ofertar:

atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimentos à família; atividades comunitárias enfocando a integração das (os) usuárias (os) na comunidade e sua inserção familiar e social; atendimentos de desintoxicação (BRASIL, 2002).

Uma equipe com suas funções já pré-estabelecidas. O plano das leis já nos dizia (quase) tudo. A ansiedade iniciar algo novo. Organizar processos de trabalho, espaço da casa, rotina do serviço, horários... Me lembro muito bem do primeiro usuário que chegara até o CAPS ad. Todas(os) eufóricas(os): Quem ia recebê-lo? O que propor? O CAPS ad estava implantado?

“Aquele seria mesmo o primeiro usuário do serviço?”

Ao longo dos dias, novas pessoas, novas histórias, sofrimentos não tão novos. Dentre esses: Fernando. Mal imaginava que suas embarcações levariam a embarcação CAPS ad para águas tão profundas.

Data: 16/09/2016

Chegou ao CAPS ad por intermédio do Centro Pop, por quem já é acompanhado há algum tempo. Lembrei-me imediatamente dele: Fernando, o montador de navios. A assistente social do Centro Pop me informou, por telefone, que Fernando ficou por seis meses em abstinência, quando estava acolhido. Sua rotina era: café da manhã, ateliê, almoço, ateliê, café da tarde, ateliê. Concentrava toda sua atenção às suas produções. Contudo, quando começou a ser cobrado pela equipe para “ter mais autonomia” (????? – questionamento meu), voltou a fazer uso de tinner e voltou para a rua. E, segundo ela, após esse episódio, assim tem sido seu percurso neste Acolhimento Institucional: passa alguns dias e abandona a vaga, vai e volta, volta e vai.

Foi “acolhido” por nós, iniciou frequência em nosso serviço. Na primeira semana, não saía da sala de Terapia Ocupacional. A equipe se encantava, “encontramos um artista”, “vamos transformar tudo em geração de renda para ele”. Nós comemorávamos.

No entanto, nos diz que não quer vender nada do que faz: gosta mesmo é de presentear a todas(os). Ganhei uma panelinha de pressão feita de latinha de refrigerante, a auxiliar de enfermagem foi presenteadada com um barquinho de palitos e a terapeuta ocupacional ganhou um porta-jóias de MDF em forma de casa. Acredito que sua produção artística tem uma dimensão muito bela em seu psiquismo: não representa ganhos financeiros, mas afetivos.

Há algumas semanas, Fernando começou a chegar, diariamente, carregando sua garrafinha de tinner. Sempre “brisado”. A equipe começou a se incomodar.

Chegava, tomava café e ia para a sala de T.O. Ligava o rádio tão alto a ponto de não ouvir o que a(o) colega do lado dizia. Construía navios como nunca. Quando a “brisa” acabava, saía e cheirava – às vezes bebia – mais tinner, e voltava. Ocorreram também situações em que Fernando entrava com tinner escondido no CAPS. Na última semana, ele fez uso de tinner no banheiro. Neste dia, agradei por ser a técnica de referência dele, pois tive autonomia para bancar com algumas pessoas da equipe que ele permanecesse no CAPS.

Hoje, Fernando chegou com a sexualidade bastante aflorada, tentando abraçar nossa artesã sem seu consentimento. Fiquei irritadíssima. Enquanto trabalhadora e, principalmente, enquanto mulher que sofre diariamente com os diversos reflexos do machismo. Parei e olhei para o resto da equipe. Também estavam irritados, a ponto de mandarem-no embora para nunca mais voltar.

Tentei uma conversa, considerando o vínculo que já possuíamos. Respirei fundo e chamei-o para uma sala. Como já era esperado, Fernando também me olhava de maneira bastante sexualizada. Mas chamei-o para um “papo sério”. Perguntei sobre o que havia ocorrido e tentei colocar – embora soubesse que ele estava sob efeito do tinner – que não se deve tentar abraçar as pessoas contra a vontade delas. Foi me dizendo que estava há três anos sem transar com ninguém e que, no dia anterior, quase “rolou” com uma mulher, mas fora abandonado “na hora H”. Naquele momento, cheguei à conclusão de que Fernando nunca tinha sido ouvido de fato naquela instituição. Ficamos por uma hora e meia conversando. Muito mais ele do que eu. Combinamos que não haveria novas tentativas de assédio – fico imaginando quantas outras conversas como essas voltaremos a ter.

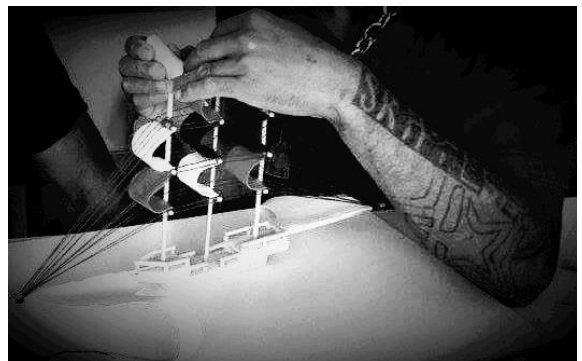
Em alguns momentos, tivemos a oportunidade de recebê-lo sóbrio no CAPS. Foram ocasiões em que percebi-o bastante angustiado. Uma angústia que parecia não ter nome, nem causa consciente. Fico pensando sobre quantas angústias há nesta vida, em tantos caminhos trilhados por este homem, que nem imaginamos, mas ousamos julgar por pura moralidade.

Desde o início, Fernando tornara-se um daqueles “usuários trabalhosos”, “aparecia” em todas as reuniões de equipe, exigindo uma boa dosagem de plasticidade psíquica para lidar com os impasses gerados nas discussões calorosas.

Lancetti (2015) nos traz a importância da plasticidade psíquica das(os) trabalhadoras(es) e de uma certa dose de atletismo afetivo. Este primeiro conceito, capturado de Freud, é uma espécie de traço único, singular, que contrapõe-se à rigidez psíquica, permitindo-nos lidar com as angústias diante do cotidiano, com as situações de “recaídas”,

violência e sofrimento. O atletismo afetivo³⁰, por sua vez, nos auxilia a operar as experiências de encontro com o outro: o corpo da(o) trabalhadora que busca o corpo da(o) usuária(o), não a droga; prioriza as expressões, os movimentos, as palavras, as histórias.

Plasticidade psíquica e atletismo afetivo. Dois conceitos que definem o plano dos afetos, o plano diário de relações, as quais, muitas vezes, são mediadas apenas pelo plano das leis. Ouso relacioná-los às linhas de fuga inventivas, num processo de desterritorializar-se e de criação de novos territórios possíveis diante dos processos de captura e do cotidiano imprevisível. Plasticidade afetiva e atletismo psíquico (o inverso também vale!).



na foto, Fernando na construção de um de seus barcos.

“Ele não que se cuidar, só quer vir para fazer artesanato, não participa de mais nada!”

“Este é um serviço de saúde, só deve ficar quem quer tratamento”.

“Ele está atrapalhando o tratamento das outras pessoas, não está cumprindo os combinados!”

Ainda estávamos no chão do (modelo) Ambulatório...

Nossos corpos, quando rígidos, não se permitem ao atravessamento de afetos, linhas e sensações. Prendem-se ao discurso inteligível, aos protocolos. Da mesma maneira, seria rígido de nossa parte cessarmos nossa análise aqui, acirrando os planos macro e micro.

Uma contradição entra em cena, pois o próprio plano das leis prioriza, em sua implantação, o resgate do sentido da clínica: o de “inclinarse” (klinikós), e o de produzir um desvio (clinamem) para produção de outras histórias, outras possibilidades de existência

³⁰ Conceito enunciado, inicialmente, por Artaud Antonin, em *O teatro e seu duplo*, e capturado por Antonio Lancetti (2015). “O conceito de atletismo afetivo de Artaud refere à potência do corpo do ator: por meio de vários tipos de respiração e vários tipos de gritos, o ator vai ao corpo orgânico para produzir um corpo sem órgãos que lhe permita sair da representação e alcançar o interlocutor” (p.63).

(BRASIL, 2003). Numa política que pretende a construção de desvios, a quais protocolos estaríamos aprisionadas(os)?

Assim como o plano das leis, os sujeitos também são constituídos por linhas duras, maleáveis e de fuga. Embora se misturem entre si, as linhas duras parecem sempre triunfar. São as linhas de normatização e enquadramento, as quais buscam manter a ordem por meio de intermináveis explicações e respostas, regras e esclarecimentos (DELEUZE, GUATTARI, 2012). Linhas duras de uma sociedade que culpabiliza as pessoas usuárias de drogas, de um capitalismo perverso que impõe o consumo, mas patologiza algumas(ns) consumidoras(es).

Seguimos construindo nosso mapa, portanto, com as narrativas e reflexões de um corpo atravessado por tantas outras histórias e de um processo de implantação atravessado por tantas lógicas e linhas.

Os riscos do fascismo cotidiano

Éramos súditos da rebelião
 Símbolos plácidos, cândidos não
 Ídolos mínimos, múltipla ação!
 (Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Sabemos bem que nas legislações temos ótimos argumentos e boas orientações para a efetivação de um cuidado que seja em liberdade e que considere as singularidades e a integralidade do sujeito. Nos documentos, há o respaldo para a implantação dos diferentes serviços que contemplem a RAPS. Na RAPS, há responsabilidades e fluxos previstos para diversas situações e distintos equipamentos. Dessa maneira, esforçava-me exaustivamente em questionar sobre como tornar uma Política Pública efetiva, como caminhar da legislação para a prática, do plano macro para o micropolítico.

É possível dizer que esta trabalhadora estava colada à figura da “militante-em-nós”, como Rolnik (2014) nos traz, uma vez que, partindo deste lugar teórico-legal, discursava de maneira quase que automática sobre portarias, decretos e resoluções. Na busca discursiva por revoluções, enrijeci-me sem a percepção de minha própria captura pelo sistema, pois, sem desterritorializar-se do lugar de saber *a priori*, não é possível olhar para além do olho-retina. Heranças do paradigma científico, vaidade acadêmica:

(...) quando pensam estar resistindo ao sistema vigente, e de fato o estão, do ponto de vista macropolítico das relações de exploração e de dominação, do ponto de vista

micropolítico caem, de cheio e sem saber, exatamente no eixo da estratégia de desejo do sistema que querem destruir: a captura. (...) se por um lado lutam contra o poder enquanto soberania, por outro, no ponto de vista do poder como técnica de subjetivação, não se abrem para a desterritorialização e continuam a se deixar recuperar pela captura, só que a do contrapoder da central de seu partido e de sua linha de história endurecida (Idem, p.128,129).

A potência nômade pré-inauguração, por algum tempo, ficara esquecida, como se todas as ações anteriores não tivessem seguido “aquilo que a política traz” ou não tivessem (re)inventado formas possíveis de cuidado. Militante, “militonta” (VASCONCELOS, PAULON, 2014).

É preciso atentar-se todos os dias quanto às diversas formas de captura. É preciso estar sensível para não nos tornarmos novas(os) fascistas ou coronéis ditadoras(es) das “maneiras adequadas de cuidar”. Ou seja, é preciso perceber “o fascismo que está em todos nós, que ronda nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz gostar do poder, desejar essa coisa mesma que nos domina e explora” (FOUCAULT, 1993, p.199). Desafios desta que vos fala, desafios de uma equipe.

