

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Mateus Alexandre Pratas Rezende

**Uma experiência cartográfica em um equipamento CAPS AD: a atenção à saúde da
pessoa usuária de substâncias psicoativas**

Maringá
2023

Mateus Alexandre Pratas Rezende

**Uma experiência cartográfica em um equipamento CAPS AD: a atenção à saúde
da pessoa usuária de substâncias psicoativas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Subjetividade e Práticas Sociais na Contemporaneidade.

Área de Concentração: Subjetividade e Práticas Sociais na Contemporaneidade.

Orientadora: Profa. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza

Maringá

2023

Mateus Alexandre Pratas Rezende

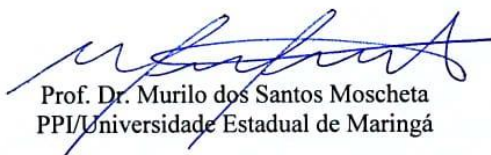
Uma experiência cartográfica em um equipamento CAPS AD: a atenção à saúde da pessoa usuária de substâncias psicoativas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
PPI/Universidade Estadual de Maringá



Prof. Dr. Altieres Edegar Frei
CRP/PR
Conselho Regional de Psicologia- PR

Aprovado em: 20 de julho de 2023.
Defesa realizada na sala de vídeo do Bloco 118

AGRADECIMENTOS

O corpo que toma este projeto é uma travessia. Os caminhos sutilmente desenhados só são produzidos a partir dos encontros que os produzem. Nenhuma subjetividade ‘individual’ é a origem ou ponto 0 de uma ideia, tampouco um projeto de mestrado é feito por um autor. Esse mesmo autor, é ele próprio produzido numa infinidade de agenciamentos, de encontros e desencontros.

Ainda que por vezes o processo de pesquisar tome contornos solitários, olhando fixamente para uma tela contando apenas com as diversas vozes que perpassam o pensamento, é um processo fundamentalmente coletivo.

Me encontrei com Eduardo Galeano e fui abraçado, penso que poderia o abraço ser uma imagem de um bom encontro, então para além dos abraços que se tocam na escrita desta narrativa, há que se pensar naqueles encontros que compõem com essa travessia.

Dito isso, gostaria de distribuir meus agradecimentos em forma de abraços, lembrando Gil: Àquele abraço!

Aquele abraço à Universidade Estadual de Maringá, território no qual pude experimentar outros horizontes, afetos e encontros que, sem a força da hipérbole, me transformaram.

Aquele abraço à Prof. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza, que desde de 2017 têm sido minha orientadora e amiga. Sem seus esforços e, sobretudo, paciência, não poderia ter contado as histórias que contei.

Aquele abraço aos professores Dr. Murilo Moscheta e Dr. Altieres Frei, cujo as contribuições foram fundamentais.

Aquele abraço à Bruna, Mari Basso e Mari Sant’Ana, companheiras de pesquisa-viagem.

Aquele abraço aos amigos e às amigas que as vivências no bloco 027 deu a oportunidade de conhecer, e que desde então me acompanham, acolhem e apoiam durante essa trajetória.

Aquele abraço aos amigos e amigas se fazem presente com muito carinho e afeto desde a mais tenra idade.

aquele abraço, sobretudo, à minha “Grande Família”, em especial à minha mãe Rita, a Vó Yvete e a Tia Marcele, à tia Flora, à minha madrinha Lilian e minha tia Eliane. Por fim, àquele abraço à nossa matriarca Vó Nica.

Em memória de José Alexandre Pratas, meu saudoso e amado Avôhai.

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira conquistou, a partir do final da década de 1980, a implantação de diferentes equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, construindo uma perspectiva de cuidado territorial em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre os equipamentos antimanicomiais, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Tendo em vista o recente movimento político de contrarreforma e os discursos e práticas que insistem na perpetuação do paradigma proibicionista e manicomial, o objetivo desta pesquisa é acompanhar os processos que compõem a atenção à saúde da pessoa usuária de substâncias psicoativas e que percorrem os caminhos da RAPS. A pesquisa-intervenção se desenvolve a partir do *ethos* cartográfico, acionando os dispositivos das entrevistas cartográficas e do diário de campo do pesquisador, traçando os caminhos da pesquisa a partir dos encontros e desencontros com profissionais da equipe de saúde e usuárias/os que perpassam pelo CAPS AD.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Álcool e Outras Drogas; Atenção Psicossocial; Método cartográfico.

ABSTRACT

From the end of the 1980s onwards, the Brazilian Psychiatric Reform achieved the implementation of different equipment that substituted the asylum model, building a perspective of territorial care in the services of the Psychosocial Care Network (RAPS). Among anti-asylum equipment, the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) stands out. In view of the recent counter-reform political movement and the discourses and practices that insist on the perpetuation of the prohibitionist and asylum paradigms, the objective of this research is to follow the processes that make up the health care of the person who uses psychoactive substances and that runs through the paths of the RAPS. This intervention-research is developed from the cartographic ethos, activating the devices of cartographic interviews and researcher's field diary, tracing the research paths from the encounters and disagreements with professionals of the healthcare team and users who pass through the CAPS AD.

Keywords: Psychiatric Reform; Alcohol and Other Drugs; Psychosocial Care; Cartographic method.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III, com funcionamento 24h

C.T – Comunidade Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

HP – Hospital Psiquiátrico

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

R.D – Redução de Danos

R.P – Reforma Psiquiátrica

PAIUAD – Política de Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPAD – Núcleo de Educação Para Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: “NÃO SOU EU QUEM ME NAVEGA, QUEM ME NAVEGA É O MAR”: APONTAMENTOS SOBRE O MÉTODO CARTOGRÁFICO.....	14
1.1. A pesquisa rizomática	15
1.2. Apontamentos sobre a pesquisa cartográfica.....	19
1.3. Sobre as ferramentas cartográficas: o diário de bordo e as entrevistas.	22
1.4. Habitando um território existencial	26
1.5. Políticas de narratividade no âmbito da pesquisa cartográfica	27
CAPÍTULO 2: ANDANÇAS DE UM CARTÓGRAFO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	31
2.1. Do isolamento na perspectiva manicomial ao acolhimento psicossocial	33
2.2. A organização do trabalho no CAPS AD: entre as formas instituídas e os processos instituintes	38
2.3. CAPS AD em diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial e outros âmbitos territoriais: as linhas que formam uma rede.....	52
2.4. Um ritornelo: CAPS AD, territorial ou territorializado?	59
CAPÍTULO 3: “ANIVERSÁRIO DE SOBRIEDADE”: TENSÕES ENTRE O PROIBICIONISMO E A SAÚDE.....	64
3.1 Apontamentos sobre o Paradigma Proibicionista	68
3.2 Sobre o cuidado em liberdade e a Redução de Danos	77
3.2.1 – Desdobramentos proibicionistas na Saúde: nuances com relação à Redução de Danos.....	82
3.3 Droga e saúde: tensionamentos e disputas na RAPS	85
CAPÍTULO 4: TORNAR-SE ANTIPROIBICIONISTA: a aproximação entre pesquisador e campo-tema.....	89
4.1. Sobre os anos 2000 e as vivências com o tema das drogas	91
4.2. Militância e pesquisa, ou pesquisa-militante	93

4.3. Breve inserção nas Escolas do município.....	96
4.4. Tornar-se cartógrafo e os percursos em um Programa de Pós-Graduação	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS OU APENAS ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS	101
Referências	105
ANEXOS	114

INTRODUÇÃO

Quando Lucia Peláez era pequena, leu um romance escondida. Leu aos pedaços, noite após noite ocultando o livro debaixo do travesseiro. Lucia tinha roubado o romance da biblioteca de cedro onde seu tio guardava os livros preferidos.

Muito caminhou Lucia, enquanto passavam-se os anos. Na busca de fantasmas caminhou pelos rochedos, sobre o rio Antióquia, e na busca de gente caminhou pelas ruas das cidades violentas.

Muito caminhou Lucia, e ao longo de seu caminhar ia sempre acompanhada pelos ecos daquelas vozes distantes que ela tinha escutado, com seus olhos, na infância.

Lucia não tornou a ler aquele livro. Não o reconheceria mais. O livro cresceu tanto dentro dela que agora é outro, agora é dela.

(EDUARDO GALEANO, 1995. p. 20)

Quantos livros crescem dentro de cada um? Quantos livros levam alguém a ingressar em um Programa de Pós-Graduação em Psicologia? Quantos livros crescem em quem escreve um livro?

Eu me encontrei com Dostoiévski no ano de 2013, ele me contou algo sobre amar mais a vida que o sentido da vida¹. Deleuze e Guatarri (2000, p. 13) gritam logo após: “Escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir”.

Em certo sentido, livros são repletos de encontros, pensando em como Suely Rolnik (2011, p. 14) diz que as cartografias do desejo trazem “a marca dos agenciamentos que o geraram”, procuro encarar esse texto de maneira parecida. Sendo assim, essa pesquisa não se inicia quando leio meu nome no edital da seleção de mestrado, nem quando realizo minha primeira orientação. E quando esse mestrado começa? Também

¹ — “Compreendo por demais, Ivã; desejar-se-ia amar pelo coração e pelo ventre, como bem o disseste. Estou encantado com esse teu ardor de viver. Penso que se deve amar a vida acima de tudo.

— Amar a vida, em vez do sentido da vida?

— Decerto. Amá-la antes de raciocinar, sem lógica, como dizes; então somente compreender-se-á o sentido dela. Eis o que entrevejo desde muito tempo. A metade de tua tarefa está realizada e adquirida, Ivã: amas a vida. Ocupa-te com a segunda parte, é a salvação” (DOSTOIEVSKI, 2008. p. 243-244).

não sei. Talvez não tenha início nem fim, esteja no meio: *intermezzo*. Por conta disso, há um cuidado de colocar em palavras alguns encontros que fazem parte da composição desse texto. Ele vem caminhando comigo, crescendo em mim, tal qual o romance que leu Lucia descrito por Eduardo Galeano. Só não posso dizer que ele é meu, pelo menos não em um sentido possessivo, ou narcísico. Não poderia reclamar como minha posse, faço apenas parte desse projeto que carrega em si tantas outras vozes. Parafraseando Galeano: “tantos abraços”.

O crescimento dessa proposta não diz respeito apenas a uma pesquisa sobre referenciais teóricos, também não se reduz a um estudo empírico, melhor colocando: não pretendo endossar a dicotomia teoria/prática. Existem relações vivas entre os estudos a que me proponho e a trajetória percorrida por mim até o momento em que me vejo sentado em frente à essa tela fria observando as letras pularem enquanto acerto e erro algumas teclas.

Passando a alguns dos encontros que se abraçam nesta escrita, talvez o menos provável, é um destaque importante, pois escrevo também como militante, ou como algumas pessoas preferem dizer: ativista canábico. Isso porque, no período que compreende o final do ano de 2017 a 2019, através de um coletivo antiproibicionista, organizamos duas manifestações da Marcha da Maconha em uma cidade do interior do Estado do Paraná, as primeiras da cidade (uma cidade demasiadamente conservadora, diga-se de passagem). Paralelamente às movimentações militantes, ingressei no Programa de Iniciação Científica da Universidade, pesquisando sobre a descriminalização da maconha. Conforme passeava por escritos de Franca e Franco Basaglia, Michel Foucault, Paulo Amarante, Maria Clementina Cunha, Antonio Lancetti, Henrique Carneiro, Eduardo Vargas, Altieres Frei e tantos outros, buscava posicionar questões acerca dos pontos que aproximariam o movimento da luta antimanicomial e o movimento antiproibicionista

Nesse contexto, embarcamos em uma viagem cartográfica nas águas que percorrem o campo da atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, com o objetivo geral de cartografar as linhas que compõem a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas atendidos em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outras instituições de internação.

Nessa perspectiva, o primeiro capítulo deste texto de qualificação está direcionado às considerações relativas ao método cartográfico, ao caminho percorrido, aos instrumentos da pesquisa e aos recursos acionados pela presente cartografia. Para realização da

pesquisa cartográfica, acionamos como instrumentos o diário de bordo do pesquisador-cartógrafo e a entrevista cartográfica semiestruturada com usuários de substâncias psicoativas e profissionais da equipe de saúde mental, que se dará no âmbito de um serviço de Saúde Mental de um município do norte do Paraná: um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD). Como recurso didático, bifurcamos a narrativa em duas zonas de intensidade: uma que diz respeito à Saúde Mental e Atenção Psicossocial, e outra referente ao “campo Álcool e Outras Drogas”

Diante disso, o segundo capítulo dedicado à primeira zona de intensidade², denominado de “Saúde Mental e Atenção Psicossocial: tensionamentos entre discursos e práticas em um equipamento da RAPS”, acompanha os caminhos da organização do fluxo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) e sua relação com outros equipamentos da RAPS, situando os tensionamentos existentes entre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (PPHM) e o Modelo da Atenção Psicossocial.

O capítulo três, intitulado “Aniversário de Sobriedade: tensões entre o proibicionismo e a saúde”, corresponde à segunda zona de intensidade. Essa narrativa acompanha os movimentos que engendram a atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, cartografando os discursos, as práticas e os caminhos que essas pessoas encontram ao serem atendidas em equipamentos da RAPS e em instituição de internação compreendida por Hospitais Psiquiátricos e “Comunidades Terapêuticas”.

O quarto capítulo, inspirado pelo trabalho com diários de campo e pela noção de análise de implicação do movimento institucionalista, por sua vez, busca cartografar as aproximações entre pesquisador e campo-tema.

Se nossa proposta enquanto objetivo dessa cartografia é acompanhar os movimentos, traçar as linhas de diferentes naturezas que compõem a atenção à saúde de pessoas que fazem uso de drogas, o projeto evoca uma produção composta por muitas vozes. Ou muitos abraços. Se considerarmos o abraço uma expressão de encontros, esse texto está repleto deles e é composto todo por abraços.

Diante disso, destacamos uma precaução que irá evocar Gilles Deleuze e Felix Guattari, ou melhor, evocaremos o pensamento que toma forma a partir do encontro

² “Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs. Gregory Bateson serve-se da palavra “platô” para designar algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 44).

dessas duas figuras. Vamos olhar e pensar esse texto de uma maneira rizomática: “aberto, desmontável, reversível, suscetível de receber mudanças e modificações constantemente” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 30). Exatamente por isso, deve ser um projeto inacabado: estar aberto para possibilidades de novos encontros e novos agenciamentos...

CAPÍTULO 1

“NÃO SOU EU QUEM ME NAVEGA, QUEM ME NAVEGA É O MAR”: APONTAMENTOS SOBRE O MÉTODO CARTOGRÁFICO³

“Eu já estava há um bom tempo escrevendo Memória do Fogo, e quanto mais escrevia mais fundo ia nas histórias que contava. Começava a ser cada vez mais difícil distinguir o passado do presente: o que tinha sido, estava sendo, e estava sendo a minha volta, e escrever era minha maneira de bater e abraçar. Supõe-se, porém, que os livros de história não são subjetivos Comentei tudo isso com José Coronel Urtecho: neste livro que estou escrevendo. Pelo avesso e pelo direito, na luz ou na contraluz, olhando do jeito que for, surgem à primeira vista minhas raivas e meus amores. E nas margens do rio San Juan, o velho poeta me disse que não se deve dar a menor importância aos fanáticos da objetividade - Não se preocupe – me disse. – É assim que deve ser. Os que fazem da objetividade uma religião, mentem. Eles não querem ser objetivos, mentira: querem ser objetos, para salvar-se da dor humana.”

(EDUARDO GALEANO, 1995, p. 118).

Escapemos da objetividade. Não queremos objetos, tampouco salvar-nos da dor humana. Esse estudo me atravessa. Não há de se fugir disso.

Como podemos estudar os processos de produção subjetiva sem abraçar e problematizar nossa implicação? Ou, como poderíamos olhar para o que somos em devir, se nos atermos apenas naquilo que já fomos e não somos mais?

Existem processos a serem acompanhados. E, justamente por isso, o recurso metodológico da cartografia se torna tão importante. Como disse Barros e Kastrup (2020, p. 52): “cartografar é acompanhar processos”. E para tanto, necessitamos lançar mão de um método que possibilite o acompanhar dos processos, e não tenha o menor interesse em significar, interpretar ou analisar um objeto.

³ O título é inspirado pelo trecho da música “Timoneiro”, de Paulinho da Viola.

A inspiração para elaboração do método cartográfico e o empenho em dissolver os binarismos e as dicotomias que têm acompanhado a produção de conhecimento e de realidade vem da obra de Gilles Deleuze e Felix Guattari. E é nessa tentativa que os filósofos franceses elaboram o livro “Mil Platôs” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a) e nos apresentam a noção de Rizoma como modo de pensamento que poderia romper com o pensamento dicotômico.

1.1. A pesquisa rizomática

Comumente, conhecemos a cartografia como o campo de saberes e práticas relacionados ao estudo e produção de mapas, mas a partir da “Introdução: Rizoma” de “Mil Platôs” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a), fomos inspirados a pensar a cartografia dos processos de produção subjetiva, traçar linhas e direções, relevos, climas. Naquela introdução, Felix Guattari e Gilles Deleuze (2011a) apresentam o rizoma como uma produção contínua de novos arranjos de tramas que produzem a realidade.

Para a formulação do Rizoma, os autores distinguem três tipos de livro que dizem respeito às diferentes formas do pensamento. O primeiro é o livro raiz/pensamento arborescente que se trata do livro clássico, a forma mais clássica do pensamento ocidental, “o livro imita o mundo, como a arte a natureza” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p.19). Esse pensamento opera por binarismos: o mundo e o livro (representação do mundo), a razão e a emoção, o sujeito e o objeto, mente e corpo, homem ou mulher. É um pensamento que pressupõe ordem e hierarquia. Deleuze e Guattari (2011a, p. 34) argumentam que:

O pensamento não é arborescente e o cérebro não é uma matéria enraizada nem ramificada. O que se chama equivocadamente de “dendritos” não assegura uma conexão dos neurônios num tecido contínuo. A descontinuidade das células, o papel dos axônios, o funcionamento das sinapses, a existência de microfendas sinápticas, o salto de cada mensagem por cima destas fendas faz do cérebro uma multiplicidade [...] muitas pessoas têm uma árvore plantada na cabeça, mas o próprio cérebro é muito mais uma erva do que uma árvore.

A segunda figura do livro, denominada como sistema-radícula ou raiz fasciculada, representa um pensamento do qual “a modernidade se vale de bom grado”, no qual a “raiz principal abortou”, mas não “rompe verdadeiramente com o dualismo, com a complementaridade de um sujeito de um objeto, de uma realidade natural e uma realidade espiritual [...]. O mundo deveio Caos, mas o livro continua sendo a imagem do mundo” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 20-21). Se uma das marcas da modernidade são as

rupturas das grandes verdades, a raiz fasciculada ainda evoca a uma unidade superior, mesmo que se perca o pivô central, é um sistema de pensamento que não pressupõe uma hierarquia vertical, mas seu sistema de vizinhança se relaciona mais com, por exemplo, o pensamento sistêmico. Contudo, é necessário se fazer o múltiplo para que se rompa com as dicotomias sujeito-objeto, mundo-representação, subjetividade-objetividade. O livro deve então, não representar o mundo, mas fazer rizoma com o mundo, compor com ele: “escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 19).

A partir disso, os autores nos apresentam ao Rizoma, uma realização da multiplicidade que não representa nem significa, mas produz: uma produção contínua de novos arranjos. E para nos convencer de que esse modelo poderia romper com o pensamento binário, os autores nos apresentam seis princípios do rizoma, a saber: conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura a-significante, cartografia e decalcomania. Para compreensão dos primeiros princípios, Deleuze e Guattari propõem que o rizoma é composto por elementos heterogêneos, linhas distintas, que estão se conectando sem parar, “cada ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro, e deve sê-lo” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p.22). Não tendo, pois, uma raiz central, o rizoma se espalha por diversas direções, cresce como as ervas, no entre – *intermezzo* -, argumenta-se que a pretensão de uma Unidade só aparece mediante uma tomada de poder sobre o múltiplo, ao se propor a realizar a multiplicidade é necessário subtrair aquilo que opera a unificação, se fala de $n-1$ ⁴. Subtrair-se o Uno.

Os fios das marionetes considerados como rizoma ou multiplicidade, não remetem à vontade de suposta de um artista ou de um operador, mas à multiplicidade de fibras nervosas que formam por sua vez uma outra marionete seguindo outras dimensões conectadas às primeiras (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 23-24).

Das linhas que compõem com o rizoma, têm-se as linhas mais duras, linhas de segmentaridade, que organizam, estratificam, significam, territorializam etc., mas compreendem-se também linhas flexíveis e linhas de fuga. Essas linhas podem dar umas nas outras, a explosão das linhas segmentares em linhas de fuga provoca ruptura no rizoma, sendo a linha de fuga também uma composição deste. Assim, o princípio de

⁴ “Na verdade, não basta dizer ‘Viva o múltiplo’, grito de resto difícil de emitir. Nenhuma habilidade tipográfica, lexical ou mesmo sintática será suficiente para fazê-lo ouvir. É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas ao contrário, de maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre $n-1$ (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele)” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 21).

ruptura a-significante propõe que o rizoma possa ser rompido, quebrado, ou retomado de qualquer lugar (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem um sujeito – tudo o que se quiser, desde as ressurgências edipianas até as concreções fascistas. Os grupos e os indivíduos contêm microfascismos sempre à espera de cristalização. Sim, a grama é também rizoma. O bom e o mau são somente o produto de uma seleção ativa e temporária a ser recomeçada (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 26).

Os últimos princípios apresentados dizem respeito ao princípio de cartografia e decalcomania, no qual se distinguem mapa e decalque. Segundo os autores,

[...] do eixo genético ou da estrutura profunda, dizemos que eles são antes de tudo princípios de decalque, reproduzíveis ao infinito. Toda lógica da árvore é uma lógica de decalque e reprodução. Tanto na Linguística quanto na Psicanálise, ela tem como objeto um inconsciente ele mesmo representante, cristalizado em complexos codificados, repartidos sobre um eixo genético ou distribuído numa estrutura sintagmática [...] ela consiste em decalcar algo que se dá já feito, a partir de uma estrutura que sobrecodifica ou de um eixo que suporta. A árvore articula e hierarquiza os decalques (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p 29-30).

Estranho ao modelo gerativo e à estrutura profunda seria o rizoma, um mapa e não um decalque. A diferença que opõe mapa e decalque remete a uma dimensão da experimentação, não uma foto de satélite, mas o adentrar no território do cartógrafo, que no seu caminho traçará as linhas, não só daquilo que vê, mas de tudo que o afeta. É um trabalho artesanal, uma tecelagem que se preocupa em seguir cada linha em sua singularidade. “Se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 30).

Todavia, há um alerta: não se deve cair novamente em um dualismo simplista mapa versus decalque, o bom e o ruim, o certo e o errado. Na verdade, os autores se preocupam em mostrar como que mapa e decalque se articulam, e como que rizoma não exclui árvores e raízes pivotantes, elas se compõem, tendo em vista que rizomas podem germinar em árvore e vice-versa.

Contemporaneamente, o pensamento arborescente é o mais evocado ao se falar de um conhecimento científico, de método científico, partindo de alguns pressupostos principais: a separação entre sujeito e objeto, e diante disso, uma pretensa neutralidade científica traduzida por uma suposta não interferência do sujeito pesquisador no fenômeno ou objeto de estudo. A concepção de que o livro-pesquisa representa ou

significa o mundo; a separação objetivo-subjetivo, que pretende “livrar” o conhecimento científico da dimensão subjetiva; e uma metodologia rigidamente definida, hierárquica e prescritiva, ao qual se acompanha uma maneira determinada de registro, uma produção textual “sóbria”, em terceira pessoa, no qual não se encontra o pesquisador. A partir disso, e perante uma comunidade científica, se determina o que é um conhecimento válido/verdadeiro.

Tal concepção orbita em uma tradição moderna de pesquisa. Nesses moldes o que se buscaria é um “sujeito cognoscente” que poderia através da observação, representar o objeto através de um “conhecimento verdadeiro”. Nesse sentido, Barros e Kastrup (2020, p. 54-55) argumentam que esse modelo de cientificidade é, por assim dizer, a invenção de um dispositivo experimental, resultante de práticas concretas. Destacam-se dois pontos acerca disso, em primeiro lugar: “o trabalho com objetos purificados através de práticas controladas, a investigação de um objeto independente de sua história e das inúmeras conexões que o ligam ao mundo, depende de práticas concretas de isolamento de variáveis, essenciais para a reprodução do fenômeno em laboratório” (BARROS; KASTRUP, 2020, p. 54-55). Em segundo lugar:

[...] num ato irrecusavelmente político, a ciência acaba por dobrar o poder da invenção contra o arbitrário da invenção. Dito de outra forma, a ciência inventa um dispositivo capaz de, segundo seu ponto de vista, operar a triagem entre a invenção e o que “não passa de invenção” (BARROS; KASTRUP, 2020, p. 54-55).

Dentre outros fatores, esse dispositivo experimental produz uma concepção de que o conhecimento científico estaria a favor de “desvelar” algo já posto. Nessa perspectiva,

Sujeito e objeto se distinguem e se separam, constituindo-se uma política cognitiva assentada na perspectiva de terceira pessoa do conhecimento: conheço à distância, conheço porque me distancio. Tal política cognitiva pressupõe tanto certa prática comunicacional quanto uma prática de pesquisa que se hegemonizaram, ganhando máxima expressão no ideal de inteligibilidade positivista (PASSOS; EIRADO, 2020, p. 115).

No entanto, não basta apenas que se saia da terceira pessoa e vá à primeira, como nas perspectivas ditas subjetivistas ou introspectivas. Nesse aspecto, a partir das contribuições da Análise Institucional, constituída enquanto movimento francês na década de 60⁵, foi possível propor que o conhecimento científico pode se afastar das políticas cognitivas que separam sujeito e objeto, seja a partir de uma perspectiva de

⁵Ver mais sobre as contribuições da Análise Institucional na publicação “Análise Institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção” (ROSSI; BARROS, 2014).

terceira pessoa ou de primeira pessoa, colocando em questão o conceito de implicação e a inseparabilidade entre sujeito e objeto, que deixam de ser categorias transcendentais para compartilhar um plano de coemergência da experiência.

Nesse sentido, a cartografia, ao propor se afastar de tal binarismo, caminha na direção de uma dissolução do ponto de vista do observador. Portanto, “o observador está sempre implicado no campo de observação” e a “intervenção modifica o objeto” (PASSOS; BARROS, 2020, p. 21). Nesse sentido, mais do que observar ou representar, a pesquisa intervém, ela produz: é um processo de produção. A cartografia, desse modo, é um método de pesquisa-intervenção, no qual existe uma inseparabilidade entre fazer e conhecer. Assim, Passos e Barros (2020, p. 30) irão situar a intervenção como caminho:

Conhecer é, portanto, fazer criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. Quando já não nos contentamos com a mera representação dos objetos, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo do pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos. O método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas. Restam sempre pistas metodológicas e a direção ético-política que avalia os efeitos da experiência para daí extrair os desvios necessários.

1.2. Apontamentos sobre a pesquisa cartográfica

*Todo pasa y todo queda
Pero lo nuestro es pasar
Pasar haciendo caminos
Caminos sobre la mar*

*Nunca perseguí la gloria
Ni dejar en la memoria
De los hombres mi canción
Yo amo los mundos sutiles
Ingrávidos y gentiles
Como pompas de jabón*

*Me gusta verlos pintarse de sol y grana
Volar bajo el cielo azul
Temblar súbitamente y quebrarse
Nunca perseguí la gloria
Caminante son tus huellas el camino y nada más
Caminante, no hay camino se hace camino al andar*

*Al andar se hace camino
Y al volver la vista atrás
Se ve la senda que nunca
Se ha de volver a pisar
Caminante no hay camino sino estelas en la mar*

(MACHADO, 1997).