Data: 28/10/2017

Hoje, na reunião de equipe, compartilhei meu sentimento de que Fernando não estava bem. Em algumas ocasiões, ele me relatara que estava incomodado com “as vozes”, que “fora perseguido por demônios à noite” e que tinha o pressentimento de que “as marteladas da construção em frente ao CAPS eram para agredir a consciência”. Nesses momentos, o uso de tiner aumentava, não conseguia ficar muito tempo dentro do CAPS, ou, quando conseguia, preferia aumentar o volume do rádio ao máximo – enquanto fazia seus artesanatos – para “não ouvir mais nada”. Conte à equipe que eu e a artesão estávamos acolhendo Fernando em suas falas, sobretudo nos momentos de mais angústia e incômodo em que queria ir embora do serviço. Percebemos que, quando começava a falar, sua angústia diminuía, assim como o desejo em anestesiá-lo com o tiner. Neste dia de reunião, Fernando chegara ao CAPS com um fone de ouvido, dos mais tecnológicos, que funcionava como rádio também, dizendo que gastara todo o dinheiro de seu Bolsa Família com este aparelho e que, então, não escutaria “mais nada”. Quando coloquei isso para a equipe, ouvi os seguintes comentários: “que bom que ele comprou o fone, assim para de encher o saco dos outros usuários com o volume alto”. Questionei, mas notei que parte da equipe não estava conseguindo olhar Fernando para além de seu uso de tiner. Não era possível, naquele momento, ampliar uma clínica que olhasse o sujeito em sua integralidade, não restringindo seu PTS a um discurso de “redução

de danos”. O único pacto possível, naquele dia, foi que tentariam “encaixar” Fernando numa consulta com o psiquiatra: melhor tamponar o sintoma, do que escutá-lo.

O chão do (modelo) Ambulatório ainda nos prende, nos limita a reflexões pontuais. Nossos corpos, rígidos e prescritivos, marcavam a captura de olhares-retina, nada vibráteis. Dessa maneira, a incapacidade/insensibilidade no pensar nos fizera cometer violações nem previstas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. A incapacidade/insensibilidade no pensar nos fizera minimizar a potência da Redução de Danos, tornando-o uma regra. O fascismo com expressões estéticas, a estética do atroz, como Cuellar (2011) já nos trouxera.

Data: 10/11/2016

Fernando faleceu no dia 1 de novembro de 2016. Fora encontrado morto em um córrego localizado no centro da cidade de Ourinhos. Ao que constam as perícias, estava “brisado” de tiner e teria se jogado ou caído no córrego. Naquele dia, uma terça-feira, por conta de diversos pontos facultativos decretados pela Prefeitura Municipal, o CAPS ad estava fechado.

Após a morte de Fernando, senti-me a trabalhadora mais impotente deste mundo. Perguntei-me diversas vezes de que forma poderia ter sensibilizado a equipe para acolher um sofrimento psíquico que transcende o uso de drogas. Perguntei-me também quais redes – formais e informais – poderia ter articulado que pudessem acolher Fernando nesses cinco dias de “feriado”.

Perguntei-me, ainda, o que esta morte teria causado na equipe. Num primeiro momento, discursos: “fizemos tudo o que poderíamos ter feito”, “trabalhamos respeitando o tempo de Fernando”. Entendi que estava difícil pensar sobre o processo de trabalho quando uma das consequências de uma série de falhas foi a morte de um usuário. Pensamos, então, nas vidas que ainda estão conosco.

(...)

Quantos Fernandos precisariam erguer o volume do rádio no mais alto - quando já não conseguem mais gritar - para que nós percebamos nosso próprio fascismo? Quantos Fernandos precisariam morrer para que as equipes (re)pensem sobre suas concepções e ofertas de cuidado? Perguntas que só o planos dos afetos - em composição com o plano das leis - pode ousar responder (ou experimentar), em seus agenciamentos cotidianos.

Navegando, nossa engenhoca experienciou, também, outras manifestações do fascismo. Desta vez, com sua expressão mais evidente.

Hoje uma mulher entrou no CAPS com um facão. Essa frase, a princípio, soa quase como cotidiana pra nós: usuárias(os) com facas e objetos cortantes para “se proteger na vida da rua”. O combinado é sempre guardar as mochilas no armário com chave ou deixar esse tipo de objeto do lado de fora. Tal pacto tem sido respeitado, pois fora construído coletivamente. Entretanto, hoje foi diferente. A mulher em questão não é usuária do serviço. Se apresenta como proprietária de quatro casas nas redondezas. Acusa as(os) usuárias(os) do serviço de invadirem seus imóveis. Com o facão apontado para todas(os) que se aproximassem, proferia ameaças e injúrias, deixando respingar seu preconceito a cada “vagabundo”, “noiado” que saía de sua boca. Gravou vídeos, chamou a TV local. Só deixou o serviço após chamarmos a Polícia Militar.

Inspirada em Deleuze e Guattari (2012), nomeio este acontecimento como o “fascismo de bairro”, persistente em seu microburaco negro, pois o episódio deste registro não fora o único de repulsa em relação ao CAPS ad e as pessoas que ali frequentam - lembremos que nosso município é um dos poucos da região que possui esse tipo de serviço, enquanto quase todos possuem Comunidades Terapêuticas. Já recebemos ligações e outras(os) visitantes bastante agressivas(os) com queixas bem específicas: “Por que o CAPS precisa estar no centro da cidade? Não haveria chácaras, outros espaços?” “Que tratamento é esse que as(os) usuárias(os) saem no momento em que querem?” “Já vi várias(os) na esquina bebendo corote ou fumando maconha na linha do trem”. Considerando que o cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas envolve uma desconstrução de paradigmas rígidos, nunca fora problema para nós responder a todas essas questões, buscando a construção de novos territórios e olhares, bem como a ampliação do repertório simbólico das(os) próprias(os) reclamantes, tão capturadas(os) quanto as pessoas por nós acompanhadas - e nós mesmas(os)! -, apenas com formas distintas de existência e sofrimento.

Todavia, a passagem ao ato da mulher que entrara com o facão trouxe-nos a sensação de impossibilidade de diálogo, de travessia de qualquer linha de afeto em uma manifestação tão concreta do ódio. Por diversas vezes, desejamos que ela estivesse bem longe, que fosse presa, internada, punida. Corremos o sério risco de responder aos fascistas com a mesma dose de fascismo. Quais linhas de fuga são possíveis aqui? Não se trata de fugir de um mundo, mas de fazê-lo fugir (DELEUZE, GUATTARI, 2012):

Pois, de todas essas linhas, algumas nos são impostas de fora, pelo menos em parte. Outras nascem um pouco por acaso, de um nada, nunca se saberá porquê, Outras devem ser inventadas, traçadas, sem nenhum modelo, nem acaso: devemos inventar

nossas linhas de fuga se somos capazes disso, e só podemos inventá-las traçando-as efetivamente, na vida. As linhas de fuga - não será isso o mais difícil? (p.83).

A mistura das linhas permite-nos as reflexões, não as certezas. Por essa razão, não estou certa de que “aprendemos” a lidar com os fascismos (em suas diversas expressões), mas, experimentamos a abertura dos corpos para sensações e atravessamentos outros, não capturados. Em nosso “CAPS acontecendo”, ensaiamos rupturas e fugas, e, em diversos momentos, utilizamos o plano das leis como respaldo para tal. Mais uma vez, o plano das leis e o plano dos afetos se encontram, se complementam.

Porém, nem sempre as embarcações estão abertas aos encontros e aos seus efeitos. Por vezes, preferem atracar-se num porto “seguro”, pois as conexões podem mudar os planos de navegação...

As redes, seus aprisionamentos e suas potências

Tínhamos dúvidas clássicas, muita aflição
 Críticas lógicas, ácidas não
 Pérolas ótimas, cartas na mão
 Eram recados pra toda a nação (...)
 (Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Alguns mergulhos são livres, encontram águas límpidas e colônias de peixes, num movimento sintônico, encantador. Outros, por sua vez, encontram um mar poluído e redes de pesca, que aprisionam os seres.

Nas águas deste mergulho, me deparei também com os (des)encontros de posturas e de políticas, com tipificações que capturaram olhares e escutas. Como trabalhar nas brechas de um protocolo que rotula e define destinos, bem como quem tem (ou não) acesso aos serviços? Mais uma vez, os protocolos.

Data: 29/11/2017

Tivemos uma reunião com o Centro Pop, Acolhimento Institucional e Abordagem Social. Fomos chamados “para compreender o fluxo da Assistência Social”. No decorrer da reunião, foram-nos apresentados os critérios de atendimento do Centro Pop e do Acolhimento. Segundo estas equipes, só é população de rua de Ourinhos/SP quem tem família nesta cidade ou quem está há mais de um ano nas ruas desta cidade. Caso contrário, é considerada(o) trecheira(o) e, portanto, a única oferta da Assistência Social será a passagem para

outro município. Não há uma política de fixação para estas pessoas, logo a ordem maior é direcionar as(os) trecheiras(os) para outros municípios. Dessa maneira, o que foi-nos colocado era: o fato de o CAPS ad estar acolhendo pessoas consideradas “trecheiras” está ATRAPALHANDO o trabalho da Assistência Social, pois estes sujeitos não queriam mais deixar a cidade e continuam, assim, nas ruas de Ourinhos. Percebemos que havia a intenção de que nós, enquanto Política Pública de Saúde, também criássemos esses mesmos critérios de atendimento, a fim de “facilitar o trabalho da Rede”. Entretanto, nos posicionamos contrários a tal proposta, argumentando, sobretudo, que objetivamos a radicalidade dos princípios do SUS no atendimento às pessoas em situação em rua. Sugeriram que marcássemos outra reunião, para daqui uma quinzena.

Criou-se um “abismo” nas propostas de cuidado. Cada serviço ocupando seu território particular (numa rede que deveria ser coletiva), sem, ao menos, experimentar as possibilidades de desterritorializar-se, de desprender-se das tipificações. O plano das leis, por vezes, (nos) enrijece - ou nós enrijecemos o plano das leis? - e racha possibilidades de construção de linhas de fuga. Outro desafio...

Temos de ser craques em matéria de montagem de territórios, montagem, se possível, tão veloz e eficiente quanto o ritmo com que o mercado desfaz situações e faz outras.(...) Muitas vezes não há outra saída. É que quando na desmontagem, perplexos e desparametrados, nos fragilizamos, a tendência é adotar posições meramente defensivas. Por medo da marginalização na qual corremos o risco de ser confinados quando ousamos criar qualquer território singular, isto é, independente de serializações subjetivas; por medo de essa marginalização chegar a comprometer até a própria possibilidade de sobrevivência (o que é plenamente possível), acabamos reivindicando um território no edifício das identidades reconhecidas. Tornamo-nos assim – muitas vezes em dissonância com nossa consciência – produtores de algumas sequências da linha de montagem do desejo (GUATTARI, ROLNIK, 1986, p. 11, 12).

Num cenário de acirramentos, em que produzimos sequências de linhas de montagem, o cuidado passa a ser fragmentado e as subjetividades, serializadas. As(os) usuárias(os) são, portanto, as(os) mais afetadas(os), pois, por trás dos discursos “não é possível estabelecer parcerias”, “tal espaço funciona com lógicas opostas às nossas”, “ nós defendemos o SUS e a garantia de direitos”, estão os territórios de sobrevivência aos medos e aos dissensos, os quais, em muitos momentos, são compreendidos como rupturas. Política como produção de

dissensos: como é difícil experimentar! O desejo pela absolutização dos serviços atravessamos: “não precisamos da rede”.

Por muitos meses, abandonamos a rede, enrijecemos novamente nossos corpos: o (modelo) Ambulatório ainda marca nossos passos:

As queixas de inoperância, ingerência, burocracia, negligência, descrédito institucional são muito recorrentes nos serviços de saúde mental, como se os trabalhadores que as enunciam nada tivessem a ver com isso. Falam desses contratos humanos – que são as instituições – como se eles se formassem à revelia de seus desejos, de suas práticas. Reclamando, apenas reclamando, seguem desenvolvendo seus trabalhos, sendo atravessados pela mesma moral, arrimo das instituições das quais tendem a reclamar. “Perdidos” e sem saída aparente para o descrédito institucional, “levando com a barriga” seus trabalhos, seguem o curso apenas fazendo cumprir normas preestabelecidas a favor de um possível pré- estruturado, institucionalizado (VASCONCELOS, PAULON, 2014, p.223).

Equipe “militonta”, embarcação atracada - ou melhor, encalhada - em uma ilha. Ilha de onde discursávamos, reclamávamos, apontávamos as falhas de outras políticas:

Na lógica do ressentido, as instituições funcionam como ilhas de conservação muito bem fincadas no oceano das forças revoltas dos processos de subjetivação, redes invisíveis de subjetivação moral, que físgam e matam todos os dias os peixes do acaso, sufocando-os nos ares da atmosfera instituída. E, assim, ao invés de incitarem ações, as instituições prescrevem reações conservadoras face aos acontecimentos, face à novidade (VASCONCELOS, PAULON, 2014, p.228).

Sentíamo-nos as(os) únicas(os) a garantir direitos e efetivar o cuidado, até...

Data: 27/12/2016

Logo de manhãzinha, terça-feira pós feriado de Natal, recebemos dois usuários e duas facas. Um deles, bastante agressivo, nos conta sobre o feriado de “festa”: ele e o colega roubaram uma bicicleta e um botijão de gás em um bairro “protegido” pelos traficantes. Já haviam vendido os itens para uso de crack, mas, agora, estavam sendo procurados e ameaçados de morte caso não recuperassem os objetos. Aos poucos, a violência tornou-se desespero. Foram encontrados no Centro Pop pelos traficantes, os quais, segundo eles, em breve, chegariam ao CAPS.

“Não aguento mais essa vida, preciso me internar”.

Os pedidos eram uníssonos. Embora estivessem “tretados” - um acusava o outro pelo protagonismo no roubo -, solicitavam concomitantemente: “liga pro pastor”. O pastor é o dono da Comunidade Terapêutica de Ourinhos, na qual ambos já estiveram.

Eu, particularmente, me posicionei de maneira muito resistente. Comunidade Terapêutica NÃO! Ainda apoiada na militância, me esqueci - por quase uma hora - que havia duas vidas em risco.

Pensei nas internações voluntárias. Não. Demoram dias pra sair e, como não temos leito de referência, os meninos iriam para Hospitais Psiquiátricos.

Centro Pop. Também não. Já estavam “manjados”. Família. Não têm: um vem do Rio Grande do Sul e o outro só possui uma irmã, com a qual não tem vínculo nenhum.

Ligamos para o pastor. Com o espírito natalino, ele acolheu os dois.

Começo a desconfiar da “absolutização” do CAPS...

O CAPS ad, com seu horário de funcionamento basicamente comercial - de segundas às sextas, das 8h às 18h - é incapaz de dar conta de um sofrimento que é diário, não cessa à noite ou aos fins de semana. Mesmo os CAPS III, os quais funcionam 24 horas, não podem (nem devem) tornar-se “ilhas de cuidado”. Assim como as pessoas podem fazer uso prejudicial de álcool, outras drogas, religiões; estas podem fazer uso prejudicial de CAPS. As compulsões adoecem, inclusive, a própria equipe, que sente-se responsável em “salvar o mundo” e culpabiliza-se caso tal ato de heroísmo não ocorra - como fora com esta que vos fala, quando na morte de Fernando.

No episódio do diário em questão, começo a refletir sobre a resistência em ligar para a Comunidade Terapêutica: Seria pela militância antimanicomial e pelo histórico de violações de direitos em muitas Comunidades? Ou seria pelo receio em perceber que o CAPS é apenas um arranjo provisório, não absoluto? Vale ressaltar, novamente e de maneira bastante enfática, que o objetivo desta reflexão não é atuar em defesa das Comunidades Terapêuticas como espaços de cuidado, mas evidenciar que a sobreimplicação militante e rígida de nós, trabalhadoras(es), em diversos momentos, torna-se violadora de direitos, uma vez que prioriza discursos de ordem a sujeitos. Vasconcelos e Paulon (2014) apontam a sobreimplicação como um processo em que as práticas de análise ocorrem de maneira isolada, restringindo as reflexões a “um único lado” e impossibilitando o aparecimento de outras dimensões. O plano dos afetos, por vezes, enrijece-se.

Da mesma maneira, outras resistências ocorreram em relação a diversos contatos e composições com as equipes do Centro Pop e Acolhimento Institucional. Contudo, no cuidado às pessoas em que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a rigidez não opera. Após lapsos de normatização, nossos corpos vibram, desterritorializam-se e permitem-se ao atravessamento de novas linhas, novas possibilidades.

Como primeira (re)invenção, iniciamos uma proposta de ampliação de diálogo, a passos bastante lentos, mas com alguns avanços. Diálogo este que ultrapassa os questionamentos: “se fulano ainda estava no Centro Pop”, ou se “cicrano está acolhido”, mas que reúne o cuidado separado em protocolos pelas Políticas. No SUS, temos o Projeto Terapêutico Singular (PTS); no SUAS, temos o Projeto Individual de Atendimento (PIA). Ambos representam uma ferramenta de cuidado centrada no sujeito e suas relações, a qual busca estabelecer com este um percurso de cuidado pautado em seu desejo e suas potencialidades. Cada serviço constrói com sua(eu) usuária(o) um Projeto como este e, a partir – mas também na contramão - de tal proposta, sugerimos que pudéssemos construir coletivamente os PTSs/PIAs. O plano das leis, por vezes, emancipa. Como Deleuze e Guattari (2012) nos apontam:

Não basta definir a burocracia como uma segmentaridade dura (...), pois há ao mesmo tempo toda uma segmentação burocrática, uma flexibilidade e uma comunicação entre repartições, uma perversão de burocracia, uma inventividade ou criatividade permanentes que se exercem inclusive contra os regulamentos administrativos (p.100).

A ampliação do acesso aos serviços, por parte das equipes e usuáries(os), rompe com a fragmentação das responsabilidades, dos sujeitos e de seus desejos. Rompe, também, com a “absolutização” dos serviços e a hierarquia destes, que coloca os sujeitos usuáries(os) em situação de passividade e, muitas vezes, culpabilização. Ora reféns da droga, ora reféns dos equipamentos. É preciso desmistificar e combater tais modelos e olhares, os quais coisificam os usuáries, amaldiçoam as substâncias psicoativas e endeusam os serviços.

Como podemos em nossa viagem, outros agenciamentos são necessários. Outros agenciamentos são possíveis.

O agenciamento de novas coreografias

Sempre tem gente pra chamar de nós
 Sejam milhares, centenas ou dois
 Ficam no tempo os torneios da voz
 Não foi só ontem, é hoje e depois
 São momentos lá dentro de nós
 São outros ventos que vêm do pulmão (...)
 (Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Assim como a atual política de álcool e outras drogas, nossa jornada é composta por encontros positivos e negativos, contradições e alinhamentos, linhas de fuga e linhas duras. Coexistência necessária: agenciamentos.

Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém, com um animal, com uma coisa - uma máquina, por exemplo - 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 (ESCÓSSIA, KASTRUP, 2005, p. 303).

No chão de nossa embarcação, os tantos agenciamentos nos proporcionaram a repetição de velhas práticas - o chão do Ambulatório -, como também nos possibilitaram novas reflexões - o chão da Atenção Psicossocial.

Data: 19/07/2017

Reunião de equipe: “tem gente vindo ao CAPS ad só pra dormir, se acolhermos essas pessoas, estaremos incentivando-as a continuar no uso”. “O CAPS está parecendo um albergue”. “Tem gente que vem só pra comer”. “Tem gente que vem só passar o tempo”. “Aqui não é Centro Pop, nem Centro de Convivência, é lugar de tratamento”.

O que é o CAPS?

Incontáveis são as discussões sobre regras de permanência e “tratamento”. Incontáveis são também as tentativas de significar esse espaço. Para a equipe, para a população atendida e até mesmo para a “sociedade ourinhense”. A cada novo acolhimento, um encontro diferente. As percepções de cada usuária(o) sobre o serviço se distinguem (e muito!). Por vezes se desmancham, por vezes, nos desmancham. Desmanchadas(os), muitas vezes colocamos regras para contenção das(os) usuárias(os) e continência de nós mesmas(os). A dificuldade de lidar com frustrações passa a ser maior em nós...

A captura de nossa prática está nas guerras cotidianas, pré-fabricadas pela máquina capitalista. Está da dificuldade de refletir para além do plano das leis (ou de olhá-lo como linha de fuga, não de captura), na rigidez dos protocolos (internos) e na banalização das formas de cuidar.

Servindo de sustentáculo a uma lógica decadente, são os valores morais de uma determinada cultura que se petrificam em territórios institucionais, o que parece estabelecer uma relação “entre a gênese das instituições e o nosso devir-escravo”, homens e mulheres ressentidos, apegados a valores e costumes. Alguém já se perguntou se podemos ser outra coisa que não homens e mulheres? (VASCONCELOS, PAULON, 2014, p.228).

Alguém já se perguntou se podemos ser outra coisa que não apenas CAPS ad? Barco-submarino-engenhoca-desejante. Um equipamento de saúde. Multiplicidade. Inúmeros olhares, possibilidades que nem cabem no papel. Como um arranjo provisório, é preciso construir-se, desconstruir-se, reconstruir-se.

Nosso território demanda que sejamos Atenção Psicossocial. Uma estratégia, não um equipamento fechado em si. Atenção Psicossocial clínica, Atenção Psicossocial convivência, Atenção Psicossocial escuta, Atenção Psicossocial garantia de direitos, Atenção Psicossocial Redução de Danos, Atenção Psicossocial entrelaçamentos de rede. A EAPS nos permite (re)pensar e (re)criar nosso *lócus* e *ethos*, por meio do encontro entre os sujeitos que compõem essa embarcação: usuárias(os), trabalhadoras(es), gestoras(es).

Nosso chão, tão particular e tão comum, exige, cotidianamente, a repactuação de redes, bem como nos lembra de que não estamos sozinhas(os). Embora tantos riscos nos rondem - o fascismos, a sobreimplicação, a absolutização, o chão Ambulatório - e nossa embarcação tenda a manter-se inerte diante destes, as águas nunca param: provocam-nos a novos movimentos e territórios, num processo autopoietico.

Nossa embarcação, tão transitória e tão permanente, inspira-se na Política da Amizade proposta por Yasui (2016):

A amizade que não se reduz a uma relação confortante, especular e íntima, estabelecida entre iguais. Amizade aqui é busca, apostas nas experimentações, encontros alegres produzindo intensidades e conexões libertárias, geradoras de um modo de vida estético, produção de subjetividades instituintes, revolucionárias. Vontade de potência para o combate. Só esse plano ético, estético e político da amizade e dos amigos para suportar e enfrentar esses tempos sombrios (p. 180).

Que a amizade nos proporcione mergulhos menos solitários e análises menos temerosas. Para a (re)construção de práticas, a produção de dissensos é inevitável e imprescindível. Para a produção de multiplicidades que respeitem as singularidades, os planos e linhas precisam encontrar-se, misturar-se, resgatando a dimensão ética e estética da política.

Vamos fazer arte em nosso chão?

Voltando para o começo, caminhando nesse chão...