Já no século XIX, o poeta Antônio Machado declamava: “Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”. Podemos lhes dizer: Cartógrafo, não existe caminho, o caminho se faz ao caminhar, ao se embrenhar no território desconhecido. A cartografia é o desenhar de um mapa, não de um decalque, isto é, não é o desenho de um modelo que poderá ser aplicado e repetido invariavelmente. E por isso é uma metodologia que não pode ser prescritiva, seguir caminhos já pavimentados, muito menos se ater a algum conjunto fixo de regras metodológicas. Uma cartografia é feita à medida que se caminha.

Não é também um caminhar sem direção, como um “deixar rolar”. De acordo com Passos e Barros (2020, p. 17), “a diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados”, afirmando a inseparabilidade entre conhecer e fazer, sujeito e objeto e entre pesquisa e intervenção. A partir disso, os autores afirmam que toda pesquisa é intervenção, pois “a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coermegência” (PASSOS; BARROS, 2020, p. 17).

Realizar uma pesquisa cartográfica é o desafio de se afastar da captura de um pensamento arborescente, traçar uma linha de fuga em um paradigma de ciência tradicional, dando ênfase ao caráter processual da produção do conhecimento, realizando uma recusa ao Universal e ampliando as conexões entre os mais distintos saberes e as mais diversas vozes.

Por não ser um método prescritivo, quando chegamos não sabemos de antemão nossos objetivos e metas, mas nos inserimos ativamente nesse território, com uma abertura sensível aos encontros, disponível às experiências e experimentações. E, tampouco, conhecemos de antemão aquele território no qual nos inserimos, é sempre um lançar-se ao desconhecido, assumir uma condição de aprendiz. Conforme Alvarez e Passos (2020, p. 137), “a instalação de uma cartografia sempre pressupõe a habitação de um território”, essa instalação exige um aprendizado que se inicia quando nos inserimos em determinado território com uma receptividade afetiva, tendo em vista que:

[...] o método da cartografia não opõe teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e produção de realidade [...]. Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção. Nesse sentido, o conhecimento, ou, mais

especificamente, o trabalho da pesquisa se faz pelo engajamento daquele que conhece e mundo a ser conhecido (ALVAREZ; PASSOS, 2020, p. 131).

Sendo assim, a pesquisa-intervenção se realiza em um território existencial⁶, em um plano de coemergência da experiência, o qual não conhecemos de antemão e que para a exploração não temos uma metodologia prescritiva.

Diante disso, uma questão recorrente se trata da atenção: onde pousar a atenção no processo de inserção em um campo de pesquisa cartográfica. Uma das dimensões trabalhadas no livro “Pistas do método da cartografia”, organizado por Kastrup e Passos (2020), se dirigem ao funcionamento da atenção do cartógrafo. Quando circulamos e participamos em um território, ou melhor, quando habitamos um território, afetamos e somos afetados. Mas de que maneira, a partir dos encontros, escolhemos um ou outro caminho a ser seguido? Damos foco à essa ou àquela questão? Nesse processo foi recorrente o sentimento de estar à deriva, “a entrada do aprendiz cartógrafo no campo da pesquisa coloca imediatamente a questão de onde pousar sua atenção” (KASTRUP, 2020, p. 35). Por não ter objetivos pré-determinados é necessário que a entrada no campo de pesquisa evoque uma atenção aberta como uma antena parabólica, é um funcionamento da atenção descrito em partes por Sigmund Freud (1856 – 1939), com a noção de atenção flutuante, uma atenção seletiva. Muitas vezes, o pesquisador cartógrafo pode focalizar alguma questão enquanto negligencia outras, já a atenção flutuante é uma atitude de prestar atenção igual em tudo. Porém, faz-se necessário ressaltar que, ainda que Freud pense essa atenção a partir da audição, é importante dar espaço para outras percepções sensoriais, como exemplo, a visão, o olfato, o tato. (KASTRUP, 2020).

Partindo da ideia supracitada, por meio de seus trabalhos sobre a atenção, Virginia Kastrup (2020) nos deixa uma pista valiosa com relação ao funcionamento da atenção do cartógrafo, distinguindo quatro variedades atencionais: rastreio, toque, pouso e o reconhecimento atento. No rastreio, evocando uma atenção aberta, ao entrar em campo, não realizamos uma coleta de informações, nossa atenção funciona como uma varredura que não se atém aos contornos já desenhados, mas se preocupa com o acompanhamento de processos. Já o toque tem a ver com as sensações, nesse ponto é que a subjetividade do pesquisador-cartógrafo é afetada. O pouso, por sua vez, não se refere a uma parada do

⁶“O território poder ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos, das representações no quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 323).

movimento, mas uma parada no movimento, pressupõe uma ideia de fluxo, na qual o movimento e o pouso se diferem pela velocidade. “O gesto do pouso indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha numa espécie de zoom” (KASTRUP, 2020, p. 43). Por fim, a quarta variedade atencional diz respeito ao reconhecimento atento. Essa noção remonta ao conceito de Henri Bergson (1858-1941), no qual o autor diferencia o reconhecimento automático do atento: “enquanto no reconhecimento automático nossos movimentos prolongam nossa percepção para obter efeitos úteis e nos afastam do objeto percebido, aqui, ao contrário, eles nos reconduzem ao objeto para sublinhar seus contornos” (BERGSON, 1990, p. 78).

A partir dessas quatro modalidades atencionais, não necessariamente seguindo uma ordem, o aprendiz-cartógrafo passa a percorrer caminhos, destacar linhas, que irão compor com a cartografia. O caminho que se percorre, todavia, não preexiste ao caminhar. Quando nos inserimos nas redes de relações que compõem um território, instalamo-nos em processos já em movimento, no *intermezzo*, mas isso não significa que estes já estão dados.

A perspectiva arborescente da ciência moderna tem como uma das primeiras etapas de seu método a “coleta de dados”, pressupondo que os processos que buscamos acompanhar já estão dados, caberia ao pesquisador encontrá-los. Diferentemente, quando falamos em pesquisa cartográfica, o que era amplamente visto como uma das etapas iniciais da pesquisa, a “coleta de dados”, toma outra direção: não mais buscar informações ou dados que estariam ali, à espera de serem desvelados ou significados, mas habitar um território existencial, acompanhar os processos, assim, poderíamos falar em “produção de dados” por meio de intervenções, produzir os encontros que traçariam os caminhos da pesquisa.

É importante destacar que não ficamos à espera de que os encontros aconteçam, por meio de diferentes instrumentos ou ferramentas da pesquisa cartográfica propõe-se intervir no campo relacional ou no plano da experiência. Nesse sentido, elencamos a princípio, dois instrumentos que foram utilizados nesta pesquisa cartográfica: o diário de bordo do pesquisador-cartógrafo e a entrevista semiestruturada que se dará no âmbito de um equipamento de Saúde Mental de um município do norte do Paraná: um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD).

1.3. Sobre as ferramentas cartográficas: o diário de bordo e as entrevistas

Justamente por não definir um caminho rígido e bem delimitado de instrumentos, as escolhas das ferramentas de pesquisa e o registro fazem parte do movimento de habitar aquele território e definir um objetivo.

Um instrumento selecionado para a presente pesquisa cartográfica foi a realização de entrevistas semiestruturadas com dois usuários de substâncias psicoativas e quatro profissionais da equipe de saúde mental de um CAPS AD. A princípio, como pontuam Tedesco, Sade e Caliman (2016, p. 93), não existe um método de entrevista cartográfica propriamente dito, o que se busca é um manejo cartográfico da entrevista, que se realiza não por seguir uma forma soberana, mas sim, seguindo um determinado “*ethos* que seria praticado não apenas na entrevista, mas em toda pesquisa, desde a construção inicial do campo problemático à narrativa usada no relatório final”. Para tanto, nos guiamos por três diretrizes apontadas por Tedesco, Sade e Caliman (2016, p. 99): “1) a entrevista visa não a fala sobre a experiência em si, mas a experiência na fala; 2) a entrevista intervém na abertura à experiência do processo do dizer; 3) a entrevista busca a pluralidade de vozes”.

Diante disso, ao considerar a inseparabilidade entre dois planos da experiência⁷, o manejo cartográfico da entrevista não terá como direção única a informação, o conteúdo dito, mas poderá acessar as diferentes dimensões da experiência, além do conteúdo, as forças, “de modo que a fala seja acompanhada como emergência da/na experiência, e não como representação” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016, p. 97).

As irregularidades do dizer, a entoação, as variações de altura, a velocidade, os silêncios, as repetições, a mímica e os gestos corporais, assim como o uso de composições transgressoras da gramática como neologismos, polissemias, compõe os *signos-enigmas*, que nada mais são do que efeitos diretos do plano dos conteúdos, ou seja, indicadores da variação, da presença da experiência na fala [...]. As variações do dizer presentes nos ritmos, na entonação, nos tropeços, nas palavras, ou seja, nos signos-enigmas, carregam as intensidades da experiência (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016, p. 98).

Dessa maneira, considera-se, além do conteúdo dito, outros aspectos trazidos na experiência do dizer, da performance do falar e narrar a experiência vivida. Nessa perspectiva, a entrevista cartográfica se mostra como um instrumento interventivo, já que

⁷ “A entrevista na cartografia considera a inseparabilidade de dois planos da experiência: a experiência de vida ou o vivido da experiência e a experiência pré-refletida ou ontológica. O primeiro plano refere-se ao que chamamos de “experiências da vida”, que advém da reflexão do sujeito sobre suas vivências e inclui seus relatos sobre histórias de vida, ou seja, o narrado de suas emoções, motivações e tudo aquilo que o sujeito pode representar como conteúdo vivido. Já a experiência pré-refletida ou ontológica refere-se à processualidade, ao plano da coemergência, plano comum, coletivo de forças, do qual advém todos os conteúdos representacionais. Esses dois planos não são excludentes, funcionam em reciprocidade” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016, p. 95).

o manejo da entrevista intervirá em uma abertura do campo relacional, possibilitando a experiência do dizer. Tendo em vista a perspectiva adotada nesse trabalho, optamos pela forma semiestruturada de entrevista, na medida em que nos guiamos por eixos temáticos⁸ (Anexos A e B) sem perguntas diretivas, possibilitamos uma maior amplitude dos conteúdos da fala e da experiência na fala.

Como terceira diretriz, Tedesco, Sade e Caliman (2016, p. 114) resgatam os conceitos de agenciamento coletivo de enunciação⁹, de Deleuze e Guattari (1995), e ao de discurso indireto livre, proposto por Mikhail Bakhtin (1895-1974). Nessa perspectiva, de acordo com as autoras “os discursos são compostos a partir dos discursos de outrem, são oportunidade para que as vozes se misturem umas às outras. Nenhuma subjetividade, isoladamente, funciona como origem das falas ou centro gerador da ideia” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016, p. 114).

O segundo instrumento selecionado para a presente pesquisa cartográfica, como forma de registo das experiências em campo, foi o “diário de pesquisador”, no qual nos implicamos para a produção de textos diarísticos. Conforme Passos e Barros (2020, p. 172): “entender que toda pesquisa é intervenção compromete aquele que conhece e quem (ou o que) é conhecido em um mesmo plano implicacional”. No sentido que caminha Lourau (1993) ao propor o conceito de implicação¹⁰, nos distanciamos de um pensamento arborescente e da ‘neutralidade científica’, dessa forma, se propõe o diário como um instrumento potente de intervenção.

A escrita do diário de campo e as narrativas históricas trazem um escopo importante e rico de empiria e criação na pesquisa, possibilitando o trabalho vivo da memória e o registro acontecimental das práticas sociais. Os fazeres do cotidiano e a multiplicidade dos acontecimentos ganham um lugar relevante na produção de estudos e análises das experiências enquanto modos de ser, de

⁸Para realização das entrevistas, os participantes foram convidados mediante uma breve explicação da entrevista e a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Foram realizadas em salas do CAPS AD com a presença apenas do participante e o entrevistador. Os áudios foram gravados em aparelho Smartphone e, posteriormente, o material foi transcrito em documento Word.

⁹Em “Kafka: por uma literatura menor”, Deleuze e Guattari (1997) apresentam o conceito de agenciamento tendo dois lados, os agenciamentos coletivos de enunciação e o agenciamento maquínico dos corpos. O conceito de agenciamento, portanto, diz respeito à composição de um conjunto de relações materiais a um regime de signos, por um lado se tem a dimensão da expressão – os agenciamentos coletivos de enunciação – e por outro lado o conteúdo – agenciamento maquínico – (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

¹⁰ “A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica. Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

sentir, de pensar e de agir na história do presente (NASCIMENTO; LEMOS, 2020, p. 250).

O uso dos diários de campo nas pesquisas científicas passaram a ser cada vez mais utilizados após o trabalho de Bronislaw Malinowski (1884 – 1942), esta forma de inspiração etnográfica passou a percorrer a produção de conhecimento, possibilitando um caminho de práticas de pesquisa que se distanciassem do grande “edifício positivista” da ciência moderna.

O movimento institucionalista, na década de 1960, se constitui enquanto outra importante influência teórico-metodológica, lançando destaque à potência dos textos diarísticos, principalmente com a obra de René Lourau (2004) “Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo”, no qual o autor francês irá dizer os diários enquanto “parte original da produção acadêmica”, um “texto institucional” (SLOMP JR. et al, 2020, p. 3).

Por outro lado, o processo de escrita dos diários não atua somente como um registro mnemônico, é um processo de subjetivação. Nesse sentido, seguindo as pistas deixadas por Michel Foucault (2006, p. 145), em “Ditos e Escritos”, entendemos a prática da escrita em diário também a partir de sua potência de transformação daquele que escreve.

Na obra supracitada, o autor apresenta partes de seus estudos sobre “a estética da existência e o domínio de si e dos outros na cultura greco-romana, nos dois primeiros séculos do Império”, tendo como tema a “Escrita de si”. Esse texto contorna o uso do texto diarístico¹¹ como um importante instrumento de transformação de si mesmo, na direção da produção de uma estética da existência. Kroef, Gavillon e Ramm (2020, p. 470) irão destacar que a escrita da experiência, das cenas e falas vividas, dos encontros produzidos no caminhar da pesquisa pode “produzir reflexões que levam ao surgimento de outros afetos, os quais disparam novas análises” e, também

auxilia a produzir e acompanhar essa atitude atencional aberta, ao mesmo tempo que amplia a presença da pesquisa no cotidiano do(a) pesquisador(a). A escrita e leitura do diário, ao atuar na produção da atenção, reconfigura a

¹¹ Esses textos constituíam uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas; assim, eram oferecidos como um tesouro acumulado para releitura e meditação posteriores. Formavam também uma matéria prima para a redação de tratados mais sistemáticos, nos quais eram dados os argumentos e meios para lutar contra uma determinada falta (como a cólera, a inveja, a tagarelice, a lisonja) ou para superar alguma circunstância difícil (um luto, um exílio, a ruína, a desgraça) [...] Não se deveria considerar esses hupomnêmata como um simples suporte de memória, que se poderia consultar de tempos em tempos, caso se apresentasse uma ocasião. Eles não se destinam a substituir as eventuais falhas de memória. Constituem de preferência um material e um enquadre para exercícios a serem frequentemente executados: ler, reler, meditar, conversar consigo mesmo e com outros etc. (FOUCAULT, 2006. p. 147-148).

relação com o tema de pesquisa e mobiliza memórias relacionadas (KROEF; GAVILLON; RAMM. 2020, p. 467).

Diante disso, os diários se constituem enquanto uma importante ferramenta de pesquisa na medida em que procuramos provocar deslocamentos com relação aos dualismos historicamente instituídos pela tradição “positiva” de ciência, já que estes incluem no processo de registro da pesquisa pesquisadores e pesquisados, movimentos e afetos.

Nesse percurso, o diário de pesquisador foi povoado por diferentes documentos, ao mesmo tempo, desde as anotações tomadas em uma caderneta durante as reuniões de equipe, a transcrição de entrevistas em conjunto com as afetações proporcionadas por tais encontros, a narrativa de cenas cotidianas e de encontros inusitados em pontos de ônibus, no balcão da cozinha, no jardim e corredores, as muitas idas e vindas, por entre as diferentes linhas de ônibus, captando para além do que se via e ouvia, mas tudo que afetava meu corpo, seja o cheiro forte do córrego, o aroma envolvente de um café recém passado, ou uma música do Febem¹² que tocava em meu fone.

1.4. Habitando um território existencial

Diante do exposto, a pesquisa-intervenção se realiza em um território existencial, em um plano de coemergência da experiência, o qual não conhecemos de antemão, estamos sempre em uma posição de aprendiz-cartógrafo, não podemos garantir previamente todos os procedimentos adotados na pesquisa, tampouco todos os instrumentos acionados. Pelo fato de a cartografia ser um método não prescritivo, a escolha dos instrumentos, dos procedimentos, se dá no processo de habitar aquele território existencial.

Por um lado, chegava ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas como que num mar sem timoneiro, sem saber qual direção seguir, e um questionamento intermitente: “o que estou fazendo aqui?”. Por outro lado, me sentia compartilhando um território e aberto às possibilidades dos encontros. E quanto mais se intensificavam os questionamentos do cognitivista que habita em nós, mais ouvia Paulinho da Viola: “Quem me navega é o mar”.

¹² Rapper de São Paulo.

Ainda no início da pesquisa nos encontramos com àquela concepção de pesquisa mais tradicional. Era esperado que ao ‘entrar em campo’, o pesquisador já tenha um objetivo geral, objetivos específicos, uma metodologia planejada e com cronogramas de execução, hipóteses, e que passaria ao campo para confirmar ou não tal hipótese, ou para delinear a representação de um objeto. Diante disso, uma dificuldade, já no primeiro encontro com o diretor do CAPS AD, foi nos depararmos com a questão do sentido de como esta pesquisa iria ser desenvolvida e quais os objetivos. Ou antes mesmo disso, no aparato burocrático de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, essas questões já nos pressionavam, com o poder de permitir ou não a minha inserção no CAPS AD. Diante disso, a importância da sistematização de pistas e de diretrizes para pesquisa cartográfica e, por isso mesmo, esse texto não poupa esforços em realizar uma defesa do método cartográfico.

Não foram raras as ocasiões em que, durante o trajeto para chegar até o CAPS AD, os questionamentos que mais reverberavam em nosso corpo poderiam ser ilustrados como: “O que vou fazer aqui hoje?” e “O que estou procurando? “O que tenho encontrado?”. Essa experiência mostrou, dentre outras coisas, as diversas dificuldades que se impõe ao traçar uma cartografia, a ousar romper com um paradigma muito enraizado de produção de conhecimento científico.

A inserção no Centro de Atenção Psicossocial se realizou por meio da participação nas reuniões da equipe de saúde, no acolhimento de usuários, no acompanhamento de oficinas terapêuticas. Também compõem com as narrativas produzidas por esta cartografia os encontros com servidores nos corredores e na cozinha durante um café, além de encontros com usuários em diferentes espaços dessas instalações, e até mesmo no trajeto, na espera em ponto ônibus, no percurso até o terminal rodoviário de transporte. Nesse sentido, destaca-se que todos os encontros foram registrados também no diário de pesquisador. Além disso, também pudemos realizar entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais da equipe de saúde disponíveis para participarem e com dois usuários do CAPS AD.

1.5. Políticas de narratividade no âmbito da pesquisa cartográfica

Os registros que compõem com a pesquisa, desde os registros em diário de campo, transcrições de entrevistas e o texto do relatório final da pesquisa, de certa maneira, se

tratam de um trabalho com narrativas. Conforme Passos e Barros (2020, p. 150), “no trabalho da pesquisa e da clínica, de alguma forma é sempre de narrativas que tratamos”.

Com relação ao registro, tanto do diário quanto no texto final da dissertação, tem-se uma certa maneira de narrar. Em um certo dia, estávamos escrevendo registros no diário de pesquisa, percebemos um texto puramente descritivo e sentimos uma necessidade de romper com essa velha forma de anotações. Talvez aquele movimento possa indicar que se tratando de pesquisa, estamos, em certa medida, tratando de narrativas, “os dados coletados a partir de diferentes técnicas indicam maneiras de narrar” (PASSOS; BARROS, 2020, p. 150). Quando há pouco falamos sobre o manejo cartográfico, pontuamos também uma direção, um *ethos* que vai desde a escolha do objeto, da entrada no campo, das intervenções, do manejo da entrevista e do registro em diário de pesquisa.

Dessa forma, ao realizarmos uma pesquisa cartográfica, buscamos uma direção ético-política, e a escolha da maneira de registro também é uma escolha politicamente implicada. Por isso entendemos a importância de pensar que existem políticas¹³ de narratividade, que são entendidas como uma “posição que tomamos quando, em relação ao mundo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece” (PASSOS; BARROS, 2020, p. 151). De acordo com a pista “Por uma política da narratividade”, proposta por Regina Benevides e Eduardo Passos:

A escolha desta posição narrativa¹⁴ (ethos da pesquisa/ethos da clínica) não pode ser encarada como desarticulada das políticas que estão em jogo: políticas de saúde, políticas de pesquisa, políticas da subjetividade, políticas cognitivistas. Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se

¹³ A política é a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais. Não mais pensada exclusivamente a partir de um centro do poder (o Estado, uma classe), a política se faz também em arranjos locais, por microrrelações, indicando esta dimensão micropolítica das relações de poder. (FOUCAULT, 1997 *apud* PASSOS E BARROS, 2020, p. 151)

¹⁴ Essa tomada de posição narrativa vai na direção de um conceito estético deleuze-guattariano, denominado literatura menor. Em “Kafka: Por uma literatura menor” (1997), os autores partem de como, mesmo sendo uma pessoa de origem tcheca e judia, Kafka não escrevia nem em tcheco, nem em ídiche (idioma relacionado a tradição judaica) mas em alemão, o idioma oficialmente ensinado nas escolas, que por sua vez “engendra as ideologias da Nação” (DELEUZE; GUATTARI, 1997). A partir disso, vão argumentar que, “uma literatura menor não pertence à uma língua menor, mas antes, à língua que uma minoria constrói numa língua maior” (p.38), tal como Kafka, ou até mesmo Lima Barreto, Franz Fanon. A respeito desse movimento operado por tais autores, diz-se que numa literatura menor há um forte coeficiente de desterritorialização. Nesse sentido, Deleuze e Guattari (1997, p. 39) citam o exemplo das populações negras com relação ao idioma norte-americano. Diante disso, diferentemente de uma tradição de literatura que ligava questões individuais a outras questões individuais, colocando o socius como ambiente de fundo, na literatura menor as questões individuais estão “imediatamente ligadas à política [...]. A questão individual, ampliada ao microscópio torna-se muito mais indispensável, porque uma outra história se agita no seu interior (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 39)

dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente (PASSOS; BARROS, 2020, p. 151).

Portanto, os discursos e enunciados que antes remetiam sua origem a um sujeito individuado, ou a uma ‘interioridade’, destacam seu caráter político e seus contornos que não são individuais, mas coletivos. Assim, “o enunciado não aponta para um sujeito de enunciação que constitui a causa, nem para um sujeito do enunciado que seja o efeito [...]. Não há sujeitos, só há agenciamentos coletivos de enunciação¹⁵ (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 41).

De acordo com o que tem sido pontuado nessas considerações metodológicas, a construção desta dissertação não tem o intuito de ser a representação linguística de um processo de pesquisa, faz parte da pesquisa-intervenção. Portanto, temos um cuidado para que esse texto não seja fechado em si, que ele delimite um campo, pelo contrário, parece interessante que tenha a possibilidade de servir enquanto uma ferramenta que favoreça a multiplicidade. Os textos dessa pesquisa não irão buscar uma neutralidade, como de maneira sensível nos disse Eduardo Galeano (1940): “nas margens do rio San Juan, o velho poeta me disse que não se deve dar a menor importância aos fanáticos da objetividade”. Compusemos com nossa narrativa contos, músicas, diferentes referências, e não eliminaremos aquilo que nos afeta, não procuraremos endossar a dicotomia objetividade-subjetividade. Antes de significar ou representar é preciso que esse texto afete, que possa fazer rizoma com o mundo, que possa se conectar na produção de novos arranjos.

Desse modo, optamos por não realizar longas definições de conceitos, dizendo o que é cada coisa, mas sim, ofertamos ao leitor algumas pistas das concepções e práticas que norteiam a produção dessa pesquisa. Essa cartografia que perpassa desde as mais antigas vivências no dispositivo das drogas por meio da televisão, o encontro com outras perspectivas por meio das músicas, artes e da contracultura, o engajamento em um movimento social de cunho Antiproibicionista e a inserção em um campo de produção de conhecimento, é um cuidado de colocar em palavras alguns dos encontros que fazem parte da composição desse texto. Assim, é a partir desses agenciamentos que batemos às portas

¹⁵ O conceito agenciamento coletivo de enunciação se compõe com a pragmática bakhtiniana, em suas análises do discurso indireto livre, no qual o discurso transmitido e o agente de enunciação são ao mesmo tempo conjuntos e distintos. Segundo Sauvagnargues (2010, p. 27), “O discurso indireto livre, que exibe a espessura sociológica real do discurso em sua poli tonalidade, prepara assim o conceito de agenciamento coletivo de enunciação em Guattari”. Se trata dos discursos nos discursos, a pluralidade de vozes que compõem um enunciado, e o afastamento de um sujeito do enunciado numa perspectiva individualista, mas a produção coletiva dos enunciados.

do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, com intuito de acompanhar processos que engendram a atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 2

ANDANÇAS DE UM CARTÓGRAFO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Ao acabar a reunião segui em direção ao ponto de ônibus. Logo na saída do CAPS AD, bem à frente, existe uma mercearia, com uma porta aberta na qual se enxerga um senhor atrás de um balcão e uma estante repleta de litros de bebidas alcoólicas. A pintura vermelha da parede se compõe com as cores laranjas da propaganda da marca de cerveja patrocinadora.

Fazia algum tempo que não fumava um cigarro, mas juntei duas moedas no bolso, entrei no estabelecimento e pedi um cigarro avulso.

Quis fumar enquanto esperava o ônibus. Estava muito sol, e quando chego à metade do cigarro, um jovem saía do CAPS AD e vinha em direção ao ponto de ônibus.

Ele se aproxima com um andar despojado e me pergunta se ali passaria o ônibus para o terminal urbano municipal. Respondo que sim e ele senta ao meu lado no ponto de ônibus. Então, me pergunta: “cê tem mais um desse aí pra salva irmão?”. Eu não tinha, mas ofereci a metade que ainda queimava e respondi: “só tenho esse mano, mas se quiser pode pegar a segunda bola”. Ele agradeceu e sentou ao meu lado para terminar o cigarro.

Enquanto saboreava a fumaça quente, me perguntou se eu morava por perto, ou trabalhava no CAPS. Respondo que não, disse que estava apenas realizando uma pesquisa. Ele me conta com uma expressão alegre que hoje foi o primeiro dia que veio ao CAPS.

Perguntei como havia sido e ele me conta que passou por um acolhimento, e já havia marcado outras três consultas. Quando lhe pergunto como havia se sentido com esse acolhimento, ele me responde com os olhos bem abertos em um tom de surpresa: “Eu achava que quando chegasse aqui eles iam me medicar, internar, ou falar que tava com alguma doença. Mas não foi nem um pouco isso que aconteceu. (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de março de 2022).

Esse encontro em um ponto de ônibus próximo ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) aconteceu nas primeiras semanas de nossa inserção enquanto pesquisador-cartógrafo. O homem de aparência jovem com o qual acabei por dividir um cigarro se trata de Gustavo¹⁶, tem 30 anos e é residente de um bairro periférico

¹⁶ Todos os nomes dos participantes da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios para preservar o sigilo e a confidencialidade das pessoas.

da cidade, com um emprego concursado na prefeitura do município. Enquanto fuma o cigarro lentamente com o olhar fixo para o horizonte, conta que é sua primeira vez procurando ajuda devido às preocupações por não comparecer ao trabalho em dias que “se perdia no rolê”. Ele nunca havia procurado atendimento em saúde relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas, mas se surpreende no encontro com o CAPS AD.