Fomos serenos num mundo veloz,
Nunca entendemos, então, por que nós...
Só mais ou menos!
(Por que nós? – Marcelo Jeneci)

Dessa vez, não se trata de um diário de corpo, mas de um corpo que, marcado por histórias, resgatou os diversos atravessamentos e acontecimentos ocorridos antes mesmo deste corpo existir. É interessante, nesse momento, retomarmos as origens de cada arranjo que possuímos atualmente e as lutas para sua garantia. Bem sabemos que estes só foram criados a partir de um processo constante de mobilização social, de construção coletiva, ou seja, um processo de aparição dos sujeitos. As lutas pela Reforma Sanitária, pela Reforma Psiquiátrica, pelo fim da Ditadura, partiram do âmbito do micro, dos afetos os quais atravessavam aqueles coletivos em um dado momento. O que assistimos ali foi arte, foi produção de novas formas de existência. O micro que já é *polis*, como nos alerta Arendt:

A rigor, a polis não é a cidade-estado em sua localização física; é a organização da comunidade que resulta do agir e falar em conjunto, e o seu verdadeiro espaço situa-se entre as pessoas que vivem juntas com tal propósito, não importa onde estejam. “Onde quer que vás, serás uma polis” (...) Trata-se do espaço da aparência, no mais amplo sentido da palavra, ou seja, espaço no qual eu apareço aos outros e os outros a mim; onde os homens assumem sua aparência explícita, ao invés de se contentar em existir meramente como coisas vivas ou inanimadas (2007, p.217)

Do micro para o macro. As lutas geraram conquistas, as quais se transformaram em leis, mas que, em diversos momentos, trazem consigo mais o prescritivo do que o coletivo e o inventivo, “(...) deslocando os movimentos sociais para um papel secundário, quase de estorvo” (YASUI, 2006, p.50) – ou os movimentos sociais deslocam-se para esse papel, rivalizando-se com o plano das leis?

Não estamos aqui para desprezar as legislações e suas premissas, nem defendê-las fanaticamente: não nos esqueçamos de que as leis também são jurisprudência, também são transgressões a elas próprias, são instituídas e instituintes. Do macro para o micro, para o chão onde operam as políticas.

O chão, como Lepecki (2012) nos traz, nunca é plano (assim como nossas águas). Possui rachaduras, envergaduras, multiplicidades e cicatrizes de historicidade. Fazer “política

de chão³¹”, então, é possibilitar a produção de novas coreografias para cada realidade, assim como a reinvenção dos corpos, dos afetos. Ouso dizer que a política de chão é o encontro entre os planos, é a coreopolítica:

comobilização da ação e dos sentidos, energizada pela ousadia do iniciar o improvável, no chão sempre movente da história, e que pode prescindir mesmo do espetáculo do cinético da circulação e do agito, pois o que importa é implementar um movimento que, ao se dar, de fato promova o movimento que importa. Que pode ser, por exemplo, simplesmente parar (idem, p.55).

A política de chão parte do lugar da micropolítica, do cotidiano relacional, de produção de formas de vida e de novas coreografias. É construída pelos encontros dos sujeitos neste chão diário, e traz a dimensão coletiva que torna uma política, de fato, pública, pois é constituída a partir de experiências (LEPECKI, 2012; PASSOS; BENEVIDES, 2005). O chão permite a coexistência dos planos, o chão permite a produção de dissensos.

Nos chãos e nas águas de tantas embarcações CAPS, cabem os encontros entre os planos. Como arranjos provisórios, que nossa estratégia não seja coreografar as histórias das pessoas por nós atendidas, mas possibilitar o agenciamento de novas coreografias, singulares a cada sujeito que emerge de cada rachadura. Este é o sujeito político pleno (LEPECKI, 2012). Esta é a política pública plena...

No chão de águas em que navegamos, o CAPS ad continua em movimento, resistindo às marés dos tempos sombrios e dos nossos fascismos internos, (re)inventando-se a cada temporal, a cada vida transgressora que questiona o já estabelecido por nós, ora na reprodução quase policialesca do desejo pela ordem, almejando coreografar nossas(os) usuárias(os) para torná-los sujeitos adaptados e adaptáveis a nossa sociedade (o poder sobre a vida), ora em práticas libertárias, de criação de novos mundos possíveis e novos territórios para a existência-sofrimento (a potência de vida).

³¹ Termo utilizado por Paul Carter em seu livro *The Lie of the Land*, que a define como “um atentar agudo às particularidades físicas de todos os elementos de uma situação, sabendo que essas particularidades se coformatam num plano de composição entre corpo e chão chamado história” (LEPECKI, 2012, p.47).

CONSIDERAÇÕES (NÃO TÃO) FINAIS

Que foi feito de tudo isso? Quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas? Que moribundos dizem hoje palavras tão duráveis que possam ser transmitidas como um anel, de geração em geração? Quem é ajudado, hoje, por um provérbio oportuno? Quem tentará, sequer, lidar com a juventude invocando sua experiência? (BENJAMIN, 1987, p.114)

Ao final dessa narrativa, sinto-me como a moribunda mencionada por Benjamin (1987), honrada em afirmar o quanto cresci e aprendi com outras gerações, com histórias contadas a partir de experiências de outros corpos encarnados. As leis que possuímos hoje, de alguma forma, contam trajetórias de muitos afetos, de nossos heróis e heroínas. Muitas dessas pessoas ainda vivem; suas histórias ainda não acabaram...

Portanto, inspirada por estes heróis e heroínas, no âmbito da minha experiência nesta humilde cartografia, ousou narrar uma história e deixá-la em suspenso. Trata-se de uma tentativa de transmissão, de compartilhamento de um percurso tão solitário como a pós-graduação e tão coletivo como a experiência no CAPS ad. Nenhum saber é absoluto!

Data: 16/04/2017

Desde o início deste percurso, me preparo para uma mudança, geográfica, afetiva, territorial.

Em breve, estarei me mudando de casa pela quarta vez em dois anos. Por isso, estava encaixotando nossos livros – ah, quantos livros, quantas histórias e quantos encontros contidos ali dentro! Pego uma caneta colorida e me dirijo para a grande caixa, com o objetivo de identificá-la no meio de tantas outras. Olho para o meu companheiro e digo: “Vou deixar escrito, mas não vou fechar”. Ele me vira atentamente, com um olhar complacente, de concordância, mas de quem vê muito mais nisso tudo...

Vou deixar escrito, mas não vou fechar...

Deixo escrita, assim, a minha defesa pelo desafio necessário - e insuperável - da coexistência entre macro e micropolítica, as quais, embora distintas, são indissociáveis na produção da realidade psicossocial. Deixo registrada, ainda, a luta diária pela produção de agenciamentos de singularização que trabalhem, ao mesmo tempo, por uma sensibilidade estética, pela mudança da vida num plano mais cotidiano, bem como pelas transformações sociais, no plano macro, de construção de leis (GUATTARI, ROLNIK, 1986).

Defendo, também, a reconstrução diária deste conceito de política enquanto arte, enquanto ato, renovação e (re)criação de sentidos. Sabemos que, enquanto não atingirmos o plano

dos afetos e estiver apenas num plano cognitivo, documental, a política não se efetivará. Da mesma maneira, enquanto não for reconhecida enquanto lei, pela máquina Capitalista, não poderá multiplicar-se e até mesmo, transmutar-se. A formulação de uma política deve estar sempre do gerúndio (BORGES, BAPTISTA, 2008), assim como nosso “CAPS acontecendo”.

Invoco o atrevimento necessário em nosso chão cotidiano para assumirmos a provisoriidade de nossas práticas e arranjos. Embora o uso de álcool e outras drogas apresente a repetição com um de seus principais sintomas, não sejamos tão teimosas(os) quanto nossas(os) usuárias(os). Se propomos, quase que num discurso automático, a ampliação de seus repertórios simbólicos, por que não operar isso em nossa própria prática? Experimentemos!

Mantenho aqui, várias interrogações (conclusões não precisam ter sempre pontos finais), mas afirmo a urgência de retomada compromisso ético da Atenção Psicossocial, que ouse repensar as Políticas Públicas que temos, mesmo em tempos tão sombrios e de ameaça às conquistas. Em uma luta não apenas pela manutenção dos CAPS, mas pelo resgate da potência do paradigma que deu origem a estes. Sejam transgressoras(es)!

Em um cenário de águas nada calmas, tempestades e névoa, nossas engenhocas precisam se movimentar para sobreviver. Em meio aos dissensos, é tempo de romper hábitos e constituir novos processos de subjetivação, novas formas de existência. Nesse chão ético-estético-político, ousemos questionar algumas certezas e experienciar suas rachaduras!

É justamente este o desafio com que hoje nos confrontamos, o desafio de inventar instituições pós-soberanas, políticas públicas que operem como tecnologias não inscritas nessa ordem de determinação da realidade e dos processos constituintes que a fazem advir. Compromisso ético necessariamente atinente à produção do comum, ou melhor, ao desafio de libertá-lo dos limites ontológicos impostos na relação de soberania. Afinal, a radicalidade do sentido da política é a liberdade, liberdade de produção do novo (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009, p.121).

Histórias devem ser respeitadas e lembradas. Contudo, que tenhamos coragem para transformá-las e criar novas coreografias!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENDDT, H. **O que é política?** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

ARENDDT, H. **A Condição Humana.** 10ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007

ARENDDT, H. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, Nov. 2009.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, Dez. 2011.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BENJAMIN, W. Experiência e Pobreza. In: **Mágia e Técnica, Arte e Política.** Traduzido por Paulo Sérgio Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar comum**, v.19, n.20, 2009, p.159-171.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas.** Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003 a.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.190 de 19 de 04 de junho de 2009.** Institui 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) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial**. Brasília: 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Portal Brasil. **Crack, é possível vencer: enfrentar o crack; compromisso de todos**. Governo Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11.343, 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. Brasília: Casa Civil, 2006.

CARVALHO, S. de. **A política Criminal de drogas no Brasil: do discurso oficial às razões de descriminalização**. Rio de Janeiro: Luam, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: CFP, 2011.

COSTA-ROSA, A. da. Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: COSTA-ROSA, A. da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013, p. 23-54.

COSTA-ROSA, A. da. A Estratégia Atenção Psicossocial: Novas Contribuições. In: COSTA-ROSA, A. da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013, p. 91-118.

CUELLAR, E. B. Un sentimiento de belleza interna al “sentir” que se está colaborando con procesos de limpieza social. In: CUELLAR, E. B. **Estética de lo atroz: Psicohistoria de la Violencia política em Colombia**. Bogotá: Ediciones Cátedra Libre, 2011, p. 67-78.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. Porcelana e Vulcão. In: DELEUZE, G. **Lógica do Sentido**. São Paulo, Perspectivas, Ed. da Universidade de São Paulo, 1974, pp. 157-166.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. Volume 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. Volume 3. São Paulo: Editora 34, 2012.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, 10(2), 295-304, 2005.

FARINA, C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: **REUNIÃO ANUAL DA ANPED. Anais**. Caxambu, 2008, p.1-16.

FOUCAULT, M. O Anti-édipo: uma introdução à vida não-fascista. **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. – v. 1, n. 1, pp. 197-200. São Paulo, 1993.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo, Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica. Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIZARDI, F.; CAVALCANTI, F.. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): contribuições a partir da experiência do Sistema de Saúde Brasileiro. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 27, pp. 103-123, 2009.

KASTRUP, V. O Funcionamento da Atenção no trabalho do Cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Abr. 2007.

LANCETTI, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, A. A droga da mídia: Mais do que não se saber o que fazer com o crack, não se sabe falar dele. **Brasileiros**, 2011, pp. 136-137.

LARANJEIRA R. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Política. Públicas do Álcool e outras Drogas – INPAD/UNIFESP, 2014.

LEPECKI, A. Coreopolítica e coreopolícia. **Ilha**, v. 13, n. 1, p. 41-60, jan./jun. (2011) 2012.

LIMA, D. B. de. **O espaço fórum como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental: desafios e potencialidades**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, pp. 593-606, 2014.

MACHADO, A. **Antología Poética**. Madrid: Alianza, 1995.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde**

do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M. et al (orgs). **Drogas e pós-modernidade.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

NERY FILHO, A. *et al* (org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.** EDUFBA, 2012.

OLIVEIRA, I. F. de; AMORIM, K. M. de. O. Psicologia e política social: o trato da pobreza como “sujeito psicológico”. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 70, p.559-566, 2012.