Os contornos que Gustavo tinha sobre a atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas se ilustram a partir de três condutas – diagnosticar, medicar e internar – que são produções históricas e políticas, resultantes de um complexo processo no qual a experiência do uso de “drogas” é sequestrado por práticas, discursos, leis e instituições que tentam colocá-la inteiramente ora no domínio médico ora no domínio jurídico. Não apenas a compreensão dele, como nos conta uma das profissionais entrevistadas sobre os contornos manicomial presentes na população: *“isso era tão forte que, quando os usuários [do serviço] chegavam pela primeira vez, eles não sabiam que o CAPS não é internação”* (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

No entanto, quando Gustavo e eu nos encontramos no ponto de ônibus, ele enuncia com surpresa e animação que não fora internado, diagnosticado ou medicado ao ser acolhido no CAPS AD. E enquanto dá um sorriso por meio do qual escapam-lhe a fumaça do cigarro pela boca e nariz, ele diz: *“não foi nem um pouco isso que aconteceu”*, surpreso diante da ruptura com a expectativa que lhe foi criada sobre a atenção à saúde que encontraria, sorri aliviado.

Os contornos que o homem de aparência jovial tinha a respeito da atenção à saúde e a quebra que acontece ao passar pelo acolhimento do CAPS AD colocam em jogo dois paradigmas distintos no âmbito da saúde. No encontro povoado pela fumaça e odor característicos dos cigarros industrializados, por um lado, encontramos com os fortes contornos de uma perspectiva manicomial, pautada pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013), e que são rompidos a partir do acolhimento em um equipamento de saúde idealizado a partir da perspectiva da Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2009).

Diante disso, traçamos uma linha nessa narrativa na qual nos propomos acompanhar os movimentos em curso no interior de um CAPS AD e percorrer os tensionamentos existentes entre os diferentes paradigmas de saúde.

2.1. Do isolamento na perspectiva manicomial ao acolhimento psicossocial

O receio que Gustavo tinha de, ao chegar ao CAPS AD, ser diagnosticado, medicado ou internado aponta para uma perspectiva manicomial, que ainda é capaz de povoar o imaginário da população, que subjetiva seus contornos e passa a operar enquanto referência de suposto “tratamento”. Segundo Prado Filho e Lemos (2012), o paradigma manicomial opera em uma lógica estritamente biomédica, que tem como lócus privilegiado de atuação o indivíduo considerado “doente” e sua principal estratégia de intervenção se refere à internação e à prescrição psicofarmacológica.

O modelo manicomial se sustenta a partir do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013; AMARANTE, 1996), que historicamente, se desenvolveu e se legitimou durante o período das revoluções capitalistas burguesas do século XVIII. A psiquiatria se desenvolve entre combates pela posse da verdade sobre a loucura, transformando-a em doença mental e “oscilando entre explicações psicológicas ou somáticas” (AMARANTE, 1996, p. 37). Assim, o PPHM - que ao longo dos séculos constrói um colossal edifício de discursos, práticas, hospitais, centros de formação, disciplinas - produziu uma forma de atenção à saúde da pessoa em experiência de sofrimento psíquico com centralidade no Hospital Psiquiátrico (HP), tendo o saber médico como cume hierárquico, privilegiando práticas de internação e outras intervenções muitas vezes, invasivas e violentas.

A surpresa que acomete Gustavo naquela tarde ensolarada de março, diante de sua primeira experiência no CAPS AD é, na verdade, uma quebra daqueles contornos, forçosamente produzidos e cinicamente legitimados. E que serão rompidos por um acolhimento agenciado na perspectiva psicossocial de produção de saúde, que, por sua vez, remete a um processo por meio do qual buscou-se negar o PPHM e produzir transformações em termos de atenção à saúde, discursos, práticas, instituições e, mais explicitamente, uma importante transformação cultural.

O movimento de Luta Antimanicomial no Brasil¹⁷ que opera o rompimento com o modelo manicomial, é inspirado na experiência italiana de Franco Basaglia (1985), que

¹⁷ Seguindo os princípios que nortearam os movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo, no Brasil, travou-se uma longa batalha jurídica permeada por um complexo jogo de forças conservadoras e progressistas. E apesar da aprovação de leis estaduais alinhadas à Reforma Psiquiátrica durante a década de 1990, os esforços do movimento antimanicomial só culminariam em uma lei federal no ano de 2001, após quase dez anos de tramitação no Congresso Federal do projeto que foi aprovado com diversas

na cidade italiana de Trieste, foi responsável por derrubar os muros do hospício, e marchar com os “loucos” pelas ruas da cidade em uma “alegria carnavalesca”, construindo novos espaços sociais para a experiência da loucura e novas possibilidades de ser e existir no mundo. Seguindo as pistas propostas por Michel Foucault (1995, p. 235), o movimento antimanicomial lutou contra as “formas de sujeição, contra as formas de submissão da subjetividade”. Nesse sentido, foram sendo desenvolvidas práticas, saberes, dispositivos que colocassem em curso outros processos de subjetivação, outras possibilidades, capazes de romper com as velhas formas do viver - manicomiais, hospitalocêntrica, hierárquica, autoritária e, sobretudo, violenta. Tal processo almejava profundas rupturas e propunha transformações em quatro dimensões do campo da saúde mental: a dimensão teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural ¹⁸ (AMARANTE, 2007).

É nesse contexto de transformações da Reforma Psiquiátrica¹⁹ que passam a ser criados e debatidos serviços substitutivos que pudessem operacionalizar essa nova forma de se olhar para o sujeito em sofrimento psíquico. Assim, o sujeito que antes era objetivado no discurso de um especialista da psiquiatria e encarnado numa categoria diagnóstica, passa a ser realmente visto como a pessoa que é, em um movimento corajoso de se colocar entre parênteses a doença com o intuito de entrar em contato com o sujeito em sofrimento psíquico (BASAGLIA, 1985).

mudanças em relação ao texto original. Os principais dispositivos de substituição ao modelo manicomial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros dispositivos de saúde mental e que irão constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

¹⁸ De acordo com Amarante (2007), o movimento antimanicomial é um processo complexo, que envolve uma diversidade de forças em atuação que, por sua vez, abrangem quatro dimensões: a) a teórico-conceitual: se dirige a construção de um novo paradigma com o giro epistemológico que a atitude de colocar as doenças em parênteses provoca, é uma dimensão que situa a crítica e propõe a negação do modelo hegemônico, biomédico e psiquiátrico; b) a técnico-assistencial: tem como horizonte a criação de novos serviços substitutivos aos manicômios, preconizando uma perspectiva mais ampla de cuidado; c) a jurídico-política: situada entre as tensões do campo legislativo e político; e, por fim, d) a dimensão sociocultural: na qual os esforços são direcionados para a produção de novos lugares sociais para o sujeito em sofrimento psíquico, buscando uma transformação cultural na relação da sociedade com a loucura.

¹⁹ Em território brasileiro, o processo de Reforma Psiquiátrica se inicia em um contexto sociopolítico bem específico, nos anos finais da década de 1970, em meio a um governo ditatorial militar. Em um regime autoritário que acarretou a perda de direitos fundamentais, forte censura, determinação de prisões políticas, tortura e perseguição de diversos atores sociais. A luta por uma Reforma Psiquiátrica se insere no contexto de transição democrática e de luta pela garantia de direitos. Nesse contexto, no final da década de 1980, surgem os primeiros serviços substitutivos à internação manicomial que, segundo Amarante e Nunes (2018), seria o momento de criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo.

Diante disso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é um serviço de caráter aberto e comunitário que, constituído por equipes multi, inter ou transdisciplinares em sua área territorial, tem por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência. Além de realizar “acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

Nesse contexto, foram criadas diferentes modalidades de CAPS, e nossa inserção acontece no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), destinado mais especificamente a atenção à saúde da pessoa que faz uso abusivo de álcool ou outras drogas.

O CAPS²⁰, por sua vez, não atua com a centralidade que outrora foi usurpada pelo Hospital Psiquiátrico, mas faz parte de uma ampla estratégia de produção de saúde em rede, instituída enquanto política pública no ano de 2011 e denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²¹.

Todavia, no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, diferente da experiência italiana que extingue e nega a figura do Hospital Psiquiátrico na atenção à saúde do sujeito em sofrimento, a lei²² aprovada no ano de 2001, no Brasil: “mantém a internação psiquiátrica como uma intervenção terapêutica válida, caso os recursos extra-hospitalares não sejam suficientes para o tratamento, além disso, impede que a internação seja considerada exclusivamente um ato médico” (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005, p. 305).

Diante da estratégia de trabalho no CAPS AD, que conta com acolhimento, atendimento individual, elaboração do Projeto Terapêutico Singular e oficinas terapêuticas, a atenção à saúde não atua apenas com relação à “doença” ou com relação ao uso abusivo de algumas substâncias psicoativas. Na lógica da Atenção Psicossocial se

²⁰ As ações a serem desenvolvidas nesse dispositivo, segundo a legislação perpassam o acolhimento inicial, acolhimento diurno/noturno, atendimento individual, atenção à situação de crise, atendimento em grupo, práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas, atendimento à família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade, fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares, ações de articulação de rede, matriciamento em saúde mental, ações de redução de danos, serviço residencial terapêutico, apoio a serviço residencial transitório (BRASIL, 2015).

²¹ A portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como finalidade a criação, ampliação e a articulação dos diferentes dispositivos de atenção à saúde no âmbito do SUS.

²² O projeto de lei original “propôs a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos”, bem como, a criação de “recursos assistenciais alternativos, estruturas não manicomiais, como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência”, mas não foi aprovado sem antes sofrer grandes modificações (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005, p. 305).

trabalha em uma perspectiva de saúde que, além de cuidar e apoiar pessoas com experiências de sofrimento psíquico, também se promove um espaço de produção de vida, de exercício de direitos, da ampliação do poder de contratualidade e exercício de autonomia. Na experiência de Leo, um homem, trabalhador e usuário do serviço, destaca-se o seguinte relato:

Aqui eu fui bem recebido, me acolheram bem hoje. É o primeiro dia que venho para ficar mesmo. Eu acho que tem aula de música, aula de canto, acho que tem outras atividades que vou fazer... Ainda só passei pela psicóloga (ENTREVISTA COM LEO, registro de maio de 2022).

Nesse contexto, Isa, trabalhadora do CAPS AD, compartilha conosco o que acredita ser um caminho na produção de saúde, que considera o sujeito em sofrimento nas suas mais diversas relações. Nesse caminho que vêm sendo construído “a muitos pés com usuários de substâncias psicoativas e profissionais da equipe de saúde mental de um CAPS AD”, não se aceita o maniqueísmo dos diagnósticos para acolher a pessoa em sua complexidade, vivenciando às adversidades cotidianas da vida, na relação com seu território, com seu trabalho, com os outros e consigo mesmo. E num suspiro, como quem faz uma pausa alongada para recuperar o fôlego, Isa reconhece o quão difícil é, e pode ser, escolher esse caminho de produção de saúde, mas em tom esperançoso retoma a intensidade em sua fala, em uma perspectiva de futuro:

Acho que é uma evolução muito grande [os CAPS] porque antes os pacientes eram muito mais isolados, socialmente isolados. Nessa forma de atendimento, de centro de atenção, o paciente está inserido na sociedade, no seu território, trabalho, família. Isso é muito mais saudável, não é mais excludente, pelo contrário. Antes da reforma [psiquiátrica] o tratamento era basicamente internar pessoas que eram retiradas do convívio. [...] Essa visão mais aberta é sensacional. Eu acho que é um trabalho difícil, a longo prazo, mas acho muito mais efetivo (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

O que Isa considera uma “evolução”, diz respeito ao caráter territorial e de rede proposto pelos equipamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Com uma fala suave, a trabalhadora consegue contornar o giro epistemológico sobre o qual estudamos nos livros basaglianos, de colocar entre parênteses a doença, eis um êxito da produção de saúde. Quando indivíduos deixam de ser categorizados e lançamos luz e atenção a tudo que escapa à pretensa totalização do diagnóstico, então, estamos falando da vida. Estamos

tratando dos movimentos que não cabem em uma categoria inerte e eterna, mas sim, dando atenção aos territórios, aos afetos, aos encontros e outros movimentos. Ao colocar a doença entre parênteses, é possível que a atenção à saúde se direcione para uma produção e ampliação de vida, relacionando ao processo terapêutico os laços sociais e o poder de contratualidade do usuário, as relações familiares e de trabalho e os diversos agenciamentos que compõem seus territórios²³.

O estabelecimento de um vínculo contribui decisivamente para o processo terapêutico, Laura, uma mulher em processo de transição de gênero, encaminhada ao equipamento de atenção à saúde em virtude do uso de maconha, me conta em entrevista ter sido muito bem recebida no serviço, dando destaque para o fato de estabelecer conversas com diferentes pessoas da equipe: “*aqui me recebem muito bem, converso com um, com outro...*” (ENTREVISTA COM LAURA, registro de maio de 2022). A potência do vínculo aparece também em outro momento, permeado de afeto, quando em um contexto de confraternização entre equipe, servidores e funcionários, Laura pede a palavra e faz um agradecimento emocionado:

Antes de acabar a confraternização, Laura pediu a palavra para fazer um agradecimento à equipe e disse que tem orgulho de todos ali, porque na sua vida por conta da sua perna, da sua orientação sexual e da sua cor, todo mundo olha estranho para ela. Mas ali não! Ela se disse muito bem acolhida (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de junho de 2022).

No dia em que pela primeira vez nos encontramos com Laura no CAPS AD, observamos poucas pessoas sentadas, longe umas das outras, aguardando ouvir seu nome para se encaminharem às salas de atendimento. As quatro pessoas compartilham o entretenimento de uma pequena televisão em um dia de calor intenso. Dirigimo-nos às cadeiras que ficam em frente ao portão de saída, onde corre um vento suave e refrescante. Ao esperar alguns minutos sentado, observo brevemente o ritmo que compunha aquela paisagem melódica²⁴ que poderia se confundir com melancólica. Então, pouso a atenção

²³ Há uma ressalva a se fazer, acerca do território, este não pode ser confundido com apenas um espaço geográfico. O espaço é anterior ao território, que se constitui, por sua vez, enquanto uma composição rítmica²³ perpassada por diversas forças, “o território é o lugar em que se desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência” (SANTOS, 2008, p. 13).

²⁴ “Seria preciso dizer, de preferência, que os motivos territoriais formam rostos ou personagens rítmicos e que os contrapontos territoriais formam paisagens melódicas. Há personagem rítmico quando não nos encontramos mais na situação simples de um ritmo que estaria associado a um personagem, a um sujeito ou a um impulso: agora, é o próprio ritmo que é todo o personagem, e que, enquanto tal, pode permanecer constante, mas também aumentar ou diminuir, por acréscimo ou subtração de sons, de durações sempre crescentes e decrescentes, por amplificação ou eliminação que fazem morrer e ressuscitar, aparecer

na melodia que se enuncia nessa “sala de espera” e procuro acompanhá-la, cartografando assim, os processos em curso nas práticas e discursos deste equipamento. Dessa forma, em uma inspiração institucionalista²⁵, caminhamos entre as forças instituídas e instituintes²⁶ que compõem com este ritmo na organização do trabalho naquele CAPS AD.

2.2. A organização do trabalho no CAPS AD: entre as formas instituídas e os processos instituintes

Antes de nosso encontro em meio ao sol e a fumaça, Gustavo chega ao serviço e passa pelo acolhimento inicial, que é compreendido como o primeiro momento do atendimento no CAPS AD. Nessa direção, após participar de uma reunião de equipe no dia 28 de abril, caminho ao lado de Isa em um corredor bem iluminado pelo sol de outono, até que paramos frente a uma sala, quando ela passa a me contar a dinâmica de trabalho ali realizada:

Começamos uma conversa a respeito da dinâmica do serviço, ela dobra um papel e enquanto faz anotações e me conta sobre dois momentos no atendimento: o acolhimento e a abordagem. O acolhimento é o momento no qual se começa o estabelecimento de um vínculo, acolhendo a demanda trazida por aquele usuário, assinalando os aspectos contratuais do serviço e fazendo o agendamento para os outros profissionais. Isa me conta que, após o acolhimento, é realizado o momento da abordagem, no qual o usuário do serviço passará por atendimento individual com diferentes profissionais da equipe de saúde: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psiquiatra, enfermeira, educadora social e instrutora de artes (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de abril de 2022).

e desaparecer. Da mesma forma, a paisagem melódica não é mais uma melodia associada a uma paisagem, é a própria melodia que faz a paisagem sonora, tomando em contraponto todas as relações com uma paisagem virtual” (DELEUZE; GUATARRI, 2011c, p. 132).

²⁵ “O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível se encontrar pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto analíticos e autogestivo dos coletivos sociais” (BAREMBLITT, 2002, p. 12).

²⁶ Gregório Baremlitt (2002) destaca acerca das instituições duas forças distintas, duas vertentes, denominadas instituído e instituinte, nesse sentido, “o instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica, e o instituído uma característica estática, estabilizada” (BAREMBLITT, 2002, p. 30). Nas palavras de Lourau (2004, p 47) “por ‘instituinte’ entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social. No ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais [...]”

Nessa direção, os acolhimentos e as abordagens são as atividades mais frequentemente praticadas naquele CAPS AD. Júlia, outra profissional da equipe de saúde mental nos conta:

Basicamente são os acolhimentos, que é a entrada inicial, [o momento de] explicar o serviço, dizer como vai ser o tratamento dele. Depois tem a abordagem, que o atendimento aonde ‘pega-se’ um histórico mais detalhado sobre como foi o início do uso, o histórico, como está até hoje... Então, pega-se esse histórico para agendar os demais profissionais. A gente pode fazer oficina, participar das reuniões de saúde mental, mas, no dia a dia, é mais a abordagem e os atendimentos (ENTREVISTA COM JÚLIA, registro de junho de 2022).

O acolhimento desponta enquanto norteador das práticas por meio da escuta qualificada, que incluem as queixas, as angústias, os afetos e o território do usuário que chega ao serviço público de saúde. Nesse sentido, a aposta clínica no estabelecimento de um vínculo terapêutico viria superar as relações hierárquicas, abandonando uma concepção tecnicista e individualizante de saúde.

[...] as cenas de acolhimento configuram-se em momentos de significativa relevância para a construção dos vínculos de cuidado, pois, muitas vezes, irão se configurar como o primeiro contato do usuário com a rede de atenção, podendo contribuir para a produção de percepções e afetações, sendo elas positivas ou não, de maior adesão ou não, com relação aos serviços (OLIVEIRA et al, 2022).

Ao sair do espaço destinado às pessoas aguardarem seu atendimento, ao caminhar por um longo corredor, me encontro com Isa, paramos em frente a uma sala e ela me explica brevemente sobre a dinâmica de trabalho no CAPS AD, distinguem-se dois tempos do atendimento. Enquanto a profissional tecia anotações em um papel de rascunho, seus traços separavam a folha em dois espaços para explicar a composição dos “dois momentos no atendimento: o acolhimento e a abordagem” (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de abril de 2022). Como explicado durante aquela conversa, o acolhimento é considerado o momento de estabelecimento do vínculo. O segundo momento, que ocupava a segunda metade da folha de anotações, corresponde à abordagem:

Na abordagem todos os pacientes têm agendado com profissionais da psiquiatria, psicologia, terapia e ocupacional e se tiver interesse [agendamos] com instrutora de artes, ou demanda mais relacionado a trabalho com educação e serviço social. Obrigatoriamente, psiquiatra, psicólogo, terapeuta

ocupacional e assistente social, todos são agendados de forma individual, e seria teoricamente uma avaliação para depois se discutir o PTS (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nesse sentido, chama-nos atenção a divisão de momentos para a recepção e acolhida dos usuários que adentram o CAPS AD, principalmente, a opção pelo nome de “abordagem” para definir os agendamentos individuais com os profissionais da equipe de saúde. Nessa direção, uma das profissionais da equipe entrevistada tece alguns comentários relevantes sobre o termo “abordagem”:

Essa nossa abordagem, em outros lugares se chama acolhimento, por achar abordagem uma palavra agressiva. Nunca tinha pensado nisso, mas abordagem é muito agressivo, é o mesmo que abordagem policial... E eu pensei, ‘poxa’, e ainda mais com os usuários do CAPS AD, que grande parte tem histórico de confronto, ou de algum impasse com poder policial... (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Diante disso, a prática do acolhimento, por vezes, passa a ser confundida com o primeiro contato com o usuário do serviço em que se parece definir os aspectos contratuais e fazer os agendamentos ambulatoriais

Seria no âmbito do segundo momento do atendimento que se produziria coletivamente um importante dispositivo na produção de saúde, o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular²⁷ (PTS), a produção desse dispositivo, por sua vez, deve ocorrer de forma integral e intersetorial. É interessante como o dispositivo PTS demanda uma postura ativa e de responsabilização de todos atores envolvidos, equipe profissional, usuário e família, diferente da lógica manicomial que situa o sujeito em uma situação de passividade, objetivando-o em categorias diagnósticas. Dessa forma, “acentua a importância da autonomia, do poder a ser resgatado e exercido pelos sujeitos nas relações que constituem seu modo de ser e estar no mundo” (GRIGOLO et al. 2015, p. 56).

O PTS é um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia, o território geográfico onde a pessoa habita, os recursos desse território e – o que é mais difícil de considerar – o território existencial do usuário e seu contexto. E por fim, a potencialidade do sujeito individual e coletivo em questão (LANCETTI, 2015, p. 122).

²⁷ O dispositivo do Projeto Terapêutico Singular “foi pensado com a intenção de romper com as relações manicomiais e com as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas, implica pensar de forma singularizada em como diminuir o sofrimento de um usuário e proporcionar-lhe possibilidades de resgatar vínculos com a vida” (MARCHESAN; FERRER, 2016, p. 138).

No entanto, não se pode perder de vista a necessidade de que o projeto não seja estanque, sendo uma produção processual e coletiva. Diante dessas características, as práticas vão se afastando *pari-passu* da ilusão de uma “evolução” cronológica e linear. Antes disso, destaca-se um caráter de provisoriedade da produção de saúde, e de subjetividade - se fazendo na medida em que se caminha. No entanto, como aponta o relato de entrevista com outra profissional da equipe de saúde:

Eu não acho que exista um PTS, ou existe de uma forma muito precarizada, não percebo que isso aconteça. Ele [o usuário] continua sendo atendido de forma individualizada por todos os profissionais [...] O paciente chegava, ficava na recepção esperando seu atendimento de 30, 50 minutos e ia para casa. Isso que, às vezes, é esperado do paciente... (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Dessa forma, como comenta a profissional entrevistada, a equipe parece ter dificuldades de promover a construção de um PTS que se faria em conjunto com o usuário e familiares no processo participativo sobre as decisões relacionadas às atividades a serem desenvolvidas e que poderiam, por sua vez, estar relacionadas às alternativas e possibilidades de cuidado e atendimento de acordo com as especificidades e particularidades do sujeito em sofrimento psíquico.

Diante disso, a dinâmica dos atendimentos individuais passa a segmentar o Projeto Terapêutico Singular, o confundindo com uma agenda de atendimentos com diferentes especialidades. Conforme alerta Antônio Lancetti (2015, p. 122): “Muitas vezes o PTS se resume a uma agenda: o PTS de fulano é duas vezes por semana no CAPS e consulta psiquiátrica uma vez por mês...”

Nesse contexto, Lancetti explicita sobre a importância da inclusão dos usuários na produção do PTS:

O PTS é como uma flecha propulsora, mas para ser certa precisa contar com o conhecimento e a participação dos usuários. Só pode ser construído com eles [...] daí a importância de elaborar uma cartografia para cada grupo familiar ou cada usuário. Essa cartografia visa ampliar o mundo das pessoas, produzir repetições que provoquem pequenas diferenças. A cartografia é um mapa em movimento e opera em plano inconsciente ou com vários componentes da subjetividade e nos orienta na avaliação passo a passo de cada sujeito singular (LANCETTI, 2015, p. 125).

Conforme a profissional entrevistada, a equipe de saúde orienta aos usuários que: “*é para os pacientes irem quando estiver com agendamento. Por exemplo, ir só com horário agendado*”. Diante disso, a entrevistada conclui que são: “*algumas questões de*

engessamento da instituição, ou de inflexibilidade que dificulta o acesso das pessoas” (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Já vi algumas vezes, eles darem um cartãozinho com os horários de atendimento para pessoas em situação de rua, [mas] é uma pessoa que não tem relógio... onde guardar o papel!?! Às vezes sinto que é uma instituição muito longe da realidade daquelas pessoas. [...] Uma dificuldade, quando o caso do paciente estava mais grave, era marcar outros atendimentos para ele durante a semana, isso se tornava difícil pelo engessamento das agendas (ENTREVISTA COM LUANA registro de dezembro de 2022).

A questão que envolve o tempo de trabalho e o volume de agendamentos remete, em certa medida, a reprodução de uma lógica ambulatorial²⁸, caracterizada principalmente pelos atendimentos individuais, prescrições medicamentosas, e “procedimentos burocráticos de admissão e desligamento (quem nunca ouviu a regra “três faltas perde a vaga)” (TENÓRIO, 2007, p. 17). O engessamento das agendas, a burocratização dos fluxos, nesse serviço dito portas abertas, por sua vez, são algumas das formas instituídas que vão na direção do PPHM.

Outra coisa que tem uma certa resistência por parte da instituição é orientar o paciente que se ele não está bem, ele pode me procurar mesmo sem agendamento. E acaba acontecendo bastante... (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Em um contexto no qual a lógica de atendimentos individuais se encontra fortemente instituída, orientar usuários que cheguem ao CAPS AD, mesmo sem horário marcado, é um deslocamento que se produz e que ‘perturba’ uma suposta ordem estabelecida e naturalizada.

Nessa organização de trabalho, as agendas se distribuem entre os acolhimentos e atendimentos individuais e esparsas possibilidades de oferecimento de oficinas terapêuticas.

Além do atendimento individual o serviço possui duas modalidades de oficinas: as denominadas abertas e as fechadas. As oficinas fechadas são: oficina de desenho, grupo motivacional, grupo de autocuidado, grupo de escuta, grupo de

²⁸ De acordo com Tenório (2007), os ambulatorios de saúde mental surgem no começo da Reforma Psiquiátrica e são implantados em larga escala, no entanto, logo passaram a apresentar a característica dos atendimentos individuais, reprodução das prescrições medicamentosa e obstáculos burocráticos, motivo do qual foram criticadas. Nesse contexto, o CAPS surge como um serviço intermediário, que além de substituir os serviços manicomiais, poderiam superar os percalços acompanhados nos ambulatorios.

família, grupo de mudança de hábitos, grupo redução de danos e o grupo prevenção de recaídas. As abertas são: oficina de escuta, de música, de jogos, práticas corporais e de autocuidado (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de abril de 2022).

Nesse sentido, conforme uma das profissionais entrevistada, também existem oficinas terapêuticas direcionadas para os familiares de usuários:

[...] existem grupos de família, então, mesmo que o usuário não está, o familiar pode ser atendido. Muitas vezes, o familiar sai desse grupo de família e demanda: “olha vamos lá em casa, pra você falar um pouco do CAPS, pra ele te ver...” (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

No ano de 2004, o Ministério da Saúde definiu que os serviços substitutivos do tipo CAPS devem oferecer oficinas terapêuticas, que são uma das principais estratégias de trabalho adotadas nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2004). Conforme aponta Ribeiro (2014, p. 105), as oficinas encontram sua sustentação “na possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo”. As oficinas podem ser expressivas, geradoras de renda ou de alfabetização, no caso do CAPS AD, as que são ofertadas orbitam na dimensão da expressividade, não contando com as de alfabetização ou de geração de renda. Nesse sentido,

[...] as oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor (RAUTER, 2000, p. 260-270).

Em períodos anteriores ao ano de 2022, o CAPS AD contava com uma oficina pela manhã e outra pela tarde, no entanto, a partir da intervenção de profissionais da equipe, foi possível ampliar a oferta de oficinas terapêuticas, bem como inserir uma partícula de flexibilidade que já passava a permitir que a voz dos usuários circulasse de maneira mais ativa.