OLIVEIRA, I. F. de et al . O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3): 561-571, 2005.

PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção da subjetividade.** Porto Alegre. Ed. Sulina, 2009.

PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica.** São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** 2ª Ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.

ROLNIK, S. **Ninguém é deleuziano.** Entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha, publicada com este título in O Povo, Caderno Sábado: 06. Fortaleza, 18/11/95; com o título “A inteligência vem sempre depois” in Zero Hora, Caderno de Cultura. Porto Alegre, 09/12/95; p.8; e com o título “O filósofo inclassificável” in A Tarde, Caderno Cultural: 02-03. Salvador, 09/12/95.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Palestra proferida no concurso para o cargo de Professor Titular da PUC/SP, realizado em 23/06/93. **Cadernos de Subjetividade**, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós Graduated de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev. 1993.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

RUI. T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L.F. Pesquisa **preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’.** Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD) / Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SANTOS, B. de S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, M. **Território e sociedade. Entrevista com Milton Santos.** São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

_____. O território do dinheiro e da fragmentação. In: _____. **Por uma outra globalização**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. p.79-116.

SANTOS, C. E.; YASUI, S. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. SOUZA, A. C. de; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O. de; ABRAHÃO, A. L. [orgs.]. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016

SANTOS, Y. F. dos. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Natal, RN, 2007.

SOARES, L. E. Un diálogo imaginario (pero probable) sobre un cambio de la política de drogas en Brasil, **Nueva Sociedad**. n. 222, julio-agosto de 2009.

SOARES, L. E. **Contra a drogafobia e o proibicionismo: dissipação, diferença e o curto-circuito da experiência**. Palestra na abertura da conferência que celebra os 58 anos da FIOCRUZ. Set, 2012.

SOUZA, J. (org). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

TEDESCO, S.; PECORATO, L. O conceito de normatividade e a perspectiva da Redução de Danos: uma proposta para a atenção à saúde do usuário de drogas. In: **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. SOUZA, A. C. de; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O. de; ABRAHÃO, A. L. [orgs.]. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016

VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia & Sociedade**; 26(n. spe.), 2014, 222-234.

YAMAMOTO, O. H; OLIVEIRA, I. F. de. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26, n. spe, p. 9-24, 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiatria em tempos sombrios**. Assis, 2016.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 27-37, 2008.

ZAMBEDENETTI, G.; SILVA, R. A. N. da. Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 3, Dez. 2011.

ANEXOS

ANEXO I - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Notas Cartográficas sobre o processo de implantação de um CAPS AD: do plano das leis ao plano dos afetos”, sob a responsabilidade do prof. Dr. Silvio Yasui e da pesquisadora Mayara Aparecida Bonora Freire.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do sujeito ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com os pesquisadores no telefone (18) 3302-5800 ou e-mails ma_bfreire@hotmail.com, silvioyasui@gmail.com.

I. A pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo investigar e analisar o processo de implantação do CAPS ad do município de Ourinhos.

II. Procedimentos:

O procedimento do qual você participará é o seguinte:

Você será entrevistada(o) a respeito de sua participação e conhecimento sobre o contexto histórico da implantação do CAPS ad do município de Ourinhos. Essa entrevista será gravada em áudio e terá duração aproximada de 1 hora.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis riscos ou desconfortos:

Possíveis Riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam todos os cuidados serão tomados para adequar o procedimento às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa para atendê-lo. A pesquisadora lhe ajudará no que for necessário, sendo responsável pelo acompanhamento e assistência. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.

Benefícios esperados:

Além dos benefícios da produção de conhecimento e colaboração gerados pela realização da pesquisa, esperamos contribuir para o mencionado processo de implantação de CAPS ad, assim como para vários outros tantos que ocorrem em nosso cenário atual. Pretendemos contribuir, também, para a (re)construção incessante de uma prática crítica das (os) trabalhadoras (es) da Saúde Mental.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa.

Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de momentos que possam causar-lhe constrangimento de qualquer natureza.

V. Sigilo/Anonimato

A sua participação é sigilosa, ou seja, a sua identidade, em hipótese alguma, será motivo de divulgação na mídia.

Respeitamos e garantimos a sua privacidade.

VI. Despesas/indenização

Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização.

VII. Publicação

Informamos que o resultado final da pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-científico e na melhoria na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação desta natureza.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinada(o), concordo em participar, como sujeito, da pesquisa “Notas Cartográficas sobre o processo de implantação de um CAPS AD: do plano das leis ao plano dos afetos”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Mayara Aparecida Bonora Freire e pelo pesquisador responsável Silvio Yasui sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Ourinhos, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Eu, Mayara Aparecida Bonora Freire, pesquisadora, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora

Eu, Silvio Yasui, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO II - ENTREVISTAS

Nome: D.

Formação: Psicologia

(Pesquisadora): A ideia é que você conte um pouquinho do processo, de como você participou da implantação do CAPS, sobre o que o que acontecia antes...

(D.): Posso começar com o que acontecia antes?

(Pesquisadora): Pode, pode.

(D.): Então, aqui na nossa cidade, sempre aconteceu de ter o Ambulatório de Saúde Mental que já existe há muitos anos, e o atendimento em Saúde Mental era centralizado ali no Ambulatório, né? Com médico psiquiatra, clínico geral, até tinha assistente social uma época, T.O [terapeuta ocupacional], e psicólogo, mas centralizado, ou seja, as pessoas iam, teriam que procurar o serviço, né? E assim funcionou por muitos anos. De 2010, mais ou menos, pra cá, eu entrei pra trabalhar na Saúde aqui de Ourinhos... Eu entrei em 2011. Então já vinha num processo de algumas pessoas tentando pensar numa outra forma, né? Uma outra lógica pra atuar na Saúde Mental, principalmente, integrada com a Atenção Básica, que era uma proposta que a gente tinha, né? E também pensando na implantação de alguns equipamentos de Saúde Mental que pudessem colaborar nessa outra lógica. Então, foram duas vertentes na verdade, pensando na... Tentar inserir a atuação da Saúde Mental na Atenção Básica e também trabalhar nessa implantação dos serviços, dos equipamentos de Saúde Mental, como o CAPS. Então, primeiro, como o CAPS estava num valor muito alto, segundo os gestores, custava um valor muito alto, pensou-se numa ideia... Primeiro, pensou-se... Antes ainda, voltando um pouco. Pensou-se em criar um CAPS em Ourinhos, um CAPS ad. Já tinha um CAPS II, né? E aí, né? Só que essa ideia ficou... Não tinha uma escrita desse projeto. Tinha essa ideia, até porque tinha uma cobrança muito grande de vereadores. Quase todo mês chegava lá no Ambulatório de Saúde Mental pro gerente essa cobrança, né? Dos vereadores, pedindo a implantação de um CAPS ad na cidade, porque eles achavam que eles iam colocar todo mundo no CAPS ad e aí ia resolver o problema de álcool e drogas na cidade, né? Essa era a lógica. Mas, enfim, isso tinha um custo muito alto, era o que alegavam os gestores. É, então, levou isso... Era CGR [Colegiado de Gestão Regional] na época. Levou-se isso para o

CGR e discutiu-se no colegiado pra pensar numa proposta regional, de um CAPS ad regional, porque os municípios eram muito pequenos. Na época, tinha um mínimo de população, né? Uma população mínima para se estabelecer o CAPS ad e a maioria dos nossos municípios não ia conseguir aquela média, na época, de população. Então pensou-se em ter dois ou três CAPS ad regionais e aí a gente começou, né? Então tinha umas pessoas aqui da cidade, mas tinha de toda a região do CGR. No fim, basicamente, quatro profissionais ficaram ali mexendo bastante na escrita desse projeto e foi quando a gente começou a escrever, tal. Aí teve mudança de gestão, que acho que foi em 2012, né? E aí nessa mudança de gestão, pensando na questão do CAPS, né? Abandonou-se essa ideia de CAPS regional. Primeiro porque depois pensando e refletindo um pouco mais sobre isso, chegou-se à conclusão de que não era viável, porque como você ia fazer um usuário de álcool e drogas aderir ao serviço... Se não adere nem na cidade, quanto mais regionalmente, né? E também transporte, risco, enfim. Então abandonou-se a ideia e voltou-se então à ideia original. Então nós readequamos a escrita do projeto, né? Pra tentar então pensar num CAPS ad, a princípio num horário comercial, apesar de saber da necessidade de um CAPS 24 horas, mas, primeiro, então, tentando minimamente trazer o equipamento pra cidade. E aí a gente reescreveu o projeto e aí a outra profissional enviou para o Ministério. Tinha também acabado essa questão de população mínima... Diminuiu bastante. O Ministério estava aceitando projetos a partir da justificativa e da necessidade do município; deu uma boa melhorada nessa questão populacional. E foi aceito, né? Só que depois demorou bastante tempo pra implantar, mas... Aí, nesse meio tempo, isso, assim, em linhas gerais... E aí, no meio disso tudo, tinham várias questões acontecendo. Então, na mesma época que a gente começou a escrever o projeto lá atrás em 2011, também a gente começou a pensar em Políticas de Saúde Mental pra região, né? A questão da Atenção Psicossocial, essa outra lógica. E aí foi quando surgiu o Fórum [Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da região de Ourinhos], lá em 2011, que a gente começou a pensar essa questão de uma outra lógica de atuação, né? Mais dentro da lógica da Atenção Psicossocial, deixando um pouco essa questão hospitalocêntrica, né? Até porque, aqui na nossa região, sempre foi muito forte o Hospital de Saúde Mental. Parece que agora fechou...

(Pesquisadora): Fechou. Até os leitos privados fecharam...

(D.): É. Fechou tudo agora, né? E nessa mesma época que começou... Então, foi uma época muito produtiva de coisas para a nossa região, foi bacana, né? Porque, ao mesmo tempo que

estava acontecendo essa ideia, então, do Fórum de Saúde Mental... Então a gente discutia no município e regionalmente as ideias dentro da lógica de Atenção Psicossocial...

(Pesquisadora): Era intersetorial esse Fórum?

(D.): Era intersetorial, isso. A gente deu o nome depois, era Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental. Por conta dessa proposta da Atenção Psicossocial e dessa ideia de saúde até no sentido mais amplo, né? E aí tinha então a ideia do CAPS, que a gente começou a escrever, o CAPS ad, a lógica da Atenção Psicossocial. Então, no Fórum a gente discutia isso, e também na época tinha a questão das Residências [Terapêuticas] que ainda não tinham sido implantadas. Parece que o projeto, nessa época, o projeto das Residências, já ‘tava’ pronto, né? Só tava esperando finalizar esse projeto das Residências Terapêuticas. Então tudo isso junto, né? E aí o que aconteceu, né? O CGR, ele comprou bastante essa ideia... Os gestores dessa época... Depois, a gente foi entender melhor isso, por conta da visibilidade, né? De achar. Os gestores tinham essa questão de querer dar uma resposta para a sociedade para a questão de álcool e drogas, né? Depois que a gente viu que não era... A gente fala um pouco sobre isso, de que não era uma lógica, não era uma boa vontade, né? Que eles eram bonzinhos, né? Era uma necessidade, então, que os gestores tinham, na época, de dar uma resposta para a sociedade. Eles precisavam fazer alguma coisa, então, o Fórum, as Residências, o CAPS ad, enfim, foram tentativas dos gestores de dar uma resposta, principalmente para a questão do crack que eles achavam que era o principal problema na época. E aí os gestores... Como os gestores, vamos dizer assim ‘entre aspas’, que eles compraram muito essa ideia, então, a gente teve muita ajuda pra fazer eventos... A gente, que eu digo, o Fórum. A região, intersetorialmente, a gente fez alguns eventos, a gente discutiu muitas coisas. Foi uma época que a gente conseguiu consolidar algumas ideias, né? E, na prática, algumas outras, não muitas, como a gente gostaria, mas pelo menos a gente conseguiu pensar um pouco com os profissionais a ideia da lógica da Atenção Psicossocial um pouco diferenciada. E aí ajudou muito essa questão, porque teve ajuda financeira também, né? Teve ajuda financeira e teve, também, a disposição deles de estar colaborando no sentido de liberar profissionais pra eles participarem de Fórum, enfim. Então a gente conseguiu, não só, vamos dizer assim, escrever e depois implantar o CAPS ad, mas, também, as cidades menores da região conseguiram fazer um movimento muito bacana, né? De tentar pensar... E, assim, basicamente, né? Acho que passa um pouco por aí. E aí, também, calhou que a gente tinha muitos profissionais que estavam implicados com a questão também, na época. Acho que,