[...] as oficinas por quem passa por acolhimento diurno, há uma pela manhã e uma tarde, com muita dificuldade conseguimos transformar em duas no período da tarde, no ano de 2022. E os profissionais tentavam se revezar para fazer essas oficinas terapêuticas. E nelas eu acho que conseguimos ser mais flexível,

temos opções de fazer atividades operativas ou grupo de fala. Dependendo do dia e de quem são as pessoas em acolhimento, eles também escolhem o que preferem (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nas nossas andanças cartográficas, participamos de duas oficinas terapêuticas com Mônica, ambas são oficinas que trabalham com modelagem de argila. Sendo uma direcionada ao público feminino e outra ao público masculino, atividades que contaram com uma mulher e dois homens, respectivamente. Dentre os usuários entrevistados, Laura nos conta em diferentes momentos como ela gosta das oficinas, e participamos juntos de uma no dia 08 de junho de 2022.

Também participamos da oficina de modelagem direcionada ao público masculino, e um usuário conta-nos como a participação na oficina de modelagem de cerâmica têm contribuído para uma produção de existência ligada à arte:

O senhor disse que estar no CAPS AD acendeu 'sua veia artística', ele modelou um porta-canetas e, ao final, o fotografou com um certo orgulho. Ao contar sobre as atividades, disse que têm lhe despertado um "artista". Ele me mostra diferentes quadros que foram pintados por ele e por outros usuários do CAPSAD. Me pede que eu o acompanhe ao corredor e me mostra algumas produções que estavam expostas. Ao encerrarmos a oficina, este homem distribui um bombom para cada pessoa na sala. Ele conta que gosta de presentear as pessoas, com uma expressão alegre conta um caso, quando tempos atrás presentou uma pessoa que pouco conhecia na rua, a pessoa lhe agradeceu emocionada e disse que nunca havia recebido um presente em sua vida. Desde então, o senhor que compartilha sua história conosco, sempre que tem oportunidade de distribuir algum presente, assim o faz (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de maio de 2022).

Cristina Rauter (2000, p. 268) destaca como a arte e o trabalho podem ser 'vetores de existencialização, a partir da sua função de "inserção no mundo da coletividade; de rompimento do isolamento que caracteriza a vivência subjetiva contemporânea". Nesse aspecto,

Quando se deseja, por meio da arte ou do trabalho, produzir territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os 'usuários', torná-los cidadãos ...) cresse que está se falando (a meu ver, dever-se-ia falar) não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida. Pois que o plano da produção desejante é também o plano de engendramento do 'mundo humano' (RAUTER, 2000, p. 271).

Ao final de uma das oficinas, Mônica me conta que há algumas semanas atrás a mesma oficina contava com a sala cheia de usuários do serviço, porém, atualmente, a sente esvaziada. Nessa direção, questões que perpassam o trabalho com grupos por meio das oficinas terapêuticas é citado algumas vezes durante as reuniões de equipe, ao passo que essa temática circula pelos espaços.

Dentre as questões, a frustração se apresenta nos/pelos enunciados trêmulos e cansados. Nesses discursos, a dificuldade com relação à oferta de diferentes possibilidades de oficinas se relacionou à temporalidade, a um contexto de sobrecarga de trabalho com equipes reduzidas em pessoal.

Alguns dos profissionais com mais tempo de trabalho relataram uma tentativa frustrada de realizar uma oficina de geração de renda. A princípio nos contaram com entusiasmo as primeiras tentativas de colocar em prática um trabalho dessa natureza, mas não houve continuidade por uma série de questões que aparecem nas falas, desde a gestão aos usuários do serviço de saúde. Diante das experiências frustradas, tão logo que a ideia de realizar uma oficina de geração de renda buscou um pequeno espaço para circular na reunião, houve uma resistência.

Os afetos que desaguam na frustração não têm sua voz somente nas experiências que já não acontecem mais, como no exemplo supracitado, o trabalho com a modalidade de oficinas, no geral, mobiliza e angustia a equipe. A maior dificuldade que sentem diz respeito à continuidade das oficinas terapêuticas, o movimento que parece acontecer com frequência é o de esvaziamento dos grupos, começando com muitos participantes, até que conte com um único usuário, ou até mesmo que se encerrem as atividades.

No CAPS AD percebe-se como sendo muito difícil o trabalho com grupos, é com frustração que enunciam: “Quando se abre um grupo ele começa ‘bombando’ e vai se esvaziando até que se encerra por falta de usuários”. Outra profissional corrobora a percepção da colega: em 13 anos que trabalho no CAPS AD, sempre vê esse movimento acontecer. Muitos usuários “somem”! Movimento que pareceu ser uma frustração compartilhada por toda equipe. Outra psicóloga da equipe conta estar passando pelo momento de fechar oficinas por falta de usuários (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de junho de 2022).

Ambas modalidades de oficinas (abertas e fechadas) são oferecidas em horários comerciais, seja pela manhã ou pela tarde, que é o período no qual o CAPS AD está em funcionamento (no período das 7h às 19h). As oficinas terapêuticas, mesmo que

esvaziadas, permanecem ofertadas, e vão se enchendo novamente conforme novos encaminhamentos chegam ao serviço de saúde, como o movimento de um rio intermitente.

Embora se repitam as ‘cheias’ e as ‘secas’ das oficinas terapêuticas, esse movimento parece não ser tomado enquanto um analisador. Por vezes, esse movimento é entendido como a ‘não-adesão’ ou como uma característica da clientela, como em um relato de uma entrevistada: *“por mais frustrante que às vezes seja o fato de alguns pacientes não aderirem bem ao tratamento”* (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Muito das queixas relacionadas à inflexibilidade de temas, modalidades e horários diversos vêm acompanhada do tempo. Não ter tempo para fazer alguma coisa diferente, não ter tempo para fazer o atendimento de alguém que chegou sem hora marcada, o usuário não chegar a tempo na ‘consulta marcada’, não poder participar da reunião multiprofissional na íntegra para ter tempo de realizar todos os atendimentos da agenda do dia...

Quando a agenda, como é no CAPS AD, está toda preenchida com atendimentos individuais, a gente não tem como ter mobilidade para fazer outras articulações, porque não existe horário para isso (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

A situação de profissionais precisarem se ausentar mais cedo das reuniões foram mais recorrentes aos profissionais ligados à medicina. Em diversos momentos nos quais permanecemos na recepção, muitas das pessoas que ali aguardavam procuravam o atendimento psiquiátrico. Nessa direção, foi colocado em pauta em umas das primeiras reuniões da equipe de saúde na qual pudemos participar, a discussão sobre a situação de usuários acessarem o CAPS AD para o atendimento exclusivamente com a médica-psiquiátrica na busca por medicações, muitas vezes, negando-se a fazer agendamento com outros profissionais.

A pauta que abre a reunião é trazida por Ana, que tem se incomodado muito com uma situação. Segundo ela, tem acontecido repetidamente que usuários ao chegar ao CAPS AD e passar por atendimento psiquiátrico se recusarem a passar por outros profissionais, e quando aceitam o agendamento, faltam (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de março de 2022).

A profissional segue comentando de forma incomodada o fato de muitas pessoas chegarem ao serviço, passarem pela consulta psiquiátrica e depois “sumirem”, não

acessarem os atendimentos pré-agendados com outros profissionais, voltando apenas quando precisam renovar sua prescrição farmacológica, o que, no seu ver, não faz nenhum sentido. De acordo com outra profissional entrevistada:

[...] se a pessoa fala no CAPS AD que ela só quer o psiquiatra, ela é encaminhada para o polo de psiquiatria, por se entender que o trabalho de CAPS é multiprofissional. Eu sempre concordei com essa lógica, mas depois vi que em outros lugares, fazem diferente. Parece que nas práticas de saúde mental, no geral, a psiquiatria acaba tendo um papel muito central, [inclusive] socialmente, muitos já chegam com autodiagnósticos e falando qual é o problema que eles têm em termos médicos... (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nesse sentido, durante uma manhã no CAPS AD, ocasionalmente, nos encontramos com essa demanda pelo usuário Lucas, que vinha pela primeira vez ao equipamento, buscando uma consulta psiquiátrica.

Me sento por alguns minutos em uma cadeira de recepção que fica logo à frente da porta de entrada do serviço, naquele lugar Lucas senta ao meu lado, estava esperando o atendimento psiquiátrico. Por conta disso, não o convidei para uma entrevista, visto que poderia atrapalhar o horário de atendimento, mas enquanto aguardávamos passamos a ter uma conversa, na qual me conta que atualmente toma três remédios e gostaria de uma consulta para substituí-los por não sentir efeitos. Sua busca é motivada pela memória de um remédio que lhe foi dado por uma empregadora, segundo ele, essa “pílula azul” teria “tirado com a mão” a sua ansiedade (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de julho de 2022).

O que se destaca é que, embora a conduta de medicar esteja relacionada ao PPHM, esta faz parte de um processo mais amplo de medicalização²⁹ da vida, o qual se produz

²⁹ Zorzaneli e Cruz (2018) destacam da obra de Foucault dois sentidos complementares: a formação da medicina social e a sanitização das cidades e a medicalização indefinida. O primeiro sentido se relaciona ao processo histórico de formação das cidades e de urbanização e da transformação do hospital em um lócus da práxis médica, entre os séculos XVII e XIX. A medicalização indefinida, por sua vez, faz referência à apropriação, pelo saber-poder médico, das mais diversas dimensões da vida da vida. Em História da Loucura na Idade Clássica, Michel Foucault (2019), através da arqueogenealogia, demonstra como a loucura era entendida e experienciada de maneiras diferentes em diferentes tempos e configurações sociais, políticas e históricas, desnaturalizando o “tratamento asilar”, predominante no século XIX e na primeira metade do século XX. Essa operação que fratura essa suposta linearidade histórica, e naturalização da maneira pela qual a loucura era tratada em sua sociedade coloca em destaque uma importante questão: esse trabalho possibilita a historização de um processo no qual o saber-poder médico circunscreve a loucura ao seu domínio, na passagem do século XVIII ao XIX. O que veio a ser conhecido como medicinal social e a psiquiatria tradicional, de base organicista, foram importantes vetores de força para a materialização desse processo. Esses aparatos teórico-metodológicos, que são basais para a sustentação do que ficou conhecido como Racismo Científico, também possibilitam o acesso do saber poder médico à mais variada

por meio de um complexo processo histórico, do qual se produziu a concepção de que encontraríamos as soluções, curas e respostas em “pílulas supostamente mágicas” da medicina. Nessa direção, como aponta Marconi (2015, p. 13):

O rompimento com o modelo de cuidado praticado no manicômio é algo constante, pois este ainda está presente na demanda que chega aos serviços. São usuários solicitando uma consulta com o psiquiatra, outras já trazem a prescrição do remédio que precisam tomar. Lidar com estas questões é delicado, pois a equipe não pode negar este pedido, tampouco respondê-lo sem algum questionamento.

Quando, em entrevista com a profissional da psiquiatria, retomamos a dimensão da demanda por drogas lícitas, acompanhamos um movimento que, paralelo à reprodução de uma lógica ambulatorial, produz um sentimento de ser reduzida a mera operadora técnica.

Isso é bem chato, além de você sentir como uma máquina prescritora de medicações você vê que na verdade não está fazendo diferença nenhuma na vida daquela pessoa passar uma medicação. Sinceramente, qualquer um com CRM passa... Isso sim é frustrante, ver que o paciente veio em busca de uma pílula mágica que fossem resolver os problemas. eles chegam e falam: “quero parar de fumar”, “tem algum remédio?”, “me passe um remédio para parar de fumar!” (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022)

E, ainda, se destaca que o movimento medicalizador caminha junto com uma expectativa por parte do usuário de que o saber psiquiátrico seria capaz de lhe prescrever com exatidão sua “pílula mágica”, colocando também o profissional em um distanciamento do trabalho em equipe:

É muito difícil também, ficar só nas nossas costas uma expectativa, uma esperança de que tudo que você vai fazer vai resolver a vida quando sabemos que não é assim... (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Em entrevista, a profissional nos conta que o trabalho em equipe multiprofissional sempre a atraiu:

Me vi muito atraída pelo projeto aqui em si [...]. O que eu gosto muito daqui é o trabalho em equipe, que é muito forte, a gente consegue dividir responsabilidades e se ajudar. Então, não fica

gama de comportamentos, sentimentos, condutas e experiências da vida mais íntima e cotidiana das pessoas.

tão pesado, você não se sente tão sozinha, ou perdida num caso grave... (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Quando outra profissional comenta em entrevista sobre sua experiência engajada em um processo de cuidado de um usuário do CAPS AD, o que mais lhe angustia é o fato de não saber se o cuidado que tem prestado é adequado. Diante de sua angústia, sente estar sempre atenta e avaliando, uma avaliação que não é simples, muito menos fácil de se realizar, e quando nos narra essas angústias, sua entonação de voz e ritmo vão diminuindo, quase que se esvaindo:

Acho que a minha maior angústia é saber se aquele cuidado que estou prestando naquele momento está sendo efetivo, para aquilo que a pessoa necessita. Então, eu preciso estar estudando muito. [...] Sinto que sempre tenho que estar me atualizando, por exemplo: efeitos da cocaína no organismo, eu tenho que saber disso para eu saber identificar que aqueles sintomas que a pessoa está sentindo é de uma abstinência ou de um uso. Eu me sinto sempre tendo que estar atenta e avaliando. E essa avaliação nem sempre é muito fácil. Principalmente na saúde mental[...]. Às vezes, tem aquele medo de estar errada, de fazer uma avaliação errada. Principalmente porque eu acho que não tenho formação nenhuma na psicologia, então, eu tenho uma limitação com as questões mais psicológicas. Apesar de estar trabalhando com enfermagem na saúde mental. Então, minha preocupação sempre é em estar prestando esse cuidado efetivo. (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Mas, ao comentar da potência do trabalho em equipe de saúde, sua voz se recupera em intensidade:

O trabalho em equipe é formidável, for-mi-dável. O que me fez ficar no CAPS AD foi justamente isso, essa dúvida de você estar certo ou não, você tendo outros saberes ali junto com você auxilia muito. Muitas vezes nas minhas avaliações eu vou chamar a psicóloga para avaliar comigo. [...] Então, outros saberes, que não exclusivamente o seu, é riquíssimo, não tem coisa melhor. Esse trabalho em equipe, em equipe multiprofissional é muito bom. Aqui a gente tem abertura de todos os profissionais, para trocar ideia, tirar dúvidas... (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Acerca disso, o trabalho em equipe se apresenta enquanto uma importante estratégia que visa o distanciamento de uma lógica médico-centrada, bem como, as reuniões e o diálogo com outros saberes são sentidos como um ponto de segurança, capaz de potencializar os profissionais frente às angústias e inseguranças que perpassam o

trabalho no CAPS AD. O que perpassa a potencialização catalisada pelo trabalho em equipes multidisciplinares é o sentimento de não estar só, de poder contar com outros saberes para juntos construir uma melhor alternativa de atenção à saúde. Apesar dos encontros felizes suscitados pelo trabalho em equipe, no equipamento existem duas equipes distintas, uma que trabalha pela manhã e outra pela tarde, são poucos os profissionais que circulam por ambas as equipes.

Me chamou atenção a comunicação entre as duas equipes que são rigidamente divididas, poucos são os profissionais que circulam com mais suavidade entre as duas equipes. Também existem algumas intercorrências pessoais que acabam por afastar ainda mais o diálogo entre profissionais. Foi até pontuado que existe uma certa rivalidade. Dentro do CAPS AD existe uma dificuldade de comunicação entre as duas equipes, e a dificuldade de comunicação com alguns profissionais determinados que não foram especificados. Também se destacou a dificuldade para acessar aos gestores na Secretaria Municipal de Saúde. Ao que aparenta, a comunicação entre a rede é difícil ou quase impossível e as vezes impossível em diversas dimensões. (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de setembro de 2022).

No que diz respeito aos fluxos de comunicação entre cada equipe entre si, durante as reuniões multiprofissionais das quais participei, as discussões de caso se davam de uma forma horizontal, na qual todos profissionais eram ouvidos, respeitados e não parecia haver uma hierarquia no saber. Não obstante, se por um lado, na discussão de casos havia um esforço de se afastar de um modelo médico-centrado, a dinâmica de agendamentos individuais e o reforço de uma lógica ambulatorial fazem força justamente na centralização do saber médico.

Esse movimento também percorre tensionamentos entre duas lógicas de ‘produção de verdade’, na medida em que as reuniões acontecem de maneira mais horizontal, sem hierarquizar os saberes apontando para um modelo de equipe inter/transdisciplinar, o trabalho centrado em atendimentos individuais mantém as disciplinas especializadas³⁰ do modo multidisciplinar. Percorrendo os caminhos e os

³⁰ Segundo Luz (2009, p. 307): “Coexistem, portanto, no campo, de modo integrado ou paralelo, três modelos discursivos, tanto em relação aos saberes disciplinares, como em relação às práticas de intervenção e às formas de expressão científica (artigos, livros, capítulos, projetos e programas de intervenção e avaliação).”

Diante disso, o autor distingue os três modelos em: o modelo multidisciplinar, que tem por característica a distinção das diferentes disciplinas, profissionais de diferentes áreas atendendo o usuário de maneira independente, a interdisciplinaridade que aponta na direção da intersecção entre especialidades, na qual se discute a situação do usuário a partir de pontos comum entre diferentes especialidades (BUCHER, 2003); e por fim “desponta a produção discursiva comunicativa horizontalizada (não hierarquizada, em

ritmos do CAPS AD, nos encontramos com aspectos instituídos como a organização fixa das agendas, uma dinâmica ambulatorial de consultas individuais, e em certa medida, no que diz respeito às relações que se estabelecem entre equipes, entre equipes e usuários e a relação com os espaços físicos. Enquanto pesquisador-cartógrafo, em muito nos vimos perpassados por intensidades do ritmo que se produzira no interior do equipamento de saúde, o circuito sala de ‘espera-sala de consulta-casa’ não proporciona tempo para a convivência. Sentimos esse movimento a partir da dificuldade de realizar entrevistas com usuários, dos muitos que se encontravam no CAPS AD, a maioria aguardava seu horário agendado e daqueles que saíam do atendimento, muitos se negavam a participar, pois iam direto para casa ou voltariam ao trabalho.

Quando se abordava algum usuário que estava pelo CAPS AD, era necessário que este já tivesse passado pela sua consulta, se não ele poderia se atrasar e não conseguir outro horário. Para realizar entrevistas com profissionais era necessário aguardar que algum dia sobrasse algum tempo, que viria através da falta de algum usuário que estava agendado ou do baixo fluxo de movimento. Diante desse cenário, por mais que percorrêssemos os espaços do CAPS AD em diferentes turnos (manhã ou tarde) e em diferentes dias da semana, não via a produção de um espaço destinado para convivência.

Por fim, o mapa que traçamos nesse tópico perpassam algumas das forças instituídas que se apresentam fortemente na organização e dinâmica do CAPS AD – lógica ambulatorial, a burocratização do PTS, a inflexibilidade na oferta de oficinas terapêuticas, as relações entre os profissionais da equipe, a relação da equipe com o usuário e deste com o espaço do CAPS AD – estas ao não serem colocadas em análise, permanecem e se afastam da força motriz da Reforma Psiquiátrica que é o processo de desinstitucionalização³¹.

termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares, através da proposta da transdisciplinaridade. A produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação” (LUZ, 2009, p. 309).

³¹ A desinstitucionalização é um processo complexo que envolve as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007). A partir da experiência italiana, Rotelli et al. (1990, p. 36) caracteriza três aspectos desse processo: “a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação do manicômio [...] Esses três aspectos da desinstitucionalização representam, entre outras coisas, condições graças às quais é possível eliminar a internação do conjunto das estruturas e competências psiquiátricas. Ou mais precisamente, que através desse percurso a desinstitucionalização suprime a internação liberando a Psiquiatria de seu objeto. A desinstitucionalização transforma as necessidades dos doentes, dos operados e da comunidade [...]”

Por outro lado, existem os movimentos instituintes que caminham na direção da Atenção Psicossocial, como o trabalho com oficinas, os movimentos que promoveram mais flexibilidade na dinâmica de trabalho e, sobretudo, o fortalecimento do trabalho em equipe.

Passaremos agora, a percorrer outros compassos desse ritmo, que colocam em cena a dimensão do CAPS AD em relação com outros equipamentos da RAPS, instituições asilares e com o território.

2.3. CAPS AD em diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial e outros âmbitos territoriais: as linhas que formam uma rede

O trabalho em rede surge como uma estratégia importante no processo de desinstitucionalização, oferecendo aos usuários atenção à saúde em diferentes níveis, modalidades e territórios. Para que o cuidado em rede se efetue, no entanto, é necessário que os fluxos e a comunicação entre os diferentes equipamentos estejam presentes. É preciso que se tracem linhas que irão conectar cada nó da rede.

Ao participar de uma reunião de equipe, uma das profissionais inicia suas colocações trazendo a atualização de um caso, em certo momento de sua fala, enuncia com surpresa terem conseguido resposta de outras instâncias da RAPS:

No que diz respeito aos fluxos de comunicação que o CAPS AD estabelece com outros dispositivos da rede, apesar de sua proximidade geográfica com o CAPS III, profissionais da equipe têm certa dificuldade de comunicação, principalmente no que diz respeito aos encaminhamentos. Já no que diz respeito à comunicação que se estabelece com a Atenção Básica, acontece de maneira esporádica e pontual, a partir de algum caso ou demanda específica relacionada ao uso do álcool e outras drogas. Contudo, o fluxo da comunicação constante já aparece como dificultoso, tendo que “procurar o número de um, ligar pra outro”. O que foi enunciado com milagre foi a pronta resposta que tiveram com serviços que compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Parece existir uma dificuldade de comunicação entre os serviços de alta e média complexidade e os serviços de atenção básica, com o CAPS AD (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de setembro de 2022).

A trabalhadora entrevistada comenta mais uma questão e, após alguns compassos mistos de silêncio e suspiro, ressalta uma descontinuidade com relação à rede, dos vários nós que não se encontram:

[A Rede de Atenção Psicossocial], muitas vezes, não funciona. Existe uma quebra, uma descontinuidade no cuidado, nos atendimentos, que as vezes na outra porta, no outro serviço não é igual aquilo que pensei que pudesse ser... Então, é muito difícil... (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Quando se propõe uma Rede de Atenção Psicossocial com atuação territorial e comunitária, faz-se necessário a articulação de ações conjuntas entre os diferentes equipamentos de saúde (Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviço Residencial Terapêutico, Unidades Básicas de Saúde) e de outras secretarias, como os serviços de Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social) caminhando na direção de uma perspectiva de atenção integral à saúde. Todavia, essa comunicação no cotidiano do CAPS AD se mostra dificultosa, segundo uma das entrevistadas, essa dificuldade se relaciona à uma falta de matriciamento em saúde mental:

A comunicação [entre a rede] existe, mas ainda é muito aquém do necessário. Acho que estamos muito mais naquela questão de posso encaminhar para aquele serviço que lá tem aquele suporte. Mas essa comunicação não tem muito, não é eficaz... Existe sim, mas com alguns casos mais grave, existe. Existem reuniões de rede, reuniões de saúde mental. Isso, desde que foi efetivado realmente, a comunicação entre as unidades ficou muito melhor. São reuniões semanais da rede de saúde mental. Acho que nesse ponto a melhor referência de comunicação e trabalho em rede são essas reuniões de saúde mental. Mas ainda não temos contato com muitos lugares. Alguns casos mais graves, quando a gente precisa a gente vai atrás, daí faz contato com UBS, psicólogos, enfermeiros. Existe essa troca, mas não é algo muito sistematizado. Existiam aquelas reuniões na emergência psiquiátrica, que não acontecem mais. Então, algumas coisas funcionam, param, voltam... Falta um matriciamento, que é o CAPS nas unidades [UBS], nos serviços, pra que possam entender [nosso trabalho]. Vem muitos encaminhamentos errados. Porque os outros não entendem muito bem o nosso serviço (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Nesse sentido, os diferentes equipamentos da rede têm dificuldades para estabelecer um fluxo de comunicação mais constante que só se realiza esporadicamente. O Apoio Matricial desponta como uma estratégia do Ministério da Saúde que objetiva facilitar o movimento dos fluxos na RAPS, articulando os equipamentos de Saúde Mental e a Atenção Básica. “Em outras palavras, o Apoio Matricial surgiu a partir da constatação

de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo” (DIMENSTEIN et al. 2009, p. 66).

A não realização do matriciamento e dos direcionamentos adequados de fluxo afetam o CAPS AD com uma grande quantidade de encaminhamentos equivocados. Durante algumas reuniões de equipe que pudemos participar, foi recorrente as pautas que se ocuparam dos encaminhamentos. Nesse sentido:

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos por excelência. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica [...] É necessário melhorar a articulação desses serviços com atenção básica para que as equipes dos CAPS se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica, que pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (DIMENSTEIN et al. 2009, p. 67).

Dentre outros desdobramentos, a descontinuidade e as dificuldades de comunicação posicionadas pelas profissionais entrevistadas se relacionam ao contexto de ataques à saúde pública e aos equipamentos da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, o referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que vinha sendo construído desde os anos 2000, foi responsável por orientar o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que criados no ano de 2008, foram considerados a principal estratégia de matriciamento até recentemente. Todavia, mesmo as equipes do NASF desempenhando um papel tão importante na RAPS, numa grande ofensiva contra a Saúde Pública brasileira, o governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, no ano de 2020, publicou uma nota técnica³² que acabou com a obrigatoriedade de as equipes multiprofissionais estarem vinculadas ao modelo NASF, o que somado ao contexto de subfinanciamento, tornou ainda mais precários os fluxos que vinham sendo construídos com as conquistas da Reforma Psiquiátrica.

A equipe do CAPS AD realiza o movimento de ir à Atenção Básica e fazer a busca ativa de usuários, mas esse movimento acontece a partir do surgimento de demandas específicas, sejam elas vindo das UBS, demanda direta de familiares ou vias judiciais:

Geralmente quem faz o serviço de busca ativa é a assistência e os educadores sociais. E, geralmente, é quando a UBS solicita ou

³² BRASIL. Nota Técnica nº 3, de 20 de janeiro de 2020. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: 2020.

quando familiar liga desesperado no CAPS, ou quando a justiça manda... Tem muitos casos que são judiciais, e aí tem que fazer a busca ativa (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Aparece no horizonte de alguns profissionais a necessidade da presença do CAPS AD nas UBS e inseridos nos territórios com maior frequência, que colaboraria tanto com relação aos fluxos de encaminhamentos da RAPS, bem como, na vinculação de usuários.

Pensando na lógica do matriciamento, que os CAPS partiriam para atenção básica, não só o AD, mas os CAPS no geral aqui na cidade. Não temos avançado muito com relação a isso, com uma rotina de estar no território, entender quais as demandas daquela UBS, de quais dificuldades os profissionais têm de atender álcool e drogas. Isso ainda é muito incipiente, porque ficamos muito “apagando incêndio”, ficamos só dando conta de demanda, demanda, demanda... E o que era para trabalhar lá acaba ficando e nunca dá tempo (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nesse contexto, o que se desenha é uma rede um tanto quanto fragmentada, marcada pela descontinuidade: a descontinuidade dos fluxos de comunicação e encaminhamentos, das iniciativas e, também, do movimento de “ir ao território”, no sentido da lógica do matriciamento. Na direção do que foi observado por Sampaio e Bispo Junior (2021, p. 9), a “fragilidade na integração entre a saúde mental e os demais serviços da rede e a sobrecarga de alguns serviços propiciaram a centralização do cuidado nos CAPS e na enfermaria especializada no hospital geral”.

Nesse contexto, a RAPS do município conta com CAPS AD, CAPSi, CAPS II e CAPS III, e desde o ano de 2015 três desses equipamentos (CAPSi, AD e III) foram realocados para um “complexo de saúde mental”. São três construções de estrutura igual com letreiros na fachada que as diferencia. O complexo foi construído em uma região periférica da cidade.

Quando pela primeira vez embarco em direção ao CAPS AD, encosto a cabeça próximo à janela do ônibus e observo o movimento que as paisagens fazem. O caminho que tinha contornos de prédios, carros e sinaleiros passou a ser tomado por casas, umas pequenas, outras bem grandes, e cada vez menos carros e menos sinaleiros. Menos calçadas em boas condições. Menos condições de acessibilidade. Aumento de ‘mato’. córrego, cheiro forte. Parei. Desci do ônibus e subi um quarteirão na qual se encontram três construções. No final do quarteirão o CAPS III, no meio o CAPSi e na esquina de cima o CAPS II AD (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de março de 2022).