basicamente, eram 12, não sei se ainda são, tinha alguém que a gente podia contar ali. Ou assistente social, ou enfermeiro, às vezes tinha até médico que tava querendo dialogar um pouco, mas... Então eu acho que esse percurso, né? Para a implantação do CAPS ad, passou por várias questões que tem com a gestão, com essa resposta que eles queriam dar para a sociedade, né? Vamos dizer assim. Para as pessoas, para o legislativo também, que tava cobrando deles uma resposta nesse sentido. Passou pela implicação de alguns profissionais, passou pela necessidade mesmo, né? Porque os usuários de álcool e drogas... Como a cidade aqui também não tinha a questão da Atenção Básica, eles iam tudo para o Ambulatório de Saúde Mental. Então, quando eu comecei a trabalhar no Ambulatório de Saúde Mental, acho que eu já contei essa história... Tinha uma lista, um livro ata, com 400 nomes na lista de espera, né? E aí a gente começou a tentar a ver: que demanda era essa? A gente começou a tentar fazer acolhimento, a gente começou a dar uma outra lógica mesmo dentro do Ambulatório de Saúde Mental, porque até então não tinha... Só tinha o CAPS II e o Ambulatório. E aí, depois, alguns profissionais, não sei quantos, foram para a Atenção Básica e aí abriu o CAPS ad... Já tinha o CAPS II, abriram as Residências Terapêuticas. Foi meio que o resultado, vamos dizer assim, desse período que foi bem produtivo aí, né? Dessa lógica da Atenção Psicossocial.

(Pesquisadora): E como... Você acha que o fato de Ourinhos ter um Hospital de Saúde Mental influenciou nessa lógica de cuidado? Porque é uma referência aqui também, né? Na região, para internação. Você sentia isso no Fórum, de uma cultura da internação?

(D.): É, uma coisa que a gente percebeu, com o tempo, é que a cultura era muito forte, né? Ainda é muito forte, né? Então, assim, a formação dos profissionais, né? Não só de Psicologia, mas de Serviço Social, Enfermagem, Medicina, enfim... De um modo geral, técnico de enfermagem. O que você pegar, assim, talvez, nem da história da Reforma Psiquiátrica, tenha conhecimento. E aí, se não tem conhecimento da parte histórica, quanto mais... Em que essa parte histórica influencia hoje, por que a gente 'tá' do jeito que 'tá' hoje. Então eu acho que o Hospital de Saúde Mental influenciou, e só não influenciou muito ainda hoje, porque tem a Política Nacional que acabou com os leitos, né?

(Pesquisadora): É, não financia mais....

(D.): E nessa época também quando a gente tentou fazer a implantação do CAPS ad, uma das coisas que a gente discutia era o leito no Hospital Geral. Isso a gente viu... Aí sim a gente viu o quanto que o Hospital de Saúde Mental, ele era hegemônico ali naquela questão dos leitos, porque a gente não conseguia sair do lugar. Isso foi uma coisa que a gente percebeu.

(Pesquisadora): Dizem que vão abrir leitos de referência em Ipaussu agora. Acho que serão para a região, para a CIR [Comissão Intergestores Regional] agora.

(D.): Essa foi uma ideia, que já vinha dessa época: “vamos abrir alguns regionais primeiro”. Porque, principalmente, o nosso Hospital aqui, né? Que é a Santa Casa, a gente nunca conseguiu uma brecha pra ter um leito de Hospital geral, nunca. Um leito que fosse. E isso tinha a ver na época, bastante, com a questão do Hospital de Saúde Mental. Hoje eu acredito que, vamos dizer assim, que ficou o histórico aí, e aí acabou depois, a questão financeira.

(Pesquisadora): Na época havia internações em Comunidade Terapêutica?

(D.): Sempre teve. Sempre teve internação em Comunidade... Uma coisa que, apesar de a gente não concordar muito, o secretário da época fez, o gestor, né? Uma vez por semana saía um ônibus daqui para ir pra Presidente Prudente, pra fazer... Que era uma Comunidade Terapêutica, se eu não me engano, que era lá, que eu não lembro o nome agora, “Providência de Deus”... E aí era uma Comunidade,

(Pesquisadora): São várias Comunidades naquela região...

(D.): É. E aí era uma Comunidade, então as pessoas saíam, iam fazer triagem... Depois abriu uma Comunidade [Terapêutica], eu não sei como ficou. Se ela foi adiante ou não, não sei se ela ‘tá’ funcionando. Só que o problema maior da Comunidade é que ela não tem essa questão... Ela não consegue as normas daquilo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, então acaba ficando um pouco... Mas sempre teve essa questão da internação, não aqui no município. Não era financiado diretamente pela Saúde, assim, financiado, custo. Tem outros municípios que eu trabalhei, que os municípios chegavam a pagar a internação da pessoa mesmo, na Comunidade Terapêutica.

(Pesquisadora): O Hospital de Saúde Mental aqui recebia alguma subvenção municipal ou era só federal, você saberia dizer?

(D.): Era aquele valor por leito, o que eu me recordo era aquilo. Pelo estudo que a gente fez na época, não tinha um valor a mais do que os leitos mesmo, que já recebia. Tinha bastante leito...

Ah, a última pergunta de “como você considera as formas de cuidado relacionadas”, era aquilo que até então era, como eu falei. Do que a gente participou, a produção foi coletiva mesmo, como eu disse. Cada município tinha alguém que participou dessa implantação. E a gente espera que as coisas continuem se efetivando...

Nome: M.A

Formação: Enfermagem

(Pesquisadora): A ideia é que possamos conversar um pouco sobre o percurso do cuidado em álcool e outras drogas aqui no município. Eu pensei que você pode contribuir muito, pelo seu percurso aqui na rede também, por ter trabalhado no Hospital de Saúde Mental, no CAPS II e ter coordenado o CAPS ad.

(M.A): Eu trabalhei muito tempo no Hospital de Saúde Mental, também com dependência química.

(Pesquisadora): Era dividido o Hospital então?

(M.A): Sim, tinha a ala A que era a ala dos psicóticos e dentro da ala A tinha uma divisão que era a UTIP, que era a ala onde chegavam os casos mais agudos e ficavam por uns dias lá até estabilizar, pra eles poderem sair da Utip e poderem ir pra ala A, no caso dos psicóticos. A ala B era dividida entre UD e ala, aí a UD era pros casos novos também, que eram admitidos. Quem chegava pra internação ficava na UD, Unidade de Desintoxicação. Ficava por um período que variava a critério médico, aí o médico liberava a saída deles pra ala, porque aí eles tinham acesso ao pátio externo, ao refeitório e às outras atividades, terapia ocupacional e tudo mais. Aí tinha um espaço de terapia ocupacional na ala dos psicóticos, na ala A, e tinha um espaço de terapia ocupacional na ala B, dos dependentes químicos também. A UD e a UTIP também tinha um pátio interno, pra eles tomarem sol e tal. Só que UD e UTIP eram setores estritos, vamos dizer assim. Eles ficavam por serem casos mais agudos, dentro do que o médico entendia, dentro do critério dele, eles ficavam restritos mesmo. Eles não tinham acesso ao refeitório, não tinham acesso à terapia ocupacional e os outros espaços. Eles ficavam restritos mesmo, num ‘espacinho’ pequeno, bem fechado. A UD ainda era dividida por quartos individuais, né? De frente tinha o posto de enfermagem, a gente conseguia ter acesso a alguma intercorrência ali, a alguma questão... crise convulsiva, rolou alguma agitação psicomotora maior e tal. A UTIP também tinha um postinho de enfermagem no meio dela, mas não era individual, eram dois salões abertos, uma masculina e uma feminina, um salão grande, com várias camas assim. E a ala de dependência química só internava masculino, né? Os psicóticos, internava masculino e feminino.

(Pesquisadora): Você trabalhou na ala B, que era de internação pras pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas...

(M.A): Eu trabalhei nas três alas, na verdade. Em todos os setores, na verdade. Mas eu fiquei na ala B quase um ano.

(Pesquisadora): E você viu muita gente sendo internada, nesse um ano? Pessoas, foram voltaram, foram, voltaram?

(M.A): Bastante. Pessoas que foram e voltaram, foram e voltaram. Muitos, muitos. Muitos que saíam e aí tinha uma recaída ali próximo; tinha bastante barzinho em volta. Acontecia muito de internar... Era fácil de internar, era muito fácil. Aí acontecia muito de muitos usuários internarem lá meio que como fuga, que a gente percebia. O cara nem tava em uso tão prejudicial, tão abusivo, nem nada, mas algum prejuízo outro que ele tava tendo ali... às vezes a questão familiar, às vezes o casamento tava ali ‘piriricando’ pra acabar, ou uma pressão muito grande pra isso, pra aquilo e pra aquilo outro, ele internava no sentido de: “olha, eu to me cuidando”. Então era muito fácil. Acontecia também de alguns usuários internarem lá por causa de pensão atrasada, tinha essas questões aí. Chegava o oficial de justiça, dizia que ele precisava acertar umas coisas de pensão, o cara tava sem trabalho, aí o cara se internava. Então tinha muito disso. E tinha os que se internavam também porque às vezes estavam em situação de rua e eles mesmos falavam que internavam pra dar uma melhorada na parte clínica. Ficava esse período lá, tomando vitamina, sem usar nada, com uma alimentação mais adequada. Tinha alimentação, né? O Hospital, nessa parte, oferecia várias alimentações, cinco ou seis refeições por dia. Então, realmente, eles melhoravam. A gente pesava ‘eles’ na admissão e no final desse período de 30 a 45 dias de desintoxicação, eles estavam, às vezes, 10, 12 quilos mais ‘gordinhos’. Então tinha muito isso também. E muita gente internava, saía e voltava, saía e voltava.

(Pesquisadora): E como você sentia o olhar para o uso de drogas dentro do Hospital e como era visto, como era entendido... Comparando também com o que você sente hoje, no CAPS.

(M.A): Então, naquela época, pra questão da equipe... É uma constante construção e desconstrução de olhares e novos olhares, né? Pra equipe, muita gente não gostava de trabalhar na ala B: “ah, eles estão aí porque eles querem, eles estão assim porque é falta de

vergonha”. Tinha muito isso. Equipe, assim, que eu tinha mais contato, era da equipe de enfermagem. Mas tinha uma assistente social também, que falava muito isso, que não tinha perfil pra trabalhar ‘lá embaixo’, ela falava, porque não conseguia entender, porque eles queriam estar daquele jeito. Hoje em dia, eu percebo que o pessoal tá olhando de maneira diferente. Lógico, tem muito a ser construído ainda, mas o pessoal consegue perceber que eles precisam de ajuda realmente e que não é, assim, só pregando a abstinência, que eles vão conseguir melhorar. A questão de todos os prejuízos que eles tiveram, né? Não é só cessando, às vezes diminuindo também a gente consegue... A gente tem que melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, na verdade. E entendia-se que “você internou, você ‘tá’ salvo”, e não é assim, o processo não é dessa forma. Mas muita gente da equipe não gostava, não gostavam deles, não gostavam de estar no ambiente deles. Tinha gente que não descia lá por nada, se precisasse falar com alguém da ala B, a gente que tinha que subir, tinha isso sim. E que pedia na escala: “não me põe na ala B, não me põe na ala B”.