Uma das profissionais entrevistadas comenta sobre a localidade do CAPS AD e ressalta que o acesso para os usuários se faz bastante dificultoso:

Aqui, por exemplo, é muito distante do centro, distante de outros bairros. O acesso é bem ruim, tem pacientes que precisam pegar dois ônibus: vão até o terminal e do terminal vem pra cá. Tem que sair muito cedo de casa. [O problema é que] tem aqueles que trabalham. Não é fácil de acesso... (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Em período anterior ao ano de 2015, o CAPS AD estava em uma localidade que ficava mais próximo ao terminal urbano e às regiões centrais da cidade, o trajeto que levava do terminal urbano ao CAPS AD levava cerca de 15 minutos. Como um dos desdobramentos dessa mudança, outra profissional da equipe de saúde nos conta:

Ah, quando mudamos o pessoal da Zona Norte tinha bastante preconceito de vir pra cá. Nessa mudança perdemos muitos pacientes que eram de lá... [Muitos] tinham medo de entrar nesse bairro que tinha uma fama bem... difícil né!? Então, nessa mudança perdemos bastante pacientes (ENTREVISTA COM JÚLIA, registro de junho de 2022).

Ao contar mais sobre o bairro no qual se encontra o CAPS AD, a profissional comenta sobre sua compreensão em relação ao novo local onde o serviço de saúde foi construído e aponta alguns desdobramentos:

[...]o bairro aqui é mais perigoso, nós temos hoje aqui um bar em frente ao CAPS, é bastante difícil para o paciente. Existem as bocas de fumo muito próximas. Alguns pacientes queixam que quando saem daqui chegam ali no ponto de ônibus já tem alguém ali oferecendo. Eu sei que tem acesso na cidade toda, mas aqui tem uma peculiaridade (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

A percepção traçada por Isa, na qual o bairro em que está o CAPS AD é marcado por ampla oferta de álcool e outras drogas, é reiterada por outra profissional da equipe de saúde entrevistada:

Aqui é um bairro que tem muita oferta de substâncias [psicoativas], isso é uma fala dos próprios pacientes, gente na porta oferecendo. Tem um bar logo a frente... (ENTREVISTA COM JÚLIA, registro de junho de 2022).

Em relação à questão geográfica, se soma um outro agenciamento relacionado à divisão territorial dos grupos que controlam o comércio de substâncias ilícitas na cidade:

Tem grupos de outros bairros que não podem vir para esse bairro, porque existe uma rixa. Existem pacientes que não vêm porque dizem: “sou proibido de entrar lá [no bairro do CAPS AD]. Se eu entrar, eles vão me matar”! (ENTREVISTA COM ISA, registro de abril de 2022).

Em contrapartida, Júlia pondera sobre uma outra população que antes não procurava atendimento no CAPS AD, mas que passou a frequentar e, conseqüentemente, o serviço passou a atender um maior número de pessoas da Zona Sul. Bairro que é enunciado e ilustrado por situações de vulnerabilização social produzidas pela ausência de Políticas Públicas e Programas Sociais, disputas de grupos criminosos e ampla oferta de drogas.

Em contrapartida os pacientes daqui quase não procuravam, porque é um bairro aonde antigamente era muito forte a busca pela substância, então, o pessoal daqui não procurava. Aí temos percebido uma mudança, pessoas próximas daqui tem buscado tratamento. Foi diminuindo um pouco o preconceito. (ENTREVISTA COM JÚLIA, registro de junho de 2022).

Diante disso, uma das profissionais entrevistadas considera que deveriam existir na RAPS do município ao menos dois CAPS AD, um com área de abrangência na Zona Norte e outro, na Zona Sul.

É notório que a mudança de região que se realizou no CAPS AD também provocou um deslocamento na relação que se estabelecia entre um determinado território e os CAPS's. A presença dos diferentes equipamentos de saúde mental nesse bairro provocou uma maior procura e uma gradativa aproximação entre pessoas que não buscavam atenção à saúde e a RAPS. Destaca-se a respeito disso a importância de fortalecer a articulação entre os CAPS e a Atenção Básica na efetivação de um cuidado territorial. Da maneira que está organizado, “o complexo dos CAPS's” parece formar uma ilha que ora se aproxima ora se distancia do funcionamento em rede.

Vislumbrando outra gama de complexidades, além dos equipamentos de saúde do SUS que fazem parte da RAPS, outras instituições privadas perpassam o CAPS AD. São instituições de caráter manicomial que recebem verba pública e disponibilizam vagas para o SUS, como o Hospital Psiquiátrico e àquelas que se auto intitulam “Comunidades Terapêuticas”.

A própria existência de um Hospital Psiquiátrico, como dizem com eufemismo para se referir ao manicômio, já produz efeitos e desdobramentos na organização,

funcionamento e atuação dos diferentes equipamentos de saúde que comporiam uma rede de atenção e cuidado em saúde mental (BASAGLIA, 2010). No entanto, têm se naturalizado a concepção de que o HP faça parte da RAPS. Nesse contexto, estão presentes no CAPS discursos que versam com outros modos de atenção ao sofrimento psíquico, como exemplo, algumas ideias provenientes das tendências reformistas³³, como na percepção tecida por uma profissional de que, ao invés do fechamento de hospitais psiquiátricos, deveria haver uma capacitação para que o trabalhador de saúde atue de maneira ‘humanizada’ no âmbito manicomial:

Então, a parte que não concordo é o fato de fechar hospitais, pois ajuda pacientes em estados graves, o que concordo é que fechou muitos hospitais defasados e de técnicas manicomiais. O que vejo como ideal seria uma revitalização de toda saúde mental, no sentido de capacitar profissionais de atuar de uma maneira adequada e humana (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Como nos aponta Corrêa (2022), embora a experiência reformista da Itália tenha forte influência nos rumos da Reforma Psiquiátrica brasileira, este paradigma nunca se tornou hegemônico, e, a partir disso, encontramos no CAPS AD uma multiplicidade de modelos como as propostas nas quais o manicômio não é negado, apenas reformado:

A permanência de instituições psiquiátricas no Brasil faz com que muitos CAPS e outros serviços comunitários atuem no intermédio entre hospital e família, entre uma institucionalização e outra, sem evitar o binômio internação/alta, exclusão/inclusão se perpetue sob o mandato da psiquiatria. Nesta dinâmica os serviços territoriais se mantêm como serviços complementares e não alternativos ao manicômio, o que faz toda diferença para os rumos deste processo psicossocial complexo (CORRÊA, 2022, p. 46).

Nesse sentido, se comunicam a ausência de uma crítica mais radical ao papel do hospital psiquiátrico e um processo de contrarreforma, que aprofundam as tentativas de inserção do Hospital Psiquiátrico na rede, com a cínica afirmação de que não se considera mais “nenhum serviço como substitutivo a outro, colocando estabelecimentos asilares e

³³ Acerca das tendências reformistas, Amarante (2007) distingue para fins didáticos dois grupos: “o primeiro deles composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado ‘pelas beiradas’ como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistências que iriam qualificando o cuidado terapêutica (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental, etc.) [...] No ‘outro grupo’, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma não parece adequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que pé todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais” (AMARANTE, 2007, p. 41).

CAPS no mesmo patamar dentro da RAPS, insinuando que todos devem coexistir harmonicamente na perspectiva da complementariedade” (PASSARINHO, 2022, p. 69).

Ainda que a lógica da organização dos equipamentos do SUS preconize um trabalho territorial e em rede, a articulação dos diferentes serviços encontra um cenário de dificuldades para se efetuar, no qual se somam as formas instituídas no fluxo do CAPS AD, principalmente a dinâmica ambulatorial e o engessamento das agendas. Além disso, faz-se relevante destacar que o recente processo de contrarreforma e os movimentos de desmonte e desfinanciamento das Políticas Públicas em Saúde Mental atravessam os CAPS e reverberam em atendimentos distantes da lógica da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, a relação que tem se estabelecido entre os diferentes pontos de uma rede acaba por afastar o CAPS AD do território, conseguindo fugir a esse engessamento apenas em casos excepcionais.

Para além dos fluxos que se estabelecem entre os diferentes equipamentos do SUS, a presença de instituições asilares é, em muitos momentos, naturalizada em uma perspectiva de complementaridade que se afasta dos princípios da luta por uma sociedade sem manicômios. Mesmo que o CAPS AD não faça encaminhamentos para instituições manicomiais, circula no discurso da equipe a alta frequência de usuários do serviço já terem vivenciado por múltiplas internações.

Assim, chegamos a um esboço provisório das linhas que ligam o CAPS AD a outros nós da Rede de Atenção Psicossocial, ao território e à outras instituições manicomiais.

2.4. Um ritornelo: CAPS AD, territorial ou territorializado?

A tarefa a que nos propomos até o momento foi de acompanhar o movimento, percorrer as linhas e as forças que compõem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, a partir dos diversos encontros produzidos no interior desse equipamento. Em outras palavras, “seguimos o que é visível e dizível para acompanhar quais modos de atenção psicossocial são engendrados e, portanto, acompanhar as linhas de força que atravessam o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em curso” (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015, p. 91). Nesse sentido, nos lembramos do *abecedário* de Deleuze: “o que chamamos por nomes diversos – esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia- não tem outro objetivo do que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 146).

Procuramos, portanto, concluir (ainda que provisoriamente) a zona de intensidade na qual nos encontramos a partir do desenho de algumas das linhas que compuseram essa cartografia até então. Retornamos assim ao início da narrativa. Voltamos ao encontro que se dá em um ponto de ônibus, numa tarde quente e ensolarada, que coloca em questão dois paradigmas em saúde mental que dimensionam as forças e tensionamentos que perpassam o CAPS AD: o Paradigma Psiquiátrico e o da Atenção Psicossocial.

Não só o Gustavo, como diversos usuários que passaram pelo Centro de Atenção Psicossocial e tantas outras pessoas ainda têm os contornos da atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico contornado pelo PPHM, sintetizados em três principais condutas: medicar, diagnosticar e internar.

Ao chegar ao CAPS AD e serem acolhidos em um equipamento, teoricamente caracterizado como portas-abertas, comunitário e territorial, os contornos manicomiais se rompem. O acolhimento desponta como um importante prática e estratégia na Reforma Psiquiátrica que procura acolher a pessoa enquanto o processo complexo que é, o usuário “não é objeto de um saber ou uma prática, mas sujeito em construção em um processo de individuação complexo que se dá no interstício dos encontros” (LIMA; YASUI, 2014, p. 599). Essa prática, que correspondeu a uma desterritorialização relativa às práticas manicomiais, hierárquicas e centradas na doença e no saber médico, aparece reterritorializada enquanto norteadora e imprescindível ao processo de produção de saúde.

Embora o acolhimento deva ser norteador das práticas das equipes profissionais, a dinâmica do CAPS AD lhe confere um estatuto de momento inicial, por vezes sendo encarado como uma ‘triagem’.

A pessoa que chega ao CAPS AD, aguardará na recepção e será acolhida, nesse momento receberá as informações sobre o funcionamento do serviço e terá o agendamento das diferentes especialidades. A partir de então, o serviço já não aparenta ser tão porta-aberta, esperando que o usuário volte ao CAPS apenas nos dias e horários pré-agendados. Ao voltar ao CAPS AD nos seus respectivos horários agendados, acontece o que é denominado “abordagem”, isto é, o usuário irá percorrer as salas de atendimentos individuais tendo ‘consultas’ com cada especialidade. Nesse contexto, o usuário, após o atendimento individual com especialista, retornará para casa ou passará por acolhimento diurno. Aos que permanecem no equipamento para acolhimento diurno há o convite para participarem de uma oficina terapêutica que, por sua vez, está em constante movimento de ‘secas’ e ‘cheias’, bem como, serão acolhidos pela equipe de

enfermagem em caso de crise. E, excepcionalmente, se a agenda permitir, aquele usuário passará por um atendimento individual com profissionais da psicologia ou psiquiatria.

Na recepção, ou melhor, na sala de espera, os ritmos são bem marcados, usuários entram, sentam distantes uns dos outros, aguardam um(a) profissional aparecer e chamar o nome de alguém para entrar na sala. Do consultório individual, na maioria das vezes, para a saída, criando o circuito entrada-recepção-consultório-saída, está aí o ritornelo do CAPS AD. “Num sentido geral, chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens territoriais” (DELEUZE, GUATTARI, 2011c, p. 139).

Nessa perspectiva, o ritornelo é um agenciamento territorial, é através dele que se faz a constituição dos territórios existenciais, que são também, ritmos. Deleuze e Guattari (2011c, p.122-123), em “Mil Platôs”, destacam que o ritornelo é composto por três momentos que não são entendidos como sucessivos nem evolutivos, “são três aspectos numa só e mesma coisa, o Ritornelo”. Em um momento se traça um centro “estável e calmo” e noutro, se produz um ‘em-casa’ “são componentes para organização de um espaço, e não mais para a determinação momentânea de um centro”. Além destes dois momentos, existe ainda um momento no qual, como apontam Amaral e Escóssia (2021, p. 35):

[...] abrimos o círculo e permitimos a entrada de alguém ou então lançamo-nos para fora. Essa abertura se dá numa região criada pelo próprio círculo, não do lado onde se acumulam as antigas forças do caos [...] Entendido dessa maneira, o território se faz em movimento, como um plano de consistência/imanência, composto por uma multiplicidade de dimensões, que se articula por linhas a outros planos.

Diante disso, consideramos o CAPS AD em relação com a RAPS e outros equipamentos para cartografar, os movimentos de abertura ou de lançar-se.

Em primeiro lugar, no que diz respeito à relação do CAPS AD com os equipamentos da RAPS: a comunicação entre os diferentes serviços da rede conta com algumas estratégias para se comunicar e articular ações. No entanto, esses fluxos não conseguem se constituir enquanto uma rotina, em muito por conta do próprio Ritornelo que se desenrola no CAPS AD, e pelo processo de contrarreforma, que ao enfraquecer a metodologia do apoio matricial acaba por tornar ainda mais precária essa a articulação dos diferentes níveis de atenção e equipamentos que compõe uma Rede de Atenção Psicossocial.

Por vezes, situações de crises e/ou outras demandas específicas da clientela álcool e outras drogas provocam uma descontinuidade nesse ritmo, são nesses momentos que o CAPS AD consegue lançar-se aos outros serviços³⁴.

Em segundo lugar, em cena a relação do CAPS AD com outras instituições manicomiais, embora não saia do fluxo de encaminhamentos para tais instituições, a maior parte dos usuários que frequentam o CAPS AD já passaram por internações em outras instituições manicomiais. Estas, por sua vez, não fazem parte da RAPS, embora sua presença como tal seja naturalizada.

Em terceiro lugar, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas e as outras modalidades de CAPS se situam em vizinhança, em um “complexo de saúde mental”, centralizando a média e alta complexidade em regiões mais afastadas dos centros urbanos. Diante desse cenário, observamos, de acordo com Altieres Frei (2019, p. 77), que:

Na medida em que os CAPS são implantados no Brasil sem uma discussão ampla e sem acoplamentos e estruturas de retaguarda suficientes para torna-los tão bom a ponto de colocar o sujeito para fora (reinserção social e reabilitação psicossocial) como foram para colocá-los para dentro (estratégias de acolhimento e vínculo), e na medida que o debate foi focado apenas na reforma do equipamento hospitalar sob a égide da clínica psicossocial e não na crítica enfática aos dispositivos de saber-poder da psiquiatria muito de sua potência se perdeu ou se tornou difusa.

O cenário que se desenha até aqui, como foi dito, é palco permanente de tensionamentos entre os dois paradigmas distintos – manicomial *versus* psicossocial – que dimensionam os discursos e práticas de saúde mental. Nesse sentido, as linhas que compõem com este cenário, ou seja, as linhas de força que compõem o CAPS AD, na direção do que nos apontam Lavrador e Ribeiro (2015, p. 92) “podem ser de segmentaridade e linhas de fuga [...] as linhas segmentares operam por codificação [...] elas geram segmentos”, estes por sua vez, conformam circuitos.

Deste campo, destacamos algumas linhas de segmentaridade duras - àquelas que visam a conservação e apontam para o PPHM - como o engessamento das agendas, a dinâmica de atendimentos individuais que vão na direção de uma lógica médico-centrada e ambulatorial. Também conformam o circuito a burocratização do PTS e a dificuldade de comunicação com a rede e de estar presente no território através do matriciamento.

³⁴ Dos fluxos de encaminhamentos que saem do CAPS AD, muitos são direcionados para a Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal ou para o núcleo de psiquiatria.

Há, também, as linhas de segmentaridade flexíveis que percebemos na relação com o acolhimento, o trabalho multiprofissional e as oficinas terapêuticas, que embora apontem para um paradigma da Atenção Psicossocial, não conseguem traçar uma fuga ao PPHM por ainda estarem muito engendradas e limitadas pelo circuito que conforma o Ritorno. E ainda, as linhas de fuga, que produzem desterritorialização, como os movimentos que flexibilizaram a oferta das oficinas, as situações de crise que requerem busca ativa e, por vezes, interrompem o circuito de atendimentos individuais, bem como, condutas que fogem às formas instituídas, como receber os usuários sem que eles tenham horário marcado.

O desenho de caminhos e forças que foi traçado até então, compõem esta zona de intensidade que denominamos Saúde Mental e Atenção Psicossocial, e para continuar nossa viagem cartográfica no território que é a atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, partimos para uma segunda zona de intensidade: “O campo álcool e outras drogas.” No entanto, é urgente frisar que a distinção entre “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” e “O campo álcool e outras drogas”, é um recurso didático ou mesmo narrativo. São duas faces de uma mesma dimensão, que se distinguem, mas não se separam.

CAPÍTULO 3

“ANIVERSÁRIO DE SOBRIEDADE”³⁵: TENSÕES ENTRE O PROIBICIONISMO E A SAÚDE

No CAPS AD, após a realização de uma entrevista passei a estudar e fazer algumas anotações até que algum outro usuário não estivesse aguardando o horário de atendimento. Estava em uma sala que, num dado momento, foi invadida por um delicioso aroma de café. Percorri alguns passos no corredor e chego à cozinha. Por lá tomo um café com três pessoas que trabalham no CAPS, do setor da cozinha, da limpeza e de transporte. Sentamos à mesa e passamos a tomar café enquanto conversávamos. Em um momento, uma das mulheres coloca um clipe, dizendo que minha aparência a lembrou de um cantor de sucesso dos anos 1990. Perguntavam assuntos como o que eu estudava, o que fazia pelo CAPS, e em um ponto da conversa, uma das mulheres me perguntou se maconha era droga? Demorei a responder! E frente a minha hesitação, ela disse: “você demorou responder, você fuma também”. Caímos na risada. Ela contou que fuma, mas que não considera maconha “uma droga”. (DIÁRIO DO PESQUISADOR, registro de maio de 2022).

Quando em casa, me sento ao sofá para assistir televisão com minhas avós e minha bisavó, que nasceram nas décadas de 1920 e 1950, os jornais sensacionalistas reforçam concepções de que a maconha, a cocaína, dentre outras substâncias denominadas ilícitas, são drogas a serem demonizadas. Em outro espaço, trabalhando com adolescentes em um Núcleo de Educação para prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, os jovens nos respondiam que as drogas iam das substâncias ilícitas ao álcool, mas sem descartarem os ‘medicamentos’, além de apontarem o quanto o celular pode ser uma “droga”. Percorrendo outros caminhos, no denominado Movimento da Marcha da Maconha, víamos cartazes: “Maconha não é droga. Droga é o Bolsonaro”. Ou ainda, quando em uma entrevista com uma mulher que ministrava o óleo da maconha com finalidade terapêutica a seu filho, me dizia que teria que separar o que é a droga e o que é o remédio na maconha (REZENDE; FERRAZZA; PRADO, 2021).

Embora por todos os lados muito se diz sobre droga, muito pouco se explicita as nuances dessa categoria. As relações entre as pessoas e as substâncias psicoativas aparecem em registro de diversas sociedades e culturas, nos mais remotos e longínquos tempos da história. Usos marcados por uma diversidade de finalidades que percorrem

³⁵ A inspiração do título vem da música do rapper Black Alien, de seu Álbum “Abaixo de Zero: Hello Hell”, do ano de 2019.

desde funções religiosas, terapêuticas, prazerosas, econômicas, entre outras (ESCOHOTADO, 2004; VARGAS, 2001; CARNEIRO, 2018). O termo “droga”³⁶, por sua vez, surgirá tempos depois e num primeiro momento se relacionará a uma certa variedade de produtos que vinham do Oriente e que, atualmente, fazem parte do nosso cotidiano, como o caso da pimenta e da canela. A categoria droga também já foi utilizada para se referir ao álcool, ao café, ao chá e às novas substâncias que a medicina e a farmacologia iriam desenvolver. Porém, não é raro encontrar discursos nos quais o termo droga é apresentado exclusivamente para representar substâncias psicoativas que foram tornadas ilícitas (VARGAS, 2001).

O campo de discursos e práticas acerca do consumo de substâncias psicoativas seria redimensionado, produzindo historicamente os regimes de enunciação e visibilidade sobre a “droga”, a partir de dois fenômenos, a saber: o processo de medicalização do social e de criminalização da vida.

Sobretudo, a partir do século XVIII o saber-poder médico passou a se apropriar de diferentes dimensões das experiências da vida, como a sexualidade, gênero, uso de substâncias etc.³⁷. Nesse contexto, a experiência do uso de substâncias psicoativas será objeto do saber-poder médico que desenvolverá toda uma rede discursiva que opera o sequestro da experiência do sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, colocando-o no interior de um grande leque de categorias diagnósticas³⁸ (ADIALA, 2011).

Articulado a este movimento, a partir do século XIX, a síntese de substâncias puras e potentes como a morfina, a codeína, o éter, a cocaína, provocaram uma revolução nas práticas médicas, nesse tocante, a produção e distribuição em escalas globais dessas substâncias contribuíram para a instituição de uma prática médica diretamente vinculada ao uso das substâncias psicoativas (VARGAS, 2001).

O período compreendido entre as décadas de 1920 e 1930 marcou o processo de institucionalização da psiquiatria brasileira, bem como, a incorporação da noção de

³⁶ De acordo com Carneiro (2005), a palavra droga provavelmente é derivada do holandês e que, nos séculos XVI e XVIII se referia à um conjunto de substâncias utilizadas para alimentação e na medicina.

³⁷ Ver mais em: FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

³⁸ Adiala (2011, p. 72), ao analisar as produções científicas dos boletins e jornais médico do século XIX e XX aponta que, ao final do século XIX, os trabalhos se concentravam no uso da morfina, cocaína e ópio nas práticas terapêuticas. Posteriormente, no início do século XX, passou a se dar mais atenção aos “problemas sociais” relacionados ao uso das drogas, elencando um número cada vez maior de categorias diagnósticas, como “psicose de origem tóxica (1890), loucura alcóolica (1893), cocainismo (1898), alcoolismo (1904; 1909; 1919), morfínomania (1907; 1911; 1922; 1929), psicose alcóolica (1909), morfínomia, cocainomania (1911), heroínomia (1911); intoxicação cocaínica (1911), intoxicações viciosas (1921) e toxicomania (1923; 1924; 1926; 1930; 1930)”

degenerescência³⁹ na discussão sobre o uso do álcool e de outras drogas. Período que também foi marcado pelas primeiras políticas proibicionistas, que aprofundaram a relação entre as dimensões jurídico e médicas (ADILAIA, 2011).

Dessa forma, a partir do início do século XX, a relação da sociedade com as drogas passa a ser agenciada por uma racionalidade proibicionista, e o fenômeno do uso de substâncias psicoativas passou a ser tratado também pelo viés da criminalização da vida, que se origina enquanto uma pauta puritana no contexto norte-americano, e se transforma em um posicionamento político, moral e ideológico de caráter internacional (CARVALHO, 2013).

Segundo Montenegro (2018, p. 264-265), “encaradas como problema social, ora de saúde pública, ora de segurança, as drogas têm sido acionadas sob a forma de ameaça à vida e à sociedade, bem como operacionalizadas enquanto tecnologia de governo da vida”. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que se proíbe uma gama de substâncias consideradas ilícitas, se incentiva o uso exacerbado de outras substâncias psicoativas lícitas, enquanto uma maneira de governar a vida.

É a partir desse duplo processo sobre a droga que se insere o usuário de substâncias psicoativas na ordem jurídica - através da criminalização - e na ordem médica - a partir da criação de categorias diagnósticas, operadas sobretudo pelos esforços da psiquiatria. Essa dupla face, jurídica e médico-psiquiátrica, “constitui uma tensão histórica, manifesta em seus distintos projetos de intervenção que variam segundo posicionamentos éticos e políticos” (RODRIGES; PENA; CARVALHO, 2018, p. 134).

Diante disso, na direção em que apontou Vargas (2001, p. 211), “longe de serem unívocas, as relações que a maioria das sociedades tem com as drogas são, portanto,

³⁹ A ferramenta conceitual da degenerescência provocará importantes deslocamentos na psiquiatria, que desempenharam um grande papel nas teorias e práticas que hoje são atualizadas nos processos de cuidado e atenção a pessoas usuárias de substâncias psicoativas. O médico psiquiatra francês Bénédict Augustin Morel (1809-1873) propõe uma classificação das doenças que não se ampare unicamente na manifestação corporal dos sintomas, assim se produz um deslocamento: onde antes havia uma classificação sintomática das ‘doenças mentais’ agora há também uma ‘classificação etiológica’. Mais profundamente, é essa ferramenta conceitual que amplia quase que infinitamente o campo de atuação da psiquiatria. Se anteriormente, seguindo a linha do alienista francês Phillipe Pinel, o ‘asilo’ era entendido como uma instância curativa para tratamento, a teoria da degeneração aponta para a construção de estratégias preventivas de combate ao sujeito da loucura. Para isso, transforma-se a figura do ‘alienado’ nos asilos como uma espécie de ‘ponto terminal’ para propostas de se evitarem que o sujeito da loucura chegue a esse ponto. Assim, a psiquiatria deveria intervir em toda sorte daqueles que foram classificados como ‘comportamentos desviantes’. Dessa forma, “a aplicação da teoria da degeneração às doenças mentais foi a estratégia discursiva que permitiu que os mais variados fatos e condutas pudessem ingressar no âmbito da psiquiatria” (CAPONI, 2012, p. 97). Pela psiquiatria, “o médico penetra mais profundamente na vida social, dá as cartas em um jogo que passa a existir segundo regras por ele mesmo criadas” (RIBEIRO, 2016, p. 106).

ambivalentemente marcada pela repressão e pela incitação”. Diante disso, o autor acredita que essas relações se estabelecem a partir de um dispositivo⁴⁰, num sentido próximo ao que Michel Foucault (1999)⁴¹ cartografou com relação à sexualidade⁴², nesse sentido, Vargas (2001, p. 211) conclui:

Mais do que se apropriar do fenômeno das drogas, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas: mais remotamente, com a “loucura das especiarias” e, mais recentemente, com o duplo processo de medicalização e criminalização das “drogas ilícitas” e com sua contraface, a “invasão farmacêutica” das “drogas lícitas”.

A partir desse contexto, voltamos nosso olhar para uma região, ou melhor, uma zona de intensidade desse dispositivo-droga⁴³ que diz respeito às formas de atenção e saúde, os discursos e práticas que se desdobram de posicionamentos ético-políticos. Dessa forma, passamos a percorrer as linhas dessa cartografia que perpassam as instituições, práticas e discursos que as pessoas que fazem uso de ‘drogas’ encontram a se inserirem nos circuitos da atenção à saúde.

Diante disso, se em um primeiro momento nos concentramos em cartografar os movimentos em curso no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, nas

⁴⁰ Foucault (2000) define como dispositivo a rede que se estabelece entre um conjunto heterogêneo que abrangeria o dito e o não dito, como exemplo, o dispositivo seria a rede que poderia se estabelecer entre elementos como discursos, instituições, construções, leis, proposições morais entre outras.