(Pesquisadora): E o que você sente desse processo de transição, até na sua prática mesmo, né? De ter caminhado, de Hospital Psiquiátrico, CAPS II, CAPS ad e, agora, Residências Terapêuticas.

(M.A): Então, eu mesmo mudei muito o meu conceito, durante todos esses anos. Quando eu entrei no CAPS II, eu fiz a prova, vi que era alguma coisa da Psiquiatria; foi em 2005. Aí eu vi que era pra Saúde Mental, por conta das questões que caíram na prova, porque, na verdade, eu nem tinha estudado pra prova. Eu não sabia o que era CAPS, era uma coisa nova, não tinha inaugurado aqui ainda e, na minha grade curricular, não teve isso, não foi falado isso na minha disciplina de Saúde Mental. Não foi colocado CAPS, era só assistência hospitalar mesmo. E quando eu cheguei, no primeiro dia, eu queria saber em que setor eu ia trabalhar, no CAPS II. Eu cheguei assim. Aí eu vi que era diferente do que eu pensava, aí eu vi “não tem setor”. Fiquei pensando: “será que vai ter masculino e feminino, UD e UTIP?”. Eu cheguei pensando nisso. Aí eu comecei a notar que a proposta era um pouco diferente, fiquei um pouco com o pé atrás. Fiquei um tempo achando que a proposta não dava muito certo, eu fiquei. Não, eu to sendo sincero. Fiquei achando que aquilo não dava certo, porque a minha formação era tradicional, trazia esse olhar da questão da internação, da emergência, do surto psicótico, da intoxicação por alguma substância... A gente pensava nisso, né? Era aquela coisa assistencial mesmo. Aí, demorou um pouco, mas eu comecei a perceber que dava fruto sim, que era a médio e longo prazo, que não bastava estar ali, pra estar salvo, aquele olhar que

tinha no hospital. “Você tá aqui, a gente vai melhorar sua vida em um dia e meio e você vai sair pra rua de novo”. E nada era preparado dentro do Hospital. Eu comecei a perceber que a médio e longo prazo as coisas davam resultado, e muito mais. Até quando eu trabalhava no Hospital de Saúde Mental, eu trabalhava no CAPS II também. Eu trabalhava nos dois lugares ao mesmo tempo, e eram lógicas muito diferentes mesmo. E eu, particularmente, tinha muita dificuldade de tentar colocar essa lógica de CAPS dentro do Hospital, pra tentar contaminar o restante da equipe... Que muitas vezes tá ali, mas e fora, não vai ser trabalhado nada, o ambiente e tal. Mas a equipe toda era resistente demais, de achar que era só aquilo. E, realmente, o hospital era muito paliativo, né? Fazia, ia embora, mas não se tratava a raiz dos problemas, na verdade, não se intervinha nesse sentido. Então, assim, mudou, bastante gente do Hospital mudou também. Aí começou a funcionar Residência Terapêutica e bastante gente começou a trabalhar em Residência Terapêutica, no processo de fechamento do Hospital. Tem gente que tá mudando os conceitos até agora. Mas ainda existe um grupo: Amigos do Hospital de Saúde Mental no Whatsapp. Eu ainda tô nesse grupo, não, eu saí semana passada. O pessoal vivia colocando lá: “ah, saudades desse tempo”, colocava ‘fotinha’, essas coisas assim. Então ainda existe esse grupo e eu tava nele até pouco tempo atrás. Então, quer dizer, tem gente que não mudou em nada, no conceito. Tinha muita gente que trabalhava lá que era de fora, de cidades menores. E lá, não tem os CAPS, não tem essa lógica institucional ainda. E, realmente, é muito diferente. E é muito gratificante saber que não é só internando, que não é só privando dos direitos, dos direitos básicos que todo cidadão tem, né? E a família também, a família mudou bastante. A gente tinha 120 leitos funcionando a todo vapor e era o que a família tinha até o momento. Até o final de 2006, quando abriu o CAPS II, as famílias também não acreditavam. E os funcionários do Hospital de Saúde Mental também não. Tinha um ou outro que tinha passado no processo seletivo do CAPS II também. Eles não quiseram ir, porque acharam que o CAPS ia fechar em pouco tempo. E foi o contrário que aconteceu, né? O hospital acabou fechando e o CAPS tá aí, firme e forte. Os CAPS... O pessoal achava que isso não ia dar certo, que os CAPS não davam certo e achavam que eles que conseguiam intervir de alguma forma. E, realmente, os conceitos foram mudando, e as famílias também. Final de ano dava um ‘boom’ de internações psiquiátricas, né? A família queria viajar, a família queria ir pra praia, queria passar o Natal e o Ano Novo em paz. E aquela pessoa dava problema ali, e tal, e tal, e acabava internando. E como era fácil o acesso... Não tinha a UPA na época, a Santa Casa que fazia a guia. A Santa Casa e o Hospital de Saúde Mental era uma coisa só, era um CNPJ só. O Hospital de Saúde Mental era filial da Santa Casa, então internava com muita facilidade, muita facilidade mesmo. Alguns casos até que batiam na

porta, não ia nem com guia. A equipe se sensibilizava, fazia contato e acabava... Aí o médico do hospital fazia a guia ali na hora e internava 'ele' na hora. Não tinha Central de Vagas, não tinha regulação, não tinha nada, era tudo muito fácil, era tudo por telefone. As coisas Ra muito pouco pensadas, as internações. Não se pensava muito porque está internando, simplesmente se internava. Era muito assim.

(Pesquisadora): E o que você acha que contribuiu pra mudar os conceitos? A implantação dos serviços, a forma como os serviços funcionavam, a relação com a equipe... O que você acha que contribuiu?

(M.A): A melhor coisa que... Todos esses fatores contribuíram, mas eu acho que, dos principais fatores que contribuíram, foi o fechamento do Hospital de Saúde Mental na verdade. Porque aí a família não tinha mais pra onde recorrer. A gente ouve até hoje falar ainda: "ah, quando tinha o Hospital de Saúde Mental era fácil, era só internar e pronto". Mas agora não tem, então como não tem, tem que recorrer à gente. E a família consegue perceber que esse processo é diferente, e eles têm uma certa resistência nessa corresponsabilização também, de estar junto acompanhando esse processo de cuidado da pessoa. E como não tem mais como ficar internando, eles têm que recorrer à gente. Então, quem tinha uma resistência... Às vezes a família não aparecia no CAPS, porque sabia que o CAPS ia evitar ao máximo a internação, então a família procurava outros recursos, UBS, PSF, pra já internar direto. Então muita gente não chegava pra nós. Agora, como não tem, eles chegam pra gente. Então, quer dizer que o acesso ficou mais fácil também. Logo, com a diminuição do número de internações... Porque o Hospital fechou em 2014, mas no final de 2013, comecinho de 2014, o hospital já não estava aceitando internações novas. Então, quer dizer, desse período pra cá, a procura se tornou maior. A gente consegue ter acesso às pessoas que a família tinha essa restrição de chegar até os CAPS. Então, quer dizer que ficou mais fácil pra gente. Acho que o principal fator que contribuiu são todos esses: o trabalho, o envolvimento com a equipe, a aproximação, o processo de cuidado mais próximo com o usuário... mas eu acho que não ter a opção de internar. Acho que as famílias precisaram sentir na pele: "eu não tenho o hospital, então eu preciso procurar outra forma de tratamento". E muitas conseguem ver, realmente, que eles têm potencialidades, eles têm uma vida, né? Eles não têm que ficar reclusos esse tempo todo.

(Pesquisadora): Acho que é isso, M.A... Muito obrigada!

Nome: M.E

Formação: Psicologia

(Pesquisadora): Pensei que você poderia compartilhar um pouco sobre a trajetória de cuidado em álcool e outras drogas que acompanhou aqui no município, um pouco da sua história nesse contexto.

(M.E): Então, não existia trabalho com dependência química feito pela Saúde. Havia uma cobrança grande, né? Do governo municipal que a Saúde assumisse um trabalho. Era feito pelo setor Social (Secretaria de Assistência Social). O setor Social implicava só em psiquiatra e internação praticamente cem por cento. Toda vez que alguém chegava pedindo internação, essa pessoa acabava conseguindo, então a gente tinha esse dado de cem por cento de internação. Foi quando eu me propus a começar um trabalho, mesmo sem estrutura, sem a equipe. A gente não tinha assistente social... Basicamente era atendimento psiquiátrico e os grupos que eu fui formando. Por um tempinho, algumas colegas resistiram bastante à questão da Redução de Danos, me questionavam, porém duas colegas se propuseram a fazer grupos com famílias. Então era um grupo de família do pessoal que já estava frequentando uma, duas, três, quatro vezes, esse grupo era feito pela D. E depois um outro grupo pra quem estava chegando, pra que não ficasse repetindo, repetindo as mesmas coisas, até porque o grupo acabava não dando conta, ficava muito grande. Aí a gente foi diminuindo as internações. A gente foi diminuindo, o pessoal foi aderindo. Os acolhimentos também eram feitos em grupo, porque não tinha calendário, né? Toda a semana era ocupada por grupos a semana toda, exceto na sexta, de segunda a quinta. Então o acolhimento era um dia e nos outros dias eram os grupos que eu separava de acordo com o perfil do usuário, porque, por exemplo, as questões do alcoolismo são muito diferentes das questões das outras drogas, principalmente do crack. Houve um momento que a gente teve uma assistente social por um tempo, a A. Foi muito bacana quando ela participou desse trabalho e por um tempo a gente teve também o psicólogo R., mas foram sete anos, praticamente, só. Foi muito solitário esse trabalho, e com muitas angústias, por conta de saber que precisava de um trabalho em rede, saber que precisava de outras coisas, e eu não dava conta. Mas a gente também trabalhou em rede, a gente teve alguns casos que a gente conseguiu trabalhar em rede. Muita resistência, desde a recepção, em atender... O preconceito em relação aos dependentes químicos, sempre relegados, sempre deixados pra quando tivesse vaga. Mas a gente tinha uns psiquiatras jovens que compreendiam bem a questão da urgência e acabavam abrindo uma agenda, então, um

pouco de parceria eu acho que eu sempre tive. E sempre aguardando o CAPS, né? Porque a promessa era essa. Então, aos poucos, a gente foi usando uma estratégia pra diminuir as internações. Como as internações foram ficando difíceis, as vagas foram se tornando difíceis, a gente usava essa estratégia, tanto pra família, que não compreendia inicialmente, praticamente o tempo todo não entendia, quanto pro usuário. A gente usava a seguinte estratégia: “olha, enquanto a gente não agenda médico, você já pode começar a vir pro grupo, se você se sentir bem, você tem sempre a possibilidade de atendimento individual também, mas o grupo é bacana, funciona bem, e, enquanto não sai a internação você vai ficando”. E foi com isso que a gente conseguiu também diminuir as internações, com essa estratégia.

(Pesquisadora): E é o que a gente tenta aqui também, né?