⁴¹ A obra do filósofo Michel Foucault é frequentemente dividida em três períodos: arqueológico, genealógico e o período da genealogia da ética. A noção de Dispositivo é uma das marcas da passagem do período arqueológico para o genealógico. Enquanto em “A palavra e as coisas” e em “Arqueologia do Saber”, por exemplo, Foucault se ocupa da descrição da Episteme enquanto objeto, quando assume o método genealógico, o objeto da descrição passa a ser os dispositivos, vistos sobretudo nas obras “Vigiar e Punir” e “A vontade de saber” que analisam o “Dispositivo de sexualidade” e o “Dispositivo Disciplinar” (CASTRO, 2009).

⁴² Segundo Foucault (2000), a introdução dessa nova elaboração corresponde à necessidade de articulação entre os elementos discursivos e não discursivos em sua obra. Dito isso, olhemos brevemente para “História da Sexualidade: a vontade de saber”: nessa obra, Foucault (1999) demonstra quatro conjuntos estratégicos que desenvolveram dispositivos de saber-poder com relação ao sexo, sobretudo a partir do século XVIII: “a histerização do corpo feminino”, “a pedagogização do corpo das crianças”, “a socialização das condutas de procriação” e “a psiquiatrização do prazer perverso”. Nesse percurso, o que está em jogo é abandonar uma certa concepção de poder que se exerceria sobre o sexo unicamente através da negatividade, da repressão e se voltar a dimensão da positividade do poder, isto é, a dimensão produtiva/criadora. Dessa forma, considerar um dispositivo da sexualidade é considerar como o desenvolvimento desses conjuntos estratégicos se articularam para produzir o dispositivo da sexualidade na sociedade Ocidental.

⁴³ “As sociedades ocidentais fizeram das drogas um ‘problema’ médico-criminal e um problema que não diz respeito apenas à sua repressão, mas também à incitação ao seu consumo. É assim que, ao mesmo tempo, condenamos e punimos o uso de algumas substâncias sob os estigmas do vício ou da doença, e prescrevemos e incitamos o uso de outras (senão das mesmas) em nome da conservação biológica da vida. Tendo isso em vista, talvez possa se dizer que essas disposições médico-legais configuram uma espécie de “dispositivo das drogas” num sentido até certo ponto próximo ao que Foucault (1976) estabeleceu para o dispositivo da sexualidade” (VARGAS, 2001, p. 34-35).

próximas páginas, buscaremos acompanhar as forças que engendram a dimensão da atenção à saúde das pessoas que usam substâncias psicoativas, por meio dos discursos e práticas que perpassam o CAPS AD, outros dispositivos da RAPS e instituições de internação (manicômios e Comunidades Terapêuticas).

Gostaríamos nesse momento, de propor um retorno ao encontro de que se desenha essa narrativa, de volta ao ponto de ônibus, no qual eu e Gustavo⁴⁴ compartilhávamos um cigarro à espera do transporte, quando nos conta sobre a concepção que tinha da atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas, juntamente com o contorno que tinha das práticas de internar, medicar, diagnosticar, dizia acreditar que essas condutas viriam relacionadas à exigência de parar com o consumo de quaisquer ‘drogas’.

A articulação das práticas supracitadas enquanto referência de “tratamento” no âmbito da saúde do usuário de psicoativos, que são produtos culturais dos processos de medicalização da vida e criminalização do social, por sua vez, marcam o aprofundamento de uma articulação médico-jurídica que produzem o PPHM e o paradigma proibicionista enquanto complementares. No entanto, Gustavo me conta com surpresa que não haviam lhe dito para cessar o uso de maconha.

Quando lhe pergunto como havia se sentido com esse acolhimento, ele me responde com os olhos surpresos [...] Eu achei que eles iriam me mandar para de ‘fumar um’... Esse eu não quero largar, mas nem cobraram que parasse. (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de março de 2022).

A surpresa de Gustavo é referente à um deslocamento com relação ao que ele entendia enquanto “tratamento” quando é acolhido em um dispositivo ligado ao Paradigma Psicossocial e a Redução de Danos. A partir desse cenário, as práticas e discursos presentes na atenção à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas se desenvolve no ‘entre’ destes paradigmas opostos.

Dessa forma, destacamos nessa cartografia duas linhas que dirão respeito aos diferentes paradigmas que têm estado em disputa na área da atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas, percorrendo a princípio as práticas e discursos relacionados ao proibicionismo e, posteriormente, as relacionadas ao Paradigma Psicossocial e à Redução de Danos.

3.1 Apontamentos sobre o Paradigma Proibicionista

⁴⁴ A cena do encontro no ponto de ônibus foi narrada no capítulo 2.

Como foi apontado pelo Ministério da Saúde (2003), no final do séc. XIX e início do séc. XX, a atenção à saúde da pessoa que realiza o uso de substâncias psicoativas oscilou entre práticas de cunho religioso ou pautadas pelo paradigma psiquiátrico, ambas posições propondo como a única finalidade atingir a abstinência. A produção de um contorno que relacione diretamente a saúde da pessoa que faz uso de substâncias a um “tratamento” que pressupõe a abstinência prolongada, e tem como exigência de entrada em serviços de saúde estar abstinente, se relaciona às concepções que se desdobraram de um paradigma psiquiátrico, que passa a operar de maneira hegemônica a partir do século XVIII até às rupturas das Reforma Psiquiátrica, e de um paradigma proibicionista, hegemônico desde o séc. XIX, no qual se traça uma fuga a partir da Redução de Danos.

A quimera proibicionista se esforça em criar a imagem de um mundo ideal a ser buscado, um mundo no qual as pessoas estivessem ‘livres dos males da droga’. Nesse sentido, a busca fissurada por uma sociedade ideal confere suposta legitimidade para uma inimaginável quantidade de discursos, práticas e instituições. Diante disso, o paradigma proibicionista se sustenta a partir de duas premissas fundamentais que pressupõem que o consumo de quaisquer substâncias ilícitas é uma prática intrinsecamente danosa, que leva diretamente ao vício ou à morte e, como consequência, a intervenção ideal seria combater às drogas e aqueles que as usam, vendem ou produzem (FIORE, 2012).

No campo da saúde, o combate que se estabeleceria vai no sentido de erradicar o uso de determinadas substâncias psicoativas por meio de diferentes procedimentos e tecnologias para atingir a abstinência definitiva, ou melhor dizendo, são processos de subjetivação que visam produzir um determinado modo de existir no mundo. Nesse contexto é que se produzirá uma rede discursiva que liga diretamente a saúde a um “tratamento” para se tornar abstinente, que será capaz de povoar o imaginário das pessoas como referência de cuidado, tal qual aconteceu com Gustavo. Além disso, esse processo se desdobra na modulação das próprias demandas com as quais os usuários chegam aos serviços de saúde mental.

Em uma tarde de abril, caminhávamos junto à enfermeira do CAPS AD até que paramos em frente a uma sala e passamos a conversar, ao final da conversa, uma das profissionais me conta que em sua experiência é frequente a busca pela abstinência, todavia nem sempre essa demanda parte do próprio usuário do dispositivo.

Isa passa a me contar que, durante sua experiência no CAPS AD, acontece com frequência casos que chegam buscando a

abstinência. Mas ressalta que na maioria das vezes essa demanda não parte do usuário, quem geralmente determina a busca pela abstinência é a família ou alguma instituição de justiça (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de abril de 2022).

Em muitas ocasiões, a busca pela atenção à saúde para pessoa que faz uso de ‘drogas’ parece ser a procura por um tratamento para se tornar abstinente, concepção que aparece como a primeira possibilidade a se pensar, mas conforme a entrevistada nos conta, a maioria das vezes, essa demanda não parte do usuário, mas de familiares ou instâncias jurídicas. Em entrevista, Luana nos conta que muitas das pessoas que chegam buscando ajuda, trazem consigo a imagem de que se não querem parar de usar, não tem espaço para serem atendidos e cuidados no dispositivo de saúde.

E os pacientes já chegam com essa imagem, que se eles estão ali é porque eles não querem mais usar droga, se eles quisessem continuar usando droga não precisaria estar ocupando a vaga do serviço (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

De forma mais geral, os mais de cem anos de proibicionismo distribuíram aquilo que se pode ver e falar acerca da experiência de pessoas que usam psicoativos, dentre tantos efeitos catastróficos, produziu o contorno de que o processo de produção de saúde seria o processo de tornar-se abstinente. Nesse contexto, o proibicionismo encontra no encarceramento a sua intervenção predileta. Sejam eles em instituições prisionais, psiquiátricas ou religiosas, movimento no qual se opera o sequestro de pessoas que, por diferentes agenciamentos, estão ligados à ‘droga’.

Através da busca incessante e compulsiva da abstinência, Antônio Lancetti (2015) identifica na contrafissura a suposta eficácia do proibicionismo, seu êxito na produção de subjetividades e na atenção à saúde do sujeito que faz uso de drogas. Nesse sentido, “muito se tem falado do proibicionismo e de seu fracasso, mas aqui entramos no seu funcionamento, na sua eficácia e num sintoma social que chamamos contrafissura” (LANCETTI, 2015, p. 23).

Esse fenômeno de desespero, de fissura por resolver imediatamente, se manifesta na prática de internações forçadas muitas vezes de adolescentes que tiveram seu primeiro contato com alguma droga ilegal [...]. A esse afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade chamamos de contrafissura [...], mas a contrafissura não se manifesta somente em matérias sensacionalistas de jornais, revistas e televisão, ela orienta também programas do governo [...]. Também se manifesta em cada cuidador e terapeuta que imagina salvar a vida das pessoas [...]. Na nossa história mais recente o proibicionismo está intimamente ligado à incisividade do poder psiquiátrico, ao oportunismo político e à própria subjetividade contemporânea francamente compulsiva, como demonstram a

hipercomunicação por celulares, computadores, tablets e aplicativos de relacionamento sexual. O uso abusivo dessas telas talvez seja a maior expressão de compulsividade. A contrafissura é uma paixão propriamente capitalística (LANCETTI, 2015, p. 39-40).

Antônio Lancetti (2015), a partir disso, situa um complexo processo histórico e social, que coloca em relação, além do proibicionismo e do paradigma psiquiátrico, os processos de subjetivação no contemporâneo, isto é, coloca em jogo uma política de subjetividade no contemporâneo⁴⁵.

Nesse contexto, muito das pessoas que procuram assistência em saúde no CAPS AD ou em outros espaços, contornam a questão centrando o problema na “droga” - que por tanto tempo foi o “bode expiatório” de grande parte dos problemas na sociedade - e, assim sendo, a intervenção deveria ser no sentido de afastamento das substâncias. Tal perspectiva, no entanto, não coloca em jogo as diferentes relações que produzem o fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A maioria das pessoas acredita que essa é a melhor forma de elas estarem protegidas das drogas. Então, o CAPS AD [é colocado] o tempo todo como possibilidade de cura e tratamento para o afastamento do convívio e do acesso as drogas. Na lógica de que se o problema é a substância se ficar longe dela vai melhorar (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nessa perspectiva, as primeiras intervenções estatais no campo álcool e outras drogas remontam ao início do século XX. Momento no qual tanto se engendram medidas de repressão dirigidas ao controle do uso, produção e comércio de substâncias psicoativas denominadas de ilícitas, quanto se constituem as práticas de intervenção médica reduzidas à internação compulsória em instituições psiquiátricas privadas (MACHADO, 2007). Conforme Rodrigues, Pena e Carvalho (2018, p. 133), “até a década de 1970 [...] as práticas de saúde voltadas para as pessoas que usam ‘drogas’, quando ocorriam, se davam por meio de práticas de caráter repressivo em regime de internação.”

Ao final da década de 1980, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira conquista o fechamento de dezenas de milhares de leitos psiquiátricos e a implantação de uma rede de serviços substitutivos. No entanto, a modalidade de serviços de atendimento aos usuários de Álcool e Outras Drogas surgem apenas no início dos anos 2000 e entram

⁴⁵ “A ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 42). Nesse contexto, o que se observa na produção de subjetividade capitalística contemporânea é a produção de subjetividades marcada pelos excessos, pela intensidade, pela compulsão. Seja no campo do trabalho, das relações humanas, do consumo e etc.

em um cenário de coexistência com as instituições de sequestro, psiquiátricas e religiosas (LANCETTI, 2015; FREI, 2019).

Nas curvas desses descaminhos, os denominados “drogados” se encontravam com os “loucos” nos corredores brancos e nos pátios de tantos hospícios durante o banho de sol. O processo por meio do qual a psiquiatria sequestra a experiência da loucura e do uso de substâncias psicoativas, posiciona em uma zona de vizinhança a figura do “louco” e do “drogado”, que passam a habitar os porões do isolamento⁴⁶.

Nesse sentido, Laura nos conta da sua experiência de internação no Hospital Psiquiátrico do município.

Fiquei uns 15 dias mais ou menos lá, em 2018. Foi uma experiência muito ruim. Lá eles me amarraram, cheguei amarrada lá, de tanto surto que eu ‘tava’. O hospital psiquiátrico é bem rígido, lá emagrece, eu emagreci 10kg. Eles dão comida pouca e dão muito remédio. Eles amassam remédio também, amarram as pessoas quando elas brigam lá. É horrível. O que eu senti lá foi trauma... trauma, trauma, trauma (ENTREVISTA COM LAURA, registro de maio de 2022).

Apesar de o passar dos anos e o caminhar da história terem provocado mudanças na organização dos Hospitais Psiquiátricos, as práticas e discursos que perpassam essa instituição ainda apresentam um forte contorno da figura clássica do manicômio. Algumas características que Maria Clementina da Cunha (1986, p. 15) já nos apresentava em décadas passadas: “como as condições de vida da população internada, a higiene do hospício, a violência das práticas repressivas, a alimentação deficiente, a falta de funcionários, a precariedade das instalações”⁴⁷.

Ainda que, com a ampliação dos serviços substitutivos à internação manicomial na primeira década do século XXI, inclusive àqueles destinados a essa clientela usuária de substâncias psicoativas em específico, ainda há a coexistência entre os dispositivos de reforma psiquiátrica, substitutivos à internação, e instituições manicomiais. Nesse contexto, lembramos as palavras de Antônio Lancetti (2015):

A Reforma Psiquiátrica brasileira já foi considerada exemplar por haver desativado aproximadamente 60.000 leitos e por ter substituído grande parte dos velhos hospícios por uma rede de atenção territorial. [...] A Reforma Psiquiátrica desenvolveu uma *poiésis*, 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,

⁴⁶ Já no século XX, como aponta Bittencourt (1998), haviam sido criadas instituições manicomiais específicas para sujeitos que faziam uso de substâncias psicoativas.

⁴⁷ Ver mais em: CUNHA, Maria Clementina Pereira (1986). O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo, São Paulo: Paz e Terra.

hoje se vê acuada e confrontada a utopia de uma sociedade sem drogas (LANCETTI, 2015, p.31-32).

Em umas das andanças que compuseram esta cartografia, nos encontramos com Leo, um usuário do serviço de saúde que aguardava o início de alguma atividade sentado em um grande sofá nas instalações do CAPS AD. Leo relata que antes de encontrar o CAPS AD, após decidir buscar ajuda nos dispositivos de saúde mental, a primeira referência que teve como possibilidade cuidado foi a internação:

Foi por uma procura minha mesmo, porque eu vi que estava num estado... Ah... Muita bebida, né!? Uso de droga, essas coisas [...]. Foi por isso, foi aí que quis me internar. Deu coma alcoólico. (ENTREVISTA LEO, registro de maio de 2022).

Há ainda, como referência em saúde, uma forte relação entre “tratamento”, “drogas” e internação. Em uma das tantas conversas pelos corredores do CAPS AD, uma das profissionais da equipe de saúde do serviço conta que a maioria, senão todos usuários que ali chegam, não sabem que lá não se trabalha com internação. Não obstante, ao procurar ajuda, pessoas que se encontram em situação de consumo abusivo de substâncias psicoativas, tem como primeira compreensão de cuidado a internação e, muitas vezes, chegam ao CAPS AD com essa demanda.

Percorrendo e acompanhando as diferentes linhas e caminhos que se desenham no CAPS AD, encontramos com uma grande parcela de usuários do dispositivo que já passaram por regime de internação, seja em instituição psiquiátrica ou nas instituições religiosas, que se auto intitulam “Comunidades Terapêuticas”, as CTs. Em entrevista, a trabalhadora relata sobre os acolhimentos que já fez com usuárias e usuários do serviço que passaram por processos de internação em outras instituições desta natureza.

Atendi várias pessoas que estavam em Comunidades Terapêuticas e diziam o quanto era horrível ter que se manter lá, em um calor de 40 graus, ter que usar calça, e trabalhar o dia todo embaixo do sol. E tinham uma visão de que lá não estavam recebendo tratamento, aquilo não os ajudavam, mas não tinham mais para onde ir (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Embora os avanços conquistados por meio da luta do Movimento Antimanicomial, promovendo a implantação de diferentes serviços de base territorial e comunitária, tenha contribuído para a transformação da perspectiva de atenção à saúde

mental, as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas continuam em um circuito perpassado pelos “tratamentos” manicomiais-asilares e morais-religiosos.

Segundo Corrêa (2022, p. 88), as instituições religiosas “se assemelham tanto ao manicômio, como compreendido pelos teóricos da reforma italiana, quanto às instituições totais, tal como analisadas por Goffman”. Essas instituições, por sua vez, se organizam a partir do trabalho (denominado de “laborterapia”), da oração e da abstinência. Naqueles lugares:

[...] o trabalho é considerado um recurso terapêutico e, como tal, constitui-se numa determinação obrigatória aos internos, que por medida de tratamento devem obrigar-se a tarefas de manutenção da estrutura física institucional (lavar, passar, cozinhar) e a tarefas de manufatura e plantio, que cumprem objetivos de geração de renda para sustentar a própria instituição (FERRAZZA, et al., 2017, p. 370).

Nesse contexto, não apenas a suposta “laborterapia”, mas todo o funcionamento da instituição está perpassado por práticas disciplinares, tal qual as apresentadas por Michel Foucault (1987) em sua obra “Vigiar e Punir”. O autor se dedica a analisar o poder disciplinar que, através de diferentes procedimentos, tinha o intuito de produzir indivíduos produtivos, dóceis e úteis, extraíndo do sujeito toda sua força produtiva e retirando-lhe sua força política. Nesse sentido, “a disciplina é um tipo de organização do espaço. É uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (MACHADO, 2009, p. 173).

Paralelamente, como aponta Goffman (1987, p. 11), são instituições totais na medida em que se caracterizam como “um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Nas palavras de Corrêa (2022, p. 88), são “estabelecimentos que levam a mortificação do eu anterior à internação e à construção de uma nova identidade, demarcada pelas diretrizes institucionais”. Nessa direção, segundo Lancetti (2015, p. 35):

A criação e expansão das comunidades terapêuticas, especialmente as administradas de maneira mais violenta, representa uma ameaça para a Reforma Psiquiátrica brasileira, mas fazem parte do conjunto-droga: produção-comercialização-judicialização-repressão-cuidado-terapêutica-exposição midiática fazem parte do mesmo sintoma [da contrafissura].

Nesse contexto, a ferramenta conceitual mais frequentemente acionada para legitimar as práticas proibicionistas é a “dependência química”. De acordo com Carneiro (2018, p. 214), “a história de certos conceitos médicos é essencialmente política [...] ligada ao poder e aos interesses materiais de instituições, classes, camadas e grupos

sociais”. O fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas, em determinados momentos da história, não era encarado por meio das perspectivas de doença, mas muitas vezes entendido por falta de caráter explicado no âmbito de compreensões religiosas e morais. O processo que circunscreveu o uso abusivo de substâncias psicoativas à categoria da dependência é uma construção que se dá a partir do século XIX e se insere em um amplo contexto de transformações sociais:

Todo esse período marca uma escalada crescente na intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações, recenseadas estatisticamente a construção da nosologia como um jardim das espécies e a busca filatelista de coleções nosográficas que levaram à construção de mais uma entidade: a adição, e suas vítimas, os adictos. Tal foi o modelo orgânico e hereditário que identificou e circunscreveu as fronteiras do vício (CARNEIRO, 2018, p. 220).

Nesse contexto, a noção de dependência opera efeitos de verdade, sendo o principal regime de verdade que contorna o visível e o dizível sobre o uso de substâncias psicoativas e sobre aqueles que as consomem. Conforme Carneiro (2005, p. 19-20)

Assim como na “droga”, o conceito de “vício” deve ser investigado tanto na sua polissemia contemporânea como na sua constituição histórica. De um conceito moral abstrato, oposto à virtude, para uma noção de comportamento excessivo, especialmente de natureza sexual, recentemente adquiriu o sentido de um paradigma do abuso de drogas. A noção de um hábito ou de um costume, assim como os termos técnicos de adição ou dependência, usados para designar quadros de comportamentos considerados compulsivos ou obsessivos, abrange, contudo, esferas muito amplas da atividade humana. O sexo, o jogo, o trabalho, a comida, o esporte são todos comportamentos que podem revestir-se das características atribuídas ao vício. Definir vício não é uma tarefa fácil. Como distinguir hábitos de compulsões? Há hábitos não compulsivos? Vícios são os maus hábitos e hábitos os bons costumes?

Paralelamente, o processo histórico que instituiu o proibicionismo, produziu e foi produzido pela criação de diversos estigmas sobre as pessoas que consumiam alguma substância que foi tornada ilícita. Os estigmas, na direção que indica Erving Goffman (1982), são construções histórico sociais que marcam àqueles indivíduos que confrontam ou fogem às normas socialmente produzidas em cada contexto.

Em entrevista com uma profissional do CAPS AD, que já havia trabalhado em outras instituições, ela nos conta ter se encontrado com discursos marcados por concepções moralistas e biomédicas acerca da pessoa que faz ‘uso’ de ‘drogas.

Quando eu trabalhei na Emergência Psiquiátrica, falavam: “transtorno [mental] eu atendo, porque eles não escolheram ter transtorno, mas quem usa droga escolheu”. Além da perspectiva biomédica da dependência química, ainda existe bem forte um discurso muito moralista (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Nos discursos e práticas que pessoas que fazem uso abusivo de drogas encontram na atenção à saúde, há um processo que ora reforça o modelo biomédico da vida relacionado a noção de “dependência química”, ora reproduz compreensões sobre “o vício” vinculado às questões morais e religiosas.

[...]relacionava à dependência e ao caráter, mas também a criminalidade. Eu ouço o tempo todo, em todos anos de CAPS: “cuidado, não deixa sua sala aberta que eles roubam as coisas! Cuidado tranca a porta!” E eu nunca vi sumir nada [...]. Muito uma ideia de que eles “são perigosos” (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Nesse contexto, conforme a profissional destaca: “Julgamento moral tem muito, é quase como uns “direitos humanos para humanos direitos”. São coisas que perpassam. (ENTREVISTA COM LUANA). Os julgamentos morais, no entanto, não apareciam somente na relação profissional-usuário, mas perpassava também os discursos dos próprios usuários do serviço. Conforme relato da profissional entrevistada “Eu vejo, por uma paciente que atendi hoje, por exemplo, ela precisou ser encaminhada, ela foi ao CAPS III e ela chegou lá e depois me falou: “eu bebo álcool, mas vi pessoas lá que estavam muito pior que eu... pessoas que utilizavam crack” (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Nesse sentido, além dos estigmas construídos e marcados entre usuários de drogas, existem ainda àqueles que são frutos de uma partilha moral entre as drogas lícitas e ilícitas, distribuindo com uma certa sutileza a compreensão de que usar substâncias ilícitas seria necessariamente pior em detrimento às substâncias lícitas. Conforme Luana

Isso aparecia tão forte que era gritante, de drogado, de cracudo, alcoólatra, bêbado, vagabundo, cachaceiro, zé droguinha. Eles traziam essas falas de familiares, de amigos, deles mesmo com relação ao próprio comportamento. Muitas vezes até entendendo como um desvio de caráter deles, e não como um processo a ser cuidado. Era muito forte essa fala com relação ao desvio de caráter. E era muito forte. (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Conforme Vargas (2001), essa partilha se constitui enquanto efeito do dispositivo-droga que: por um lado, através da criminalização e do proibicionismo, foi capaz de criar toda uma rede discursiva e de práticas que encarassem as drogas como o mal, e o usuários e comerciantes como àqueles que deveriam ser combatidos ou “tratados”. E, por outro

lado, através do grande desenvolvimento da indústria farmacêutica, a medicina produzirá uma prática clínica centrada nas ‘drogas lícitas’ que, por sua vez, são cada vez mais incitadas.

Daí que, se a tônica das políticas contemporâneas em torno das “drogas” (no sentido restrito do termo) é dada pela criminalização de seu emprego (produção, tráfico e consumo), é preciso não desprezar as implicações do vínculo entre as políticas a respeito das “drogas” e os saberes e práticas biomédicas. Isso porque foram precisamente tais saberes e práticas aqueles historicamente investidos, entre nós, na posição de principais instrumentos de legitimação da partilha moral entre as substâncias de uso “lícito” e as de uso “ilícito”. E os saberes e práticas biomédicas historicamente investidos nessa posição, por fornecerem, para a sociedade em geral e com a força da autoridade científica que nos acostumamos a emprestar-lhe, os critérios para tal partilha. Mas se tal partilha é instrumentalizada em termos médicos-jurídicos, ela é, antes de mais nada, fundamentada em termos morais, posto que está alicerçada sobre certos juízos de valor [...] (VARGAS, 2001, p. 205).

Nesse contexto, os discursos e as práticas que perpassam a atenção à saúde da pessoa que faz uso de ‘drogas’, embora sejam enunciadas por termos científicos e conceitos específicos caminham junto às concepções morais e religiosas acerca dessas pessoas. Diante disso, o que o paradigma psiquiátrico e proibicionista produz e reproduz é a concepção delineada por Lancetti (2015, p. 34), que conseguiu sintetizar em poucas palavras as armadilhas discursivas nas quais são enredados sujeitos que usam drogas:

[...] o drogado ora é um afastado de Deus, um ser possuído por satanases, ora uma vítima de um cérebro doente que perdeu toda possibilidade de autodeterminação. Um sujeito sem subjetividade que precisa ser sequestrado, reprogramado segundo procedimentos baseados na abstinência prolongada e reengenharia da vida.

No entanto, no contexto de redemocratização do Brasil, de constituição de Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, se colocou em curso a construção de um outro paradigma de cuidado que caminha em uma direção oposta às práticas repressivas proibicionista. Ainda que atualmente, em muitos âmbitos, se circunscreva a produção de saúde à abstinência e a internação, a partir do início dos anos 2000, a temática das drogas será incluída nas políticas do SUS, contexto no qual surgiram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD), norteados pelos princípios da Redução de Danos.

3.2 – Sobre o cuidado em liberdade e a Redução de Danos

Foi possível, nos diferentes caminhos traçados no CAPS AD, acompanhar bons encontros na relação com o cuidado em liberdade. Em entrevista com Leo, há o relato de

que ele já havia passado por internações e, mais recentemente, experimentado o cuidado em liberdade pelo CAPS AD. Acerca disso pondera:

[...]é bom pra mim, porque as vezes se a gente só ficar internado você pensa que está ali, que tá conseguindo ficar sem beber, sem usar droga, mas porque você está internado, sai dali pra ver... Hoje, pelo menos aqui, eu tô em tratamento com psicólogo, com ajuda. E eu tô na rua, ali onde pessoas vão oferecer, amigos vão falar: “para com essa vida, bebe só uma, uma não vai fazer nada”. Mas tenho que saber meu limite, e isso aqui [O CAPS AD] que está me ajudando. Me dá mais autonomia pra dizer não. Não quero isso mais pra minha vida, que eu sei que me prejudicou... (ENTREVISTA COM LEO, registro de maio de 2022).

Nesse sentido, Leo considera o cuidado em liberdade e o acompanhamento multiprofissional como fatores de produção de autonomia, ilustrada no cenário de conseguir estabelecer um limite e se relacionar na presença das drogas sem estabelecer uma dinâmica de abuso. Além disso, o cuidado em liberdade na perspectiva da Atenção Psicossocial aparece como potencialidade para resgatar e produzir novos vínculos, estabelecer novos sentidos e outros territórios; em suma, estabelecer relações outras com a vida no geral.

Até o pensamento muda bastante [com o trabalho do CAPS AD]. Quando você é jovem você quer buscar coisas, um carro, uma casa, uma profissão boa, estudar. Quer ser alguém na vida, aí essas coisas [uso de álcool e outras drogas] tiram tudo da sua mente. Agora estou voltando novamente a ter aquela sensação de: “eu quero ter alguma coisa na minha vida (ENTREVISTA COM LEO, registro de maio de 2022).

Diante disso, destacamos que, ainda que os *ethos* proibicionista e antiproibicionista se apresentem enquanto um campo de disputa no interior do CAPS AD e que o trabalho nesse dispositivo esteja, direta ou indiretamente, colocado em contato com instituições manicomial, o CAPS AD aparece enquanto potencialidade de cuidado em liberdade, por meio de políticas de redução de danos e sendo potente para a produção de outros vínculos com a vida.

Recordamo-nos das primeiras vezes que me encontrei mais intensamente com o termo “Redução de Danos” (RD). Naquele contexto, estávamos nos organizando coletivamente, dando corpo a um movimento social antiproibicionista que, dentre outras atividades, promoveria uma semana de eventos científicos – a Primeira Semana Antiproibicionista – e o movimento da Marcha da Maconha na cidade onde residimos. O

encerramento dos eventos da semana proibicionista aconteceu em uma sexta-feira à noite, trazendo a temática da Redução de Danos. Encontramo-nos em um auditório repleto de pessoas de diferentes lugares que se reuniam para saber mais ou para saber pela primeira vez sobre a R.D.

A Redução de Danos emerge a partir de movimentos sociais de usuários de substâncias psicoativas que demandavam melhores condições de vida e garantia de direitos para usuários. Movimentos que se articulam ao contexto de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, no qual foram instituídas, dentre outras, estratégias de redução de danos voltadas aos usuários de drogas injetáveis, tais como a distribuição de seringas, ações informativas acerca da prática de sexo seguro e ações para reduzir o impacto do uso de substâncias psicoativas na saúde. (MACHADO; BOARINI, 2013). Conforme Viana (2016, p. 27):

Santos foi a primeira cidade brasileira a adotar a metodologia da distribuição gratuita de seringas descartáveis e isso aconteceu sob forte repressão social, midiática e jurídica. David Capistrano Filho e Fábio Mesquita, respectivamente, secretário municipal de saúde e coordenador de AIDS, foram acusados judicialmente por incitação ao uso de drogas ilegais.

A perspectiva de atuação da redução de danos ganha mais espaço e, nesse sentido, se elaboram políticas públicas pautadas pela lógica de prevenir os possíveis danos que o uso de substâncias poderia acarretar na vida da pessoa (ROSA, 2012). No Brasil, a Redução de Danos se institui enquanto política pública de saúde por meio da implantação da Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva,

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10).

Diante disso, a Redução de Danos não é apenas um conjunto de ações estratégicas e pontuais; mais profundamente, é uma direção ético-política de produção de saúde que produz e distribui outras formas de se ver e dizer o sujeito que faz uso de ‘drogas’. Diante disso, se estabelece a possibilidade de se procurar assistência em saúde para buscar uma melhor qualidade de vida e, não necessariamente, tornar-se abstinente, como a pessoa que foi acolhida por uma das profissionais do CAPS AD:

[...] essa semana mesmo, atendi uma menina que não queria parar, mas diminuir o uso para ter melhor qualidade de vida (ENTREVISTA COM JÚLIA, registro de junho de 2022).

A Redução de Danos, enquanto estratégia e lógica de cuidado, se insere em um contexto amplo de contestação do paradigma proibicionista, que se dá principalmente a partir do final do século XX (VIANA, 2016), e propõe transformações nas maneiras pelas quais as drogas são agenciadas na sociedade contemporânea. Esse movimento passou a ser conhecido como Movimento Antiproibicionista e, de acordo com Fiore (2010), embora não seja um movimento organizado e consolidado, são diferentes iniciativas que apresentam em comum um *ethos*: o Antiproibicionista.

No contexto da saúde pública, pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), se articulam o movimento de luta antimanicomial e o movimento antiproibicionista, almejando novas maneiras de se relacionar com a saúde, com a “loucura”, com as “drogas”, etc. Nesse sentido, a PAIUAD estabelece e preconiza como referência “a estratégia de redução de danos e o tratamento extra-hospitalar de base comunitária referido no território” (PRUDENCIO; SENNA, 2022, p. 161).

Diante disso, a Atenção Psicossocial e a Redução de Danos provocaram importantes deslocamentos com relação ao paradigma proibicionista, privilegiando o acolhimento ao invés da internação e a saúde no lugar da abstinência. É importante ressaltar que redução de danos e abstinência não se opõem, dado que a última pode ser uma redução de danos em determinados casos e contextos (LANCETTI, 2015). Assim, o rompimento se dá com relação a um paradigma que considera a abstinência como único e desejado caminho.

Um exemplo do deslocamento que a R.D provoca com relação ao paradigma proibicionista, pode ser ilustrado por um movimento questionador no CAPS AD. Por muito tempo, o CAPS AD trabalhou com uma confraternização chamada “festa da alta”, que era uma comemoração para celebrar àqueles usuários que atingiram um tempo

prolongado de acompanhamento e abstinência. Todavia, um movimento de questionamento por parte da equipe de profissionais promoveu um deslocamento:

[...] em um momento problematizamos isso; não é festa de alta, é festa de homenagem aos pacientes que atenderam seus objetivos terapêuticos singulares. Se for diminuir a frequência, trocar as substâncias, conseguir trabalhar, também receberia essa homenagem (ENTREVISTA LUANA, registro de dezembro de 2022).

O movimento instituinte que superou a “festa da alta” enquanto um aniversário de sobriedade, coloca em cena uma questão fundamental à lógica da Redução de Danos, que descentra o foco da substância e da abstinência, privilegiando os objetivos singulares de cada usuário atendido no CAPS AD e que deveriam ser produzidos coletivamente pelos PTS. Ainda existem, no CAPS AD, oficinas terapêuticas de redução de danos e acolhimento das demandas dos que não desejam ou não conseguem cessar o uso de substâncias.

Ana, em entrevista, destaca o êxito da produção de saúde em liberdade de forma multiprofissional e ressalta que, eventualmente após a internação psiquiátrica, o sujeito voltaria a realizar o uso de substâncias.

[...] a maioria dos casos não alcança sucesso com o internamento e sim com todas as outras intervenções. Para mim, esse é o grande propósito do CAPS, toda essa intervenção multidisciplinar, porque se fosse só o hospital, a gente sabe que o paciente sairia do hospital e no mesmo dia faria uso de substâncias, de álcool... (ENTREVISTA COM ANA, registro de junho de 2022).

Apesar de se destacar o êxito da produção de saúde do cuidado em liberdade, nos chama a atenção uma sutil preocupação com a manutenção ou não do uso de substâncias após as intervenções. De certa maneira, a questão volta a recair no “uso ou não uso”. Em alguma das reuniões de equipe, durante as pautas de discussão de casos, por vezes, as conversas se viam centralizadas no uso. Em uma dessas situações, uma psicóloga entrevistou pontuando que a pauta da discussão não deveria ser o uso que determinada pessoa faz ou a manutenção da abstinência de outra, mas sim, a pessoa e suas relações com a vida.

Diante disso, nos salta o questionamento: como se tem concebido e praticado a Redução de Danos no seio de uma cultura que ainda está muito atravessada pelo

proibicionismo, pelo paradigma psiquiátrico e repleta de efeitos de verdade do saber-poder médico?

3.2.1 – Desdobramentos proibicionistas na Saúde: nuances com relação à Redução de Danos

Por entre essas frestas, se destacam as nuances encontradas com relação a R.D. Além das forças em disputa com relação aos paradigmas psiquiátrico e da atenção psicossocial, segundo Luana, existem forças em disputa entre o paradigma proibicionista e uma perspectiva Antiproibicionista de Redução de Danos:

O CAPS trabalha muito em uma lógica proibicionista, ou que a abstinência é o caminho terapêutico desejado. E não é sobre isso o serviço... O sofrimento e o trabalho eram muito maiores que usar umas substâncias ou não... Acho que é um processo que está tentando ser instituinte... fomentado. São forças que ainda estão em choque no serviço, muito fortemente. Então, às vezes dizem: “agora, já que existe a questão da redução de danos...”. As pessoas até usam mais o conceito ou amenizam a questão da abstinência, mas se mantém a lógica de trabalho pautada por cessar o uso. (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Desse fragmento se destacam duas maneiras pela qual a Redução de Danos é agenciada, a partir das duas diferentes condutas em questão. Por um lado, há uma conduta que questiona a forma instituída da abstinência enquanto caminho terapêutico desejado, destacando outras dimensões da vida mais importantes. Por outro lado, existe uma conduta na qual a R.D é tomada enquanto uma forma de flexibilizar a questão da abstinência.

Nesse contexto, se os ‘tratamentos’ para se tornar abstinente apresentam uma alta exigência de entrada, a R.D muitas vezes passa a ser entendida enquanto uma baixa exigência, no entanto, se mantém a abstinência enquanto meta de ‘tratamento’.

Nesse contexto, o que é tomado como objeto da redução de danos é a própria categoria da “dependência”. Nesse sentido, a redução de danos seria mera estratégia para se chegar à abstinência. Essa perspectiva conta com um grande respaldo da psiquiatria, ainda fortemente atrelada à uma perspectiva biomédica (SANTOS, 2008). Segundo Santos (2008, p. 82) os sujeitos “são concebidos como passíveis diante do uso, frágeis e incapazes de se adaptar socialmente às normas e regras sociais [...] cooptados pelo poder da droga”. Por outro lado, no trecho da entrevista se destaca que outros fatores como o

sofrimento e o trabalho são maiores que realizar o uso de alguma substância ou não. Nessa direção, a produção de saúde não se confunde com a produção de um sujeito necessariamente abstinente; coloca-se em parênteses a “dependência” e a redução de danos se dirige aos modos de vida.

As práticas e discursos que perpassam o CAPS AD nos mostram, ainda, outras nuances que se operam com relação a Redução de Danos. Em entrevista, Luana relata uma ocasião na qual uma das pessoas que fazem parte da equipe profissional, e que ela considera uma ‘boa profissional’, questiona o fato de um determinado usuário só procurar o atendimento no CAPS AD quando está frio. Segundo ela, aquele usuário só estaria no CAPS para passar as semanas em acolhimento diurno, fazer alguma atividade e se alimentar, como se essa pessoa estivesse fazendo uma espécie de mau uso do serviço:

Para você ver como isso [R.D enquanto caminho para abstinência] tá muito impregnado. Uma profissional relatou que um determinado usuário “só procurou atendimento agora que está frio, ele quer passar aqui em acolhimento diurno duas semanas só para comer e fazer atividade, daqui a pouco ele vai voltar a usar”. E era como se ele estivesse fazendo mau uso do serviço, pois ele estava ali não por querer tratamento, mas abrigo. E então eu a respondi dizendo: “tá, mas isso não é redução de danos? Porque nesse período ele vai estar se alimentando, participando das atividades, desenvolvendo outras habilidades, sendo acolhido por outras pessoas, independente da escolha ou não de depois voltar o uso” (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Nesse contexto, a profissional destaca que o entendimento da redução de danos, em particular, e da produção da saúde, no geral, está muito perpassado pelo ideal proibicionista de que o uso de ‘drogas’ é o problema central e necessário de ser combatido. Em contrapartida, destaca-se, quando conseguimos nos afastar desse ideal, que é possível através de outras linhas de enunciação e visibilidade resgatar dimensões fundamentais à vida de todas as pessoas que, por vezes, são negligenciadas, como a moradia e alimentação. Nessa relação, o que é tomado por sujeito da Redução de Danos é a comunidade; é uma perspectiva que se afasta de uma concepção que privilegia o sujeito individual. Dessa forma, “quando o objeto da Redução de Danos é o modo de viver o sujeito é a comunidade, ou seja, o conjunto de pessoas e instituições nas suas interrelações” (SANTOS, 2008, p. 114).

Partindo dessa unidade sujeito-objeto enquanto modos de vida-comunidade, as ações da R.D caminham na direção da produção de estilos de vida mais saudáveis e a

melhoria nas qualidades de vida, levando em consideração as diferentes dimensões, como garantia de direitos, trabalho, educação, lazer, alimentação, moradia, poder de contratualidade, vínculos afetivos etc.

No entanto, Santos (2008) apresenta uma ressalva quando, em seu trabalho analisando diferentes pesquisas sobre R.D, verifica que por vezes a noção de comunidade é tomada enquanto uma entidade homogênea, negligenciando as diversas segmentações existentes no *socius*, sejam elas segmentaridades que operam a diferenciação por classes sociais, gênero, etnia, sexualidade, entre outras.

Por outro lado, consideramos importante ressaltar ainda que é necessária uma abordagem que não considere o consumo de substâncias como simples atribuição dos efeitos farmacológicos de tais substâncias e de um sujeito-individual que se dobra a esses efeitos.

Conforme Santos (2008), Carneiro (2018), Lancetti (2015), não há de se perder de vistas que as dinâmicas e formas de uso que se estabelecem entre humanos e substâncias psicoativas são perpassadas pelas maneiras de viver historicamente produzidas no seio do sistema capitalista. Este último que, em muitos aspectos, hoje se apresenta como produtor de relações de excesso e compulsão, como exemplificado nas relações estabelecidas entre a sociedade e o uso cada vez mais compulsivo de telas, celulares e rede sociais.

Uma das consequências dos discursos e práticas perpassados pelo ideal proibicionista da abstinência é colocar em movimento uma repetição marcada por afetos de culpa, vergonha, fracasso, o que produz um distanciamento dos usuários dos equipamentos de produção de saúde.

E quando eles têm episódio de recaída, o que acontece? Eles não voltam, ficam extremamente envergonhados e culpados, é como se eles tivessem falhado ou fracassado no processo. Entra na 'lógica da recaída'; se o sucesso terapêutico é a abstinência, quando eles recaem procuram internação, e isso acontece sucessivas vezes. Percebo que os próprios usuários se sentiam extremamente fracassados, como se eles fossem fracos por terem recaído ou que não estivessem valorizando o serviço, fazendo mau uso do serviço. Ou até mesmo como se não houvesse mais esperança para o caso deles. Acho que essa lógica da abstinência acaba afastando usuários dos serviços de saúde (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Nesse cenário, o CAPS AD se encontra em um contexto no qual suas diretrizes apontam para a perspectiva Psicossocial e da Redução de Danos, mas estão inseridas no âmbito de uma política e uma cultura marcadamente proibicionista. Diante disso, buscaremos situar as tensões provocadas pela constante disputa entre diferentes condutas relacionadas ao paradigma proibicionista na atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas ofertada na RAPS, cujas diretrizes institucionais se relacionam à Redução de Danos e à Atenção Psicossocial.

Nessa tarefa cartográfica, acompanharemos os itinerários percorridos por àqueles que usam ‘drogas’ e entram no circuito da atenção à saúde, percorrendo diferentes espaços e se encontrando com toda sorte de discursos e práticas.

3.3 – Droga e saúde: tensionamentos e disputas na RAPS

Em uma tarde de temperatura amena e com raríssimos sopros de vento entrando pelas janelas da sala em que se reúne a equipe multiprofissional, as pessoas vão entrando e se cumprimentando. Assim que todos se acomodaram, inauguramos a discussão sobre as pautas previamente estabelecidas para aquela reunião. Na sequência, se inicia uma questão sobre os encaminhamentos: quem deveria ou não ser encaminhado para o CAPS AD? Nesse sentido:

Acompanhando a discussão de casos. O psiquiatra de outro CAPS não quis atender um determinado paciente devido a uma recaída no uso de crack. [...] Essa questão trouxe à tona a discussão sobre os encaminhamentos. Nessa situação, um usuário que estava vinculado ao serviço, apresentando continuidade no processo de cuidado, deveria ser encaminhado a outro serviço unicamente por estar em uso de substância? (DIÁRIO DE PESQUISADOR, registro de agosto de 2022).

No caso em questão, a pessoa já havia sido usuária do CAPS AD; a equipe lembrou que, naquela época, ele apresentava muitas faltas e não participava muito ativamente do processo de cuidado. No entanto, passou a ser atendido por outro dispositivo CAPS do município, que ficava mais próximo à sua casa e estabelecia outras dinâmicas de trabalho, na qual a pessoa se mostrava mais participativa e engajada na produção de saúde. Até que aquele usuário retoma o uso de crack. Mediante a inserção de uma substância psicoativa no caso, foi imediatamente encaminhado para o CAPS AD, sem se considerar o usuário, a família, o histórico que o processo de cuidado indicava,

marcado inclusive pela vinculação com o outro equipamento CAPS. Esse movimento parece ilustrar o que poderia ser caracterizada como uma tendência a entender o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas como lócus exclusivo destinado à população que faz uso de droga, conforme desabafo da profissional do equipamento:

Ninguém da rede quer atender álcool e drogas. Então, o CAPS AD acaba atendendo várias demandas que seriam de baixa complexidade, que poderiam estar na comunidade, porque sabe-se dessa rejeição. [No CAPS AD] acolhemos e fazemos o acompanhamento, porque ninguém quer atender álcool e outras drogas. Nossa! Já liguei para discutir caso, até psicóloga de atenção básica com uma visão muito, como dizer, preconceituosa mesmo. Muito em um paradigma de abstinência... Era uso de maconha, ela já pensava em possibilidades de internação. O CAPS AD acaba atendendo muitos usuários por essa rejeição da rede (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Nesse sentido, a pessoa que procura assistência em saúde em decorrência de sofrimento causado, dentre outros múltiplos fatores, pelo uso de substâncias psicoativas, é inserida e colocada em movimento em um circuito. De acordo com a entrevistada, quase que num tom de desabafo, diz perdendo a potência de sua voz: “ninguém quer atender álcool e drogas”. Essa rejeição se manifesta de diferentes formas nos diferentes nós da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Foi relatado ocasiões em serviços na Atenção Básica que, em alguns pontos, não acolhem o usuário de álcool e drogas. Em diferentes pontos da atenção primária em saúde se encontraram discursos e práticas marcados por uma lógica proibicionista caracterizada, sobretudo, por um discurso ora moralista, ora medicalizante, privilegiando práticas de internações ou pautadas pelo imperativo da abstinência. Tal rejeição também acontece em outros pontos da rede, na medida em que profissionais se recusam a atender pessoas por estarem e/ou terem voltado a situação de uso de substâncias psicoativas. Assim, se instaura uma dinâmica de que, se a pessoa está em uso, isso é uma demanda unicamente do CAPS AD. Como se dissessem: ‘se você é ou está drogado, procure o seu lugar!’.

Em outra face desse circuito, acerca dos casos que foram atendidos nos leitos da Emergência Psiquiátrica em um Hospital Geral, em grande parte das vezes, estes têm seus itinerários marcados principalmente por dois destinos: aqueles usuários que são novos no serviço permaneciam no Hospital Geral, enquanto aqueles usuários que já passaram por múltiplas internações eram encaminhados diretamente ao Hospital Psiquiátrico. Conforme nos relata Luana:

Geralmente casos de “dependência” saíam do hospital municipal para o Hospital Psiquiátrico. Eram reiteradas interações e, por conta de o Hospital Municipal ter poucas vagas [em Emergência Psiquiátrica], os que já haviam passado por internações iam para o Hospital Psiquiátrico; os que eram a primeira vez ficavam no municipal” (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022).

Diante desse contexto, o questionamento que nos salta e que compartilhamos com Luana em nossa última entrevista é: “qual é o lugar que a pessoa que faz uso de substâncias psicoativas tem ocupado na produção de saúde?”. Então, ao final de nossa entrevista, lhe devolvo essa questão a partir das afetações disparadas durante o processo ilustradas no seguinte diálogo:

Pesquisador: Conforme você me conta as práticas e os discursos com os quais usuários de substâncias se deparam em equipamentos da rede e em outras instituições manicomialis, tenho a sensação de que essa clientela especificada como “Álcool e Outras Drogas” parece não ser recebida na Atenção Básica, e quando chegam ao CAPS AD se deparam com um funcionamento que reproduz, em alguns aspectos, um atendimento ambulatorial e muitas vezes permeado por uma lógica na qual a abstinência é o caminho terapêutico desejado. O que, por sua vez, coloca em movimento o que foi denominado como “lógica da recaída”, na qual o usuário se afasta dos equipamentos da RAPS e passa por outras instituições de internação (os HP’s e as CT’s), parecendo que o CAPS AD fica em um ponto intermediário entre a rua e a internação...

LUANA: Tão difícil, sabe?! Ouvindo você falar, é meio que um não-lugar. Parece que não tem um lugar que eles caibam. Que para eles estarem nesse dispositivo de S.M. eles têm que caber. Tem que estar intoxicado para você caber em uma internação psiquiátrica, tem que estar disciplinado para caber no CAPS AD. Então vai ter que cumprir horário, frequência, e uma certa conduta lá dentro para ser bem recebido. (ENTREVISTA COM LUANA, registro de dezembro de 2022)

Nesse contexto, o caminho feito pela pessoa que faz uso de substâncias psicoativas parece tecer uma trajetória entre Hospital Psiquiátrico, “Comunidade Terapêutica” e CAPS AD. Poderíamos relacionar esse movimento ao que desenhamos como o ritornelo⁴⁸ do CAPS AD, e ampliarmos para pensar para além do ritmo que se desenrola no CAPS

⁴⁸ Discussão realizada no subtópico 4 do capítulo 2.

AD; pensá-lo nos demais pontos da rede. Côrrea (2022) demonstra como o fenômeno da porta giratória instaura um movimento de repetição no qual o usuário passa por uma internação de curta duração em um Hospital Psiquiátrico, percorre outro circuito na RAPS e volta à uma nova internação psiquiátrica.

Já ao chegar no CAPS AD, entrará em um campo de tensionamentos, como já descrito no capítulo 2, entre os paradigmas manicomial e psicossocial. Chegará à sala de espera, aguardará seu horário (quanto mais disciplinado, melhor), passará por atendimentos individuais, oficina terapêutica e virá no próximo dia de agendamento, até que não venha mais, e passe a percorrer outros pontos em um circuito entre ‘HP-CT-CAPS AD’.

Nesse sentido, Lancetti (2015, p. 41) nos alerta: “A contrafissura é o primeiro obstáculo a ser vencido para poder se relacionar com pessoas, biografias, corpos e também para elaborar políticas inteligentes e eficazes”.

CAPÍTULO 4

TORNAR-SE ANTIPROIBICIONISTA: a aproximação entre pesquisador e campo-tema

Para que a gente escreve, se não é para juntar nossos pedacinhos? Desde que entramos na escola ou na igreja, a educação nos esquarteja: nos ensina a divorciar a alma do corpo e a razão do coração.

Sábios doutores de Ética e Moral serão os pescadores das costas colombianas, que inventaram a palavra “sentipensador” para definir a linguagem que diz a verdade
(EDUARDO GALEANO, 1995).

Nos caminhos percorridos até aqui nos situamos em um complexo campo de forças que estão em constante confronto, com mais ou menos sutileza. Nesse campo e na produção deste texto, temos nos posicionado segundo certo *ethos*, justamente por não endossar a ilusória “neutralidade científica”; nos apoiamos nas diferentes contribuições teóricas que caminham na direção de produção de outras políticas de subjetividade, narrativa, pesquisa, cognição, etc. Nesse sentido, conforme Kroef, Gavillon e Ramm (2020, p. 466): “toda pesquisa é uma ação política desde a escolha de sua temática até a divulgação de seus resultados, a metodologia de pesquisa-intervenção se consolida na contracorrente da noção moderna de ciência”.

Em nossa introdução, buscamos situar brevemente alguns agenciamentos que marcariam, por assim dizer, minha inserção em uma certa temática, envolvendo o consumo de substâncias psicoativas e na área da saúde, e esse projeto que não está situado nem ao começo nem ao fim do mestrado em si, se encontra no *intermezzo*.

A produção de uma pesquisa-intervenção “compreende a delimitação de um tema de pesquisa e a construção de uma estratégia metodológica que envolvem a produção de um contexto de experiência específico” (KROEF, GAVILLON; RAMM, 2020, p. 468), destacando, todavia, que o campo empírico da pesquisa extrapola a localidade geográfica do lugar na qual a pesquisa se realiza. O recorte espaço-temporal do CAPS AD não delimita o campo de pesquisa, uma vez que na pesquisa cartográfica estamos entrando

em contato com os territórios existenciais, constituído das relações entre as práticas, discursos, ritmos, afetos, movimentos do pesquisador e dos participantes.

Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos "indo" ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema. O que nós buscamos é nos localizar psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis (SPINK, 2003, p. 36).

Nesse contexto, o diário de campo é considerado uma ferramenta fundamental para destacar linhas de enunciação e visibilidade acerca da implicação pesquisador-campo/tema.

Uma vez que a configuração do campo da pesquisa se inicia com a relação do(a) pesquisador(a) com o tema pesquisado, sua extensão não pode ser reduzida ao espaço-tempo de realização de uma oficina ou entrevista. Quando tratamos de um campo-tema, pensar a implicação do(a) pesquisador(a) com a pesquisa na qual ele(a) está inserido compreende a produção de um posicionamento ético-político no pesquisar que, por sua vez, contribui para a problematização de outras formas de implicação em processos pessoais e profissionais no cotidiano. Pensar a implicação do(a) pesquisador(a) é reconhecer-se em um paradigma de pesquisa no qual os sentidos da intervenção são sempre problematizados e toda a ação de produção de conhecimento é entendida como intervenção no campo social (KROEF, GAVILLON; RAMM, 2020, p. 468-469).

Contudo, ao encarar essa pesquisa de forma rizomática, cabe problematizar uma “leitura individualista do pesquisador, em sua atuação como autor em um contexto de subjetivação neoliberal” (KROEF, GAVILLON; RAMM, 2020, p. 476), em que é necessário ressaltar o caráter coletivo da enunciação⁴⁹. Nesse sentido, nos parece pertinente as palavras de Guattari (1992, p. 11), na obra *Caosmose*: “A subjetividade, de fato, é plural, polifônica, para retomar uma expressão de Mikhail Bakhtine”.

Nessa direção, o presente capítulo se compõe com o diário de campo, com o desenvolvimento desta pesquisa, com a escolha do tema e de um determinado *ethos*, e ainda, possibilita-nos cartografar alguns dos movimentos que aproximam pesquisador-mundo pesquisado, narrando fragmentos de um ‘tornar-se’: tornar-se Antiproibicionista. Por fim:

Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever, é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo (LARROSA, KOHAN, 2002, p.1).

⁴⁹ “Não existe enunciação individual nem mesmo sujeito de enunciação. [...] O caráter social da enunciação só é intrinsecamente fundado se chegamos a mostrar como a enunciação remete, por si mesma, aos agenciamentos coletivos. [...] é o agenciamento, tal como surge livremente nesses discursos, que explica todas as vozes presentes em uma voz” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 18-19)

4.1. Sobre os anos 2000 e as vivências com o tema das drogas

Era início dos anos 2000; ainda criança, recorde de sentar-me no sofá e olhar para uma TV de tubo cuja imagem se misturava aos inúmeros retratos de rostos da família, ainda que não me fossem todos familiares. Era comum, no horário do almoço, a televisão estar ligada em algum jornal sensacionalista que todo dia falava sobre mortes causadas pelas drogas (na verdade, as mortes eram causadas pelos confrontos armados frutos de uma necropolítica⁵⁰, mas não poderia nem imaginar isso naquele tempo). O crime se relacionava à droga; noutras vezes, além do crime, entre os perigos mortais das drogas, se destacavam sua potencialidade de “levarem as pessoas à loucura”.