(M.E): A gente tenta aqui também. Então essa estratégia funcionou, né? Daí a gente fez um levantamento, claro, nada sistematizado, mas assim, por cima. E de 2009, quando começou o trabalho, até 2014, a gente conseguiu diminuir de cem por cento de internação para 25 por cento de internação. Então houve uma redução de 75 por cento e uma boa adesão. Porém, uma grande rotatividade: muita gente que nesse período veio, ficou um pouco, aí recaiu, aí voltou. A gente sabia que havia lacunas que precisavam ser preenchidas, pra vincular mais. Muita crítica, no início, dentro da própria equipe, “é um trabalho de enxugar gelo, é um trabalho de formiga”, é uma demanda que exige muito e tal. E isso mudou, no final, antes de o CAPS ser inaugurado, essa visão das pessoas da equipe já tinha mudado bastante, com os resultados que foram sendo apresentados. Então, pra mim foi muito gratificante, eu esperava muito a inauguração do CAPS, eu desejava muito uma equipe, um trabalho completo, dentro do que a gente considera de completa, a parte psicossocial mesmo, e outras questões que a gente trabalha aqui. Pra mim foi muito gratificante a colheita, mesmo que, podendo se dizer, assim... Não temos uma estatística de quantos ficaram e estão em recuperação, mas eu sei que são bastante, perto do que a gente imaginava que esse trabalho desfalcado pudesse ter como consequência. E muita gente que esteve lá, veio procurar o CAPS e está aqui. Se a gente pudesse ter tempo mesmo pra fazer um levantamento, né? De quanto por cento a gente conseguiu não enviar mais pra internação, quantos estão ainda lutando em relação à recuperação... Eu sou bastante feliz por ter feito, ter iniciado esse trabalho, e estar aqui, dando continuidade.

(Pesquisadora): E como você se sentia, nessa época, que não o serviço, a política pública específica, que seria o CAPS ad, mas, de alguma forma, você tinha esse ato político de cuidar, independente do serviço. Como era isso?

(Maria Emilia): Muito solitário, né? Principalmente no manejo das crises, a gente não tinha médico ou mesmo um enfermeiro no ambulatório, então, às vezes, a gente recorria ao CAPS II, que tem enfermeiro e ele ia até lá nos ajudar no manejo das crises. Também nessa época, não me lembro quando foi inaugurada a UPA... A gente não tinha a UPA. Tinha a Santa Casa, mas não tinha nenhum recurso humano específico que pudesse ajudar, fazer a contenção... Era a gente mesmo que fazia, era muito sobrecarregado, né? Eu lembro que eu adoeci em todos os anos, porém o amor pelo trabalho sempre foi maior do que o cansaço. Foi muito esgotante, até que duas companheiras vieram, né? Aí o trabalho se tornou menos pesado, mesmo ainda com o ambulatório. Mas, realmente, foi muito solitário o trabalho, dentro da rede... O ambulatório aqui tem um posto de Saúde próximo, mas nem com eles, em termo de manejo de crise a gente podia contar. A gente contava com a ajuda do CAPS II.

(Pesquisadora): E hoje, quais você pensa que são os desafios para o CAPS ad?

(M.E): Ah, temos bastantes desafios, né? O maior desafio hoje é conseguir encaminhar os pacientes antigos que estavam vinculados ao ambulatório, e ainda estão aqui, pro território, porque eu penso que eles precisam ir para um lugar onde eles tenham um grupo de apoio, que seja operativo, não necessariamente psicoterápico, mas são pessoas que precisam, que falam muito de solidão, e realmente são, por conta de toda a discriminação, os rótulos. Também alguns que desenvolveram outros transtornos que não só a questão da dependência química, então são pessoas que precisam ir pra UBS, mas precisam ir pra UBS pra tratar de outras questões, mas que também não podem ser descartadas. No meu momento, é o meu maior desafio, falando de mim, né? Meu maior desafio é esse: ter um lugar bacana pra continuar cuidando dessas questões, porque são pessoas que não aderem às outras atividades aqui, só médico e grupo, e já não são mais casos pra nós, estão há muitos anos em abstinência. Mas a gente não pode descartá-los, porque são pessoas em sofrimento e, com o matriciamento, a gente espera conseguir desenvolver alguma coisa nos territórios pra encaminhá-los e para poder atender a demanda que está grande.

Nome: R.

Formação: Psicologia

(Pesquisadora): Você participou de todo o processo de escrita do projeto do CAPS ad no município, e no processo de implantação também. Gostaria que você pudesse compartilhar um pouco dessa história.

(R.): Então, assim, como que iniciou, né? O projeto do Caps ad em Ourinhos. Esse projeto começou no Fórum. Porque o Fórum também teve toda uma proposta, também iniciou com uma questão de os municípios se reunirem pra discutir a questão da dependência química, né? Que era um problema em vários municípios daqui da região de Ourinhos. Então se começou a pensar: vamos montar um Fórum pra gente ter estratégias de trabalho com relação às drogas, à dependência química, trazendo a rede pra discutir, profissionais de vários setores, né? E aí começou a se pensar em montar o Caps, mas o Caps regional, ta? Daí foi feito o projeto. Me lembro de que tinha profissional de Salto Grande, de Canitar, de Ourinhos, de Santa Cruz [do Rio Pardo]. Ah, eram dois Caps: um em Ourinhos, outro em Santa Cruz, os dois Regionais. O de Santa Cruz atendendo a região de Santa Cruz, eu não lembro de cabeça os municípios, a pactuação; e Ourinhos também atendendo alguns municípios. Eu lembro que na pactuação de Ourinhos entrava Canitar, Salto Grande, acho que Chavantes... De cabeça eu não sei. Mas tem tudo no projeto, você pode lá pegar no Ambulatório. E daí foi, passou por todos os processos, foi até pra Marília, foi aprovado. E onde barrou? Quando os municípios tinham que assinar a pactuação, né? Que entrava a questão de pactuar carro, acho que tinha a questão financeira também, porque, nos primeiros meses, os municípios que precisam manter. Então acho que quando teve essa pactuação, pros municípios assinarem, alguns municípios deram pra trás. Era um período também de eleição... Então foi um período difícil, que barrou. Eu lembro que, alguns municípios, mudou o gestor, né? Em Ourinhos, continuou a mesma gestão, então pra gente não foi tão difícil. Mas aí quando mudou o gestor, quando alguns gestores não quiseram mais aceitar a pactuação do Caps regional, o secretário de Ourinhos me chamou e falou: “Olha, vamos dar continuidade ao Caps, mas ao Caps ad municipal”. E foi quando eu comecei a fazer as mudanças no projeto, acho que a D. também estava nesse período, daí nós começamos a fazer... Nessa época eu era gerente do Ambulatório de Saúde Mental. Daí fizemos as adaptações pro Municipal. E logo que tava tudo pronto, daí a D. já não estava. Daí eu lembro que eu mandei pro Ministério, no link lá, preenchi o link no sistema deles. E daí logo veio a aprovação, veio o dinheiro do incentivo. E daí eu já não estava como gerente do

Ambulatório, era a R.C. Mas daí a R.C me deu carta branca pra continuar, né? Daí começamos a procurar casas, e eu lembro que isso se deu junto com o das Residências [Terapêuticas] também. Eu lembro que eu tava procurando casa pras Residências e casa pro Caps ad. Eu tava na implantação dos dois serviços. Até nós tivemos muito preconceito, né? Pra encontrar a casa... Porque quando nós dizíamos que era para o Caps ad, as pessoas diziam: “mas é pra dependente químico, né?”. Muitas imobiliárias não davam nem resposta. Teve a situação de uma resposta: “Pra essa finalidade, esse local não dá”. A gente ouviu isso, né? Até que nós resolvemos manter aqui, porque a gente não tinha entregado essa casa, aí o setor da Coordenação, da Secretaria, sugeriu: “vamos dar uma boa reformada na casa”. Não, não, não foram eles não. Acho que a sugestão veio do CAPS II, eles tinham mudado daqui pra Dom Pedro: “como a casa não foi entregue ainda, por que vocês não usam a casa lá?”. Mas a casa tava numa situação bem complicada, né? Daí nós fomos conversar com o pessoal da Coordenação, e falamos: “Mas daí precisa dar uma boa reformada, vamos pegar o dinheiro do incentivo pra reformar, porque não tem de onde tirar”. Daí a gente usou parte do dinheiro do incentivo pra reformar a casa, daí eu comecei a licitação, para comprar os móveis, né? Material permanente e material de consumo. Eu participei das licitações por pregão, eu fiz os pedidos por pregão e começamos a comprar as coisas, a colocar dentro da casa. E depois teve o processo seletivo, né? A gente precisou abrir processo seletivo específico pela OM, que é uma empresa de concurso, que é por licitação. Daí fizemos algumas reuniões também com a OM, especificando qual o perfil do profissional que a gente desejava pro serviço, que o serviço precisava. Daí eles montaram, né? O processo seletivo foi feito. Daí demorou um tempo até...

(Pesquisadora): Acho que a prova foi em maio, se eu não me engano... Aí saiu o resultado e eu fui chamada no finzinho de dezembro, mas o Caps ainda não tinha inaugurado naquela época. Foi inaugurado um ano e pouquinho depois da prova.

(R.): Isso. Eu lembro que teve algumas questões, aí eu já não estava mais na gestão. E que resolvia essas questões era a Rita, com o secretário. E foi, foi, até que a gente conseguiu inaugurar, né?

(Pesquisadora): E como, na Coordenação de Saúde Mental, você sentia a lógica de cuidado para álcool e drogas, tendo o Hospital Psiquiátrico aqui?

(R.): Então, era um modelo hospitalocêntrico sim. A solicitação de internação era constante e tinha a questão também dos juízes, da internação compulsória, que era muito complicado também. Do ambulatório, tinham alguns grupos, mas que atendiam uma demanda muito limitada, né? A gente percebia. Então, assim, era uma necessidade muito grande.

(Pesquisadora): E também não tinha essa questão de muitos psicólogos na Atenção Básica?

(R.): Não, não tinha. Na época, não tinha. Mesmo os que foram, na época eram três profissionais que foram pra Atenção Básica, depois eu fui. Existia muita resistência quanto à dependência química, né? Mandava pro Ambulatório pro profissional de referência, daí o profissional de referência falava: “ah, mas eu to com a minha agenda cheia”. Então, assim, eu acabava acolhendo dependente químico também, porque a demanda era muito intensa, né?

(Pesquisadora): E no ambulatório também tinha muita internação, né?

(R.): Muita, muita, muita. Eu fiquei na gestão do ambulatório, então, assim, eu me via louca, de tantos pedidos de internação. Eram cadernos com nomes e nomes de pessoas. Era assustador, sabe? E as judiciais também, né? Juiz mandou, você tem que cumprir. DRS, Central de Vagas, era difícil, muito difícil.

(Pesquisadora): E como foi quando o Hospital fechou? Porque meio que coincidiu, né? O hospital fechou, daí a pouco o Caps implantou...

(R.): Isso. Então, a questão de antecipar, de colocar pressa pra que o Caps funcionasse, um dos motivos foi o fechamento do Hospital, né? Que daí começou uma pressão muito grande, acho que isso ajudou a inaugurar o Caps também. Por quê? Porque os pacientes eram mandados pra lá, né? Direto. Era um entra e sai, né? Porque internava, ficava um período, já saía e logo voltava de novo. Então era um processo meio de hotelaria, sabe? “Deixa eu ficar um tempinho lá, me hospedar, né?”. Então não tinha um trabalho contínuo, de sair do hospital, ter um acompanhamento, não tinha.

E hoje, né, com o Caps implantado há quanto tempo?

(Pesquisadora): Sete meses...

(R.): Sete meses, oito meses. Tá fazendo muita diferença, as internações diminuíram muito, muito, muito. Não tem mais lista de pessoas solicitando internação, isso acabou.

(Pesquisadora): Pelo AME de [Presidente] Prudente também, a gente tentou encerrar qualquer convênio...

(R.): Encerrou e a gente tá tendo uma referência, né? Pra se discutir essa questão. E até no território, né? Eu fiquei no território e as pessoas com problema com dependência acabam vindo pra cá. E a gente acaba nem tendo contato muito, é uma questão que a gente precisa rever.

(Pesquisadora): O desafio agora é pensar no território...

(R.): Senão acaba, né? Tem o Caps como referência e pronto, né? Centraliza. Então a gente tem que pensar isso. Mas que o Caps está fazendo toda a diferença, isso com certeza.