Algumas propagandas televisivas me diziam que se eu usasse “drogas” meu cérebro fritaria tal qual um ovo em óleo quente, ou que as drogas dariam “descarga” na minha cabeça, ou até mesmo que me tornaria um zumbi. De certa forma, aterrorizante, mas muito irreal (mesmo para uma criança de poucos anos). Então em um dia, assistia uma novela veiculada em um canal de uma grande rede nacional de televisão, na qual uma das personagens vendia sua televisão para comprar drogas. Que medo!!! Pensei naquele momento: “eu nunca iria querer vender a televisão que assisto meus desenhos para comprar drogas!”. E, naquele movimento, a tal “droga” ia se transformando em uma grande sombra abstrata cuja qual deveria fugir a todo custo. Não foram poucas as vezes que fomos bombardeados com informações tendenciosas acerca daquilo que foi dito, ou mal-dito, como ‘cracolândia’.

Passado algum tempo, nas tardes de sol que passávamos nas ruas e quadras do bairro onde morava jogando futebol, aquela ideia abstrata da ‘droga’, enquanto a encarnação de tudo que há de pior, ia sendo permeada por questionamentos e contradições na medida em que passava a me encontrar em situações nas quais avistava pessoas realizando uso; chegava a ver de perto aqueles produtos tão demonizados. Na quadra de jogos da praça da igreja se reuniam dezenas de jovens de diversas idades, nos separávamos em time e passávamos a tarde jogando futebol. Nesse *intermezzo*, tinham aqueles que “fumavam um baseadinho no intervalo”; outros portavam pedras de crack, mas aquelas pessoas não se pareciam como os “zumbis-criminosos-possuídos pelo demônio” das televisões. Eram jovens que gostavam de jogar futebol. Eles conversavam, sorriam, contavam piada, se frustravam com os jogos perdidos, alguns trabalhavam,

⁵⁰ Conceito elaborado por Achille Mbembe no livro intitulado “Necropolítica”. Ver mais em MBEMBE, Achille. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p

outros estudavam, outros se diziam “da rua”, mas no final das contas cada um ali só queria fazer um gol para que seu time ganhasse.

Quanto mais percorria outros territórios, mais distintas e complexas me pareciam as conexões que agenciam as ‘drogas’ ao mundo e sua história. Passando por outras linhas de enunciação e visibilidade, no cinema, na música, nas artes plásticas e visuais, na academia, muito se era dito sobre as drogas.

Quando eu nasci, no ano de 1997, o Planet Hemp já dizia “eu fumo minha erva e não faço mal a ninguém, aí eu te pergunto, a culpa é de quem?”. Enquanto a grande mídia e setores conservadores criavam um sentimento de insegurança generalizada frente ao que a mídia dizia ser a “epidemia do crack” no Brasil.

Do outro lado da América, já no ano de 2003, se inauguravam salas de uso seguro para usuários que historicamente se aglomeravam em uma região de Vancouver⁵¹. Naquele período, o rapper Sabotage, ou conhecido como ‘uma luz que nunca irá se apagar’, tocava nas tardes de futebol, nos ‘rolês de bike’ e cantava: “para meu alívio eu quero um beck”.

Foi nesse mesmo período, durante o primeiro Governo Lula, que se inauguram os CAPS AD no Brasil, e se fomenta uma discussão muito ampla e rica na direção da produção de outro paradigma para que nos relacionemos com as diferentes substâncias psicoativas que existem em nosso repertório.

Passaram os anos e me vi desacreditado de tudo que as pessoas me falavam sobre as drogas; tudo parecia não passar de uma guerra interminável de narrativas. Então, já na condição de usuário, passava a procurar aquelas narrativas que me fizessem mais sentido, ou aquelas que me provocavam maior identificação. E foi na música, sobretudo no rap, que encontrei palavras que me davam acalanto. Afinal, eu não poderia ser uma pessoa tão ruim só por fumar maconha, e nessa necessidade de encontrar semelhança nas diferenças passei a viajar por referências que muitas vezes me ‘diziam o que eu queria ouvir’.

Desde a “Purple Haze”, do Jimi Hendrix, à “Legalize it” do Peter Tosh, passando pela “Cone Crew Diretoria” cantando “Sem a planta não dá mais”. Poucos exemplos das trilhas sonoras que ditavam o ritmo das incontáveis tardes e noites que passávamos pela rua, de praça em praça buscando acertar alguma nova manobra naquelas saudosas

⁵¹ MENA, F. Vancouver criou abrigos e salas de uso seguro de drogas contra dependência. Folha de São Paulo, São Paulo, 01 de maio de 2017. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/06/1889233-vancouver-criou-abrigos-e-salas-de-uso-seguro-de-drogas-contradependencia.shtml>. Acesso em: Jun. 2023.

“sessões de skate”. A essa altura, capturado por um emaranhado de regimes de enunciação e de visibilidade, de forças, de subjetivação, de brecha, de fratura, que quanto mais se cartografa, se torna mais complexo, o que não faltavam eram questionamentos, e uma certa indignação.

4.2. Militância e pesquisa, ou pesquisa-militante

Já ligado a um movimento social Antiproibicionista, me encontrava com tantos outros enunciados que denunciavam tudo aquilo que era forçosamente não dito, e para além do dizer e do não dizer, aquilo que historicamente se tornou possível e legítimo de ser dito.

Não que todo este tempo eu estivesse conscientemente cartografando, mas todas essas experiências compõem a cartografia que está em curso enquanto escrevo. Para além do que ouvia e via nos noticiários, nas músicas, filmes, entre os anos de 2017 e 2020 passei a ampliar a exploração que fazia com relação as drogas, através de diferentes agenciamentos: (1) realizando um projeto de iniciação científica, que na época buscava apresentar um breve panorama histórico da proibição da maconha no Brasil e pontuar efeitos desse processo na subjetividade de pessoas relacionadas de diferentes maneiras com a planta; (2) atuando na articulação de um coletivo de pessoas para realizar a marcha da maconha, eventos científicos, ações de redução de danos, e a produção de um documentário que permanece inacabado. E enquanto um sujeito que mergulhava nas experimentações de diferentes substâncias que se possibilitavam e que começava a pensar reflexivamente no uso de drogas a partir de formações complementares em Redução de Danos.

O processo de pesquisar em um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC) marcou o contato e a aproximação com regimes de enunciação que pareciam dar um contorno mais real sobre a questão do uso de substâncias psicoativas, momento este no qual as contribuições teórico-metodológicas de Michel Foucault apareciam enquanto importantes ferramentas para dar uma inteligibilidade naquele emaranhado de contradições no qual me debatia enquanto ‘usuário de drogas’.

Em uma primeira aproximação, o conceito de biopolítica (FOUCAULT, 2008) aparece enquanto uma ferramenta importante, quando naquele momento pudemos olhar para o proibicionismo através das contribuições desta ferramenta conceitual, o que possibilitou traçar uma compreensão para além daquele discurso oficial e muito propagado sobre uma espécie de “Santa Cruzada” contra as drogas que serve de pretexto

pra justificar as mais absurdas atrocidades policiais e violação de direitos que temos visto até hoje.

Ali percebemos que não bastava argumentar que tal ou qual droga deveriam ser regulamentadas, tampouco demonstrar cientificamente os benefícios médicos e econômicos que tais substâncias poderiam nos trazer enquanto sociedade, sem ignorar que são informações importantes e que tem seu papel na produção de um novo paradigma com relação as drogas. Mas não bastava pelo fato do proibicionismo estar associado a elementos muito mais fundantes da organização de nossa sociedade. A começar pelo passado escravocrata, passando pela produção dos mais diversos estigmas com os quais os denominados ‘drogados’ são marcados há pelo menos um século.⁵²

O que estava em jogo era isso: ‘Fazer viver e deixar morrer⁵³’ (FOUCAULT, 2005). Fazer viver a partir de uma determinada política de subjetividade, e deixar tantos outros que não se enquadrem, morrer. Nesse sentido, apenas a noção tecida através das contribuições da Biopolítica parecia deixar que algo escapasse. Ao vermos as inúmeras ações policiais em regiões periféricas, favelas, etc., parecia-nos que não se tratava de deixar morrer, mas sim uma gestão violenta e calculista capaz de distribuir a morte pelo *socius*. Naquele momento nos aproximamos da noção de Necropolítica, proposta por Achille Mbembe (2018). Em seu livro, o filósofo camaronês analisa contextos de ocupação colonial, argumentando a insuficiência do conceito de biopolítica para dar conta destes contextos, sublinhando que mais do que “fazer viver e deixar morrer”, o colonialismo, de fato, distribuía a morte por meio de diferentes tecnologias.

Diante disso, chamava-nos a atenção que, de certa maneira, o proibicionismo brasileiro parecia criar cenários próximo aos analisados por Mbembe (2018), no entanto, com algumas singularidades. Tais cenários são ilustrados pelas grandes operações e chacinas policiais em áreas periféricas e favelas.

Ainda pelos encontros suscitados no processo de pesquisar, a leitura do “Governo ético-político dos usuários de maconha”⁵⁴ nos colocou a pensar as diferentes maneiras

⁵² Ver mais em: SOUZA, J. E. L. de. Sonhos da diamba, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. 1. ed. Salvador: EDUFBA/CETAD-UFBA, 2015. v. 1. 263p.

⁵³ E eu creio que, justamente, uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania - fazer morrer ou deixar viver - com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modifica-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de "fazer" viver e de "deixar" morrer. O direito de soberania e, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito e que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer (FOUCAULT, 2005, p. 287).

⁵⁴ RIBEIRO, T. M. Governo ético-político de usuários de maconha. Curitiba: Prismas, 2016.

que as pessoas se relacionam com a maconha, e os processos de subjetivação acionados por diversas práticas de si. Este livro me afetou de tal maneira que passei a experimentar suas contribuições investindo sobre a maneira mesma que eu me relacionava com a maconha, buscando estabelecer relações mais reflexivas e saudáveis com a planta que tanto gostava.

Nesse contexto, meu pensamento foi sendo povoado por outras tantas vozes como de Escotado⁵⁵ (1941 – 2021), Timothy Leary (1920 – 1996), e muito aprendi com os “ensinamentos de Don Juan”⁵⁶, que me diziam possível e necessário que nós, enquanto sujeitos coletivos, produzíssemos outras formas de agenciar pessoas e substâncias, que escapassem, ou melhor, que fraturassem o proibicionismo.

Paralelamente, o Movimento da Marcha da Maconha foi realizado a partir do encontro e da construção de um coletivo de pessoas preocupadas na construção de um novo paradigma de relação com as drogas. Apesar de ser uma Marcha da Maconha, assumimos enquanto coletivo uma identidade Antiproibicionista, consolidando o primeiro Coletivo Antiproibicionista da cidade. Diante disso, passamos a nos organizar e conseguimos levar cerca de mil pessoas para as ruas mais centrais de uma cidade conservadora, que assistiu rangendo os dentes uma manifestação pacífica que colocou a periferia nos centros, e perfumou com uma neblina florida os caminhos pelos quais passávamos.

A marcha, no entanto, era uma das atividades que nos propomos realizar enquanto coletivo. Ela foi acompanhada pela realização de outros eventos, tendo em vista, para além da mobilização coletiva nas ruas das cidades, provocar deslocamentos com relação aos discursos e práticas que pareciam instituídas com relação à maconha e com outras drogas. A partir do entendimento do Proibicionismo enquanto uma instituição, ou um paradigma, mais próximo ao contorno que Kuhn (1998)⁵⁷ fornece ao termo, o que se buscou foram maneiras de desnaturalizar as leis que fundamentam a proibição das drogas, as formas de cuidado ao usuário pautadas na abstinência, bem como evidenciar a criminalização da cultura negra e o racismo enquanto produtos de uma política de “Guerra às drogas”.

Diante disso, procuramos realizar, com a colaboração de todo Coletivo Antiproibicionista e muito outros/as camaradas que se juntaram ao movimento, a primeira

⁵⁵ ESCOTADO, A. Historia General de las drogas. Madrid, Editorial Espasa Calpe, 2004.

⁵⁶ CASTANEDA, C. Os ensinamentos de Don Juan. Leya, 2020.

⁵⁷ KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1998.

Semana Antiproibicionista de cidade. Promovemos uma palestra contextualizando historicamente o paradigma proibicionista e as diferentes perspectivas para além de suas formas já instituídas; também abordamos o viés racista do proibicionismo, colocando em debate o proibicionismo e seus impactos no encarceramento e genocídio da população negra e periférica; assim como debatemos os avanços em terapêuticas que utilizam a maconha e procuramos desdobrar alguns aspectos jurídicos acerca da proibição, em especial a inconstitucionalidade do Art.28 da lei 11.343/2006. Para finalizar o debate, procurou-se introduzir a Redução de Danos enquanto uma lógica de cuidado Antiproibicionista e seus desdobramentos tanto na saúde pública quanto em outras estratégias, como a R.D em contexto de festas, estratégias pontuais para reduzir potenciais danos proveniente do uso de determinadas substâncias, o que acabou virando uma pequena cartilha denominada “Dicas de sobrevivência no Proibicionismo”.

O coletivo Antiproibicionista ainda foi responsável por realizar eventos de informação e capacitação para o uso terapêutico da maconha e conquistar judicialmente o direito de acesso à essa terapêutica e, até o momento, pudemos realizar outras três manifestações da Marcha da Maconha na cidade.

4.3. Breve inserção nas Escolas do município

Posteriormente, já formado em Psicologia, comecei a trabalhar em um projeto de extensão, que se tratava de um núcleo de educação e prevenção ao uso abusivo de drogas⁵⁸. O projeto é uma experiência e uma aposta em práticas de prevenção que estejam relacionadas à lógica da redução de danos, em uma perspectiva Antiproibicionista. O trabalho é realizado com pessoas jovens, adultas e idosas de escolas públicas da cidade, nesses espaços de produção coletiva, onde se ampliam os discursos e afetos agenciados a partir da droga.

Na experiência com adolescentes, se observa que, mesmo sem serem usuário de algumas substâncias ilícitas, sujeitos estão perpassados pelo dispositivo das drogas de diferentes maneiras, seja com a experiência de alguma pessoa próxima, seja nos noticiários, nos ambientes de encontro, na igreja; seja com a experiência do uso de drogas psiquiátricas e, em grande parte dos casos, uma aproximação talvez até prematura com os aparelhos conhecidos com ‘cigarro eletrônico’, ‘pod’ ou ‘vapes’ (cada qual com suas particularidades). No entanto, na dimensão escolar, das instituições, das grades

⁵⁸ Núcleo de Educação para Prevenção ao Abuso de Drogas - NUPAD/SETI/USF. Projeto locado em: CCH-DPI - Departamento de Psicologia

curriculares, pouco se permite o dizer sobre as drogas, ainda que, ao realizar o trabalho nesses espaços educacionais, o encontro com a temática das drogas se mostrou alvo de muita importância. Em todas as turmas em que pudemos trabalhar, o relato era o mesmo: a única experiência de falar sobre drogas em ambiente escolar havia sido a experiência do PROERD⁵⁹.

Os alunos, quando questionados se já haviam tido contato com essa temática, davam risada e diziam “só PROERD”. E em alguma dessas ocasiões perguntei-lhes o porquê a resposta vinha acompanhada com risos e piadas. E diante das diferentes respostas um aluno me diz: “*porque o PROERD é uma piada né!? Não presta pra nada!*”. A abordagem desse programa consiste, fundamentalmente, na manipulação do medo, se utilizando de estigmas historicamente produzidos e informações muitas vezes falsas e sem fundamentação científica. Diante disso, pautado na desinformação, no sensacionalismo e no medo, o programa não se mostrou capaz de se conectar com a sociedade, tampouco, com os jovens alvos dos programas de prevenção.

Buscando um deslocamento, no projeto de extensão Núcleo de Educação para Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas, apostamos na criação de um vínculo para produzir um espaço de reflexão e acolhimento. A partir disso, pode-se estabelecer diálogos com os alunos de diferentes idades acerca de questões fundamentais sobre as ‘drogas’. A começar pela controversia categoria de ‘droga’: aquela imagem maniqueísta da ‘droga’ sendo as substâncias ilícitas/proibidas não parecia suficiente, e quando enunciávamos a pergunta clichê “o que é droga?”, as repostas eram das mais variadas, desde as substâncias lícitas, como também as ilícitas, sobretudo, álcool e medicamentos, mas alguns também diziam do açúcar, do celular e de videogames.

Em meio a tanta amplitude, o que conectaria todos esses elementos heterogêneos à sombra da categoria “droga”? O breve silêncio que se instaurou no grupo naquele momento logo sente-se irromper por uma respiração mais funda, que anuncia o presságio de uma resposta: “ah, tudo é droga porque tudo isso vicia”. E o vício é o segundo embaraço no qual os enunciados e as práticas se engendram. Não parecia haver consenso algum, pois o vício as vezes era dito como uma doença do cérebro, coisas que acometem

⁵⁹ As ações oficiais de prevenção que tiveram alcance nacional e que se mantêm até os dias atuais são muito restritas. Resumem-se a cursos de capacitação à distância, como por exemplo o Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (SUPERA) 46, além de um programa de prevenção, o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), desenvolvido nas escolas pela Polícia Militar desde 1992 (TAMATSU; SIQUEIRA; PRETTE. 2020, p. 6).

“pessoas de cabeça fraca”; outros enunciados denunciavam o ‘vício’ como um afastamento de Deus ou simples falta de caráter. Nessa dimensão, por mais que as causas do vício fossem atribuídas a diferentes causas, o que unifica essas respostas, por mais distantes que cada resposta singular acerca do vício parecia ser, todas carregavam em si uma similaridade: remetiam a um sujeito-individual que era causa e efeito do vício.

Outros grupos de respostas destacavam outras dimensões acerca do que seria o “vício”, como a busca por um acalanto em meio aos diversos sofrimentos que tramam uma vida, a sobrecarga de trabalho, os vínculos familiares e afetivos, as experiências traumáticas, e tantos outros exemplos.

Nesses percursos, por entre os diferentes caminhos traçados por cada experiência com os diferentes grupos, todos compartilharam um último embaraço: para além das drogas, como nós, enquanto sujeitos coletivos, estamos nos relacionando com a vida e com o mundo? Nesse sentido, a prevenção poderia ser operada como uma ferramenta, uma Tecnologia de Si, como diria Foucault (2004), indo na direção de produzir novos modos de vida.

Ainda que o tema ‘vício’ tivesse se apresentado enquanto diversidade de causas, respostas, debates e reflexões, quando tentamos pensar intervenções para produzir saúde com pessoas que fazem o uso abusivo, a principal referência que os grupos compartilhavam era o internamento. Nesse ponto, o trabalho que vinha sendo realizado com NUPAD se encontrava com a inserção enquanto pesquisador no CAPS AD.

4.4. Tornar-se cartógrafo e os percursos em um Programa de Pós-Graduação

Durante os últimos anos da graduação, meu interesse cada vez mais se conectava com questões envolvendo a Saúde Pública e a Reforma Psiquiátrica. Enquanto mergulhava na “Instituição Negada” (BASAGLIA, 1985)⁶⁰ e percorria a “História da Loucura” (FOUCAULT, 2019), me deparei com processos, imagens, legislações e movimentos que pareciam comuns no processo por meio do qual a psiquiatria tradicional produz a ‘loucura’ enquanto doença mental e elege o manicômio (permeado por todas as violências que se era possível aplicar) como ‘lócus exclusivo’ de suposto ‘tratamento’ das pessoas ‘loucas’. Mas estes livros também denunciavam o quanto essas internações também tinham uma função de retirar do convívio social, não apenas os doentes, mas

⁶⁰ BASAGLIA, Franco (Org). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1985.

todos aqueles que não conseguiam ou não queriam se ajustar às normas de uma sociedade marcadamente racista, patriarcal e burguesa.

Nesse sentido, tal qual denuncia Maria Clementina da Cunha (2022), o manicômio já foi um destino desafortunado para pessoas que eram apenas pobres, ou mulheres que lá foram trancafiadas ao bel prazer do cônjuge, ou, às vezes, do amante. Não raro, inúmeras pessoas povoaram os manicômios sob a categoria diagnóstica do alcoolismo, da toxicomania e, mais tarde, da dependência química.

Lima Barreto (2004, p.6) dizia, em 4 de janeiro de 1920: “De mim para mim, tenho certeza que não sou louco, mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material hão seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: deliro”.

Paralelamente à medicalização do uso de substâncias psicoativas, com a consolidação de categorias diagnósticas e do manicômio, de forma complementar, as “drogas” passam a ser agenciadas por uma racionalidade proibicionista.

Foi, portanto, nessa interseção que escolhi direcionar meus esforços na criação de um projeto de mestrado. No entanto, como em tantas coisas da vida, não conseguia uma linearidade que imaginava ser possível. O texto que hoje contempla quase 40 mil palavras não é nem um pouco parecido com o primeiro projeto, feito para o processo seletivo. Ele passou por transformações tão grandes e assumiu formas que não podia imaginar, tal qual acontece conosco quando nos propomos a atravessar uma Pós-Graduação em Psicologia.

Um importante deslocamento com relação à trajetória de pesquisa que vinha traçando desde minha graduação foi o encontro com a “Cartografia”, a partir de uma (IN)Disciplina chamada “Cartografia, território e subjetividade”.⁶¹ Os afetos produzidos e sentidos nesse espaço foram tamanhos que não era possível apenas entregar um trabalho final e parar por aí. Foi preciso que eu e Dani (a orientadora e amiga) decidíssemos embarcar numa aventura e produzir uma cartografia.

A partir disso, tudo o que já havia sido escrito enviei para lixeira sem hesitação, e inspirado em Eduardo Galeano, começamos o texto que (de)virou o que hoje vocês estão lendo.

Paralelamente, passava a me inserir no território existencial da Pós-Graduação e do CAPS AD, a partir do contato com os profissionais, usuários, a participação nas oficinas, etc. Conforme fui sendo apresentado ao equipamento e suas dinâmicas,

⁶¹ Disciplina vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPI) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), no ano de 2021.

passamos a percorrer fragmentos do ritornelo que ali se produzira, de um ritmo marcado por formas instituídas, um tanto quanto naturalizadas.

Na tentativa de traçar um mapa de um fragmento do dispositivo-droga, que diz respeito à atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, procuramos cartografar as linhas de enunciação, visibilidade, força e subjetivação que perpassam e produzem o campo de relações do CAPS AD.

Não podíamos, no entanto, perder de vistas que o próprio pesquisador, habitando este território existencial, será engendrado por essas linhas provocando afetações que se distribuía pelo corpo, ora em sentimentos, ora em questionamentos. Não raro, a ferramenta conceitual da “dependência química” é levantada com tamanho efeito de verdade, que até na mais sutil conversa na cozinha, a dependência é um dado: “Basta ver pra crer”.

Foi, todavia, a partir principalmente do trabalho com o diário de campo que todos esses questionamentos, essas forças nas quais me sentia engendrado tomaram um certo sentido, ou melhor, indicaram-nos um certo caminho a ser percorrido, e foi tal caminho que essa dissertação procurou acompanhar. Nessa direção, “a experiência narrativizada – escrita e organizada na forma de um relato de si – nos transforma, possibilitando novas aberturas e afetações [...] a experiência ganha forma ética, estética e política, possibilitando novas formas de ser” (MARQUES; BIONDI, 2016 apud. KROEF, GAVILLON; RAMM, 2020, p. 473).

Mas tal escolha política que fizemos se tornou possível a partir da escolha de uma determinada perspectiva de pesquisa científica, que se faz a partir de um *ethos* de pesquisa, uma direção ético-política à qual nos alinhamos. Sendo assim, não poderíamos concluir esse pequeno fragmento sem deixar de concordar com Slomp Jr. et al (2020, p. 4):

O diário de campo é uma narrativa da relação entre pesquisador-mundo pesquisado que opera uma interferência nos instituídos que organizam esse mundo [...] entendemos como uma entrada nos mundos da saúde muito mais como encontros de corpos do que sob mediação de um aparelho cognitivo, constituindo um esforço de apreensão de fluxo e registro com múltiplos tempos, entradas e vozes, de modo rizomático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU APENAS ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

Parece de enorme dificuldade elaborar uma conclusão. Por vezes, parado frente ao computador com uma tela de 17 polegadas que se confunde na composição de uma parede já antiga, povoada por rostos de inspiração, se engrandece uma questão: como concluir, finalizar algo, que não tem começo nem fim? Não sei se precisamos concluir, mas continuamos a escrever, e lembramos do que disse Altieres Frei (2019, p. 424) com uma sutileza sensível: “Escrever é continuar cavando, como quem teima em achar ouro, diamante, fóssil, memória, raiz, rumo” (FREI, 2019, p. 424).

Há poucos anos, embarcamos numa aventura cartográfica por entre as linhas que compõem o que chamamos de dispositivo das drogas e atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas; lembremos de Deleuze (2005, p. 1):

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de ‘trabalho de terreno’. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal.

Dessa forma, ao buscar acompanhar as linhas e forças que engendram a atenção à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, instalamo-nos em uma zona de intensidade de um amplo dispositivo das drogas; melhor dizendo, é um platô do dispositivo-droga que se compõe com tantos outros.

A escolha de um tema, os caminhos metodológicos, as ferramentas de intervenção e as formas de registro fizeram parte de um *ethos* que implica tomadas de posições fundamentalmente políticas e que, por sua vez, não se iniciam propriamente com as primeiras idas ao CAPS AD, tampouco nas primeiras aulas em um Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Antes, fazem parte de toda uma rede de relações, que foram de forma breve e fragmentada apresentada ao longo do capítulo 4, desenhando as linhas pelas quais se ligam pesquisador e campo-tema.

É nesse contexto que propomos enquanto ‘lócus’ de pesquisa adentrar pelo CAPS AD, entendendo-o como um equipamento no qual poderiam transitar temas que a mim são tão caros: o consumo de substâncias psicoativas e a Saúde Pública.

Nesse percurso, passamos a habitar um determinado território existencial que parecia se tornar mais complexo a cada dia, sendo também engendrado pelas forças e

pelas diferentes linhas de visibilidade, enunciação e subjetivação em curso. Nosso trabalho enquanto aprendizes-cartógrafos remete à produção de um mapa provisório e de caráter processual: “A cartografia registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação, pela natureza, pelo desenho do tempo, pela vida que ali passa” (FONSECA; KIRST, 2003, p. 260-261).

Dessa forma, estamos tratando de uma paisagem que é palco permanente de tensões e disputas que se manifestam de diferentes maneiras, em dimensões macro e micropolíticas. Se coloca em jogo a disputa entre diferentes políticas de subjetivação, de narratividade, de cognição, que engendram práticas, discursos, normativas, condutas e outros elementos que procuramos acompanhar em movimento no presente trabalho.

Nos situamos, sobretudo, entre dois paradigmas que produzem e são produzidos por todos esses elementos supracitados: estamos percorrendo um *intermezzo* entre um PPHM e Proibicionista e uma perspectiva pautada pela Atenção Psicossocial e a Redução de Danos. Estamos, portanto, falando das forças em disputa no processo de Reforma Psiquiátrica, que não é um acontecimento histórico e acabado, mas um processo em curso que se desdobra nas distintas práticas e discursos acompanhados pela presente cartografia.

Sendo a R.P este processo complexo e palco permanente de disputas, Amarante (2007) destaca que as rupturas necessárias para a produção de um novo paradigma em saúde abrangem quatro dimensões: a) teórico-conceitual; b) técnico-assistencial; c) sociocultural; e c) jurídico-política.

Pensando com Paulo Amarante (2007) a partir das quatro dimensões do campo da Atenção Psicossocial, em uma **dimensão jurídico-política** o movimento de luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica conquistaram legislações e portarias ministeriais que visam garantir o cuidado em liberdade. Além disso, conquistou-se a instituição de seus princípios como sendo norteadores da produção de saúde através da RAPS. No entanto, por um lado não se extinguem os manicômios; por outro lado, recentes governos fomentaram e incentivaram uma contrarreforma, que se traduziu no aumento de financiamento de instituições manicomiais e religiosas, enquanto subfinancia os equipamentos da rede.

Ainda nessa dimensão, ao se tratar da atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias, ainda que as legislações norteadoras se apoiem na Redução de Danos, os equipamentos de saúde são perpassados por uma cultura e uma política marcadamente proibicionista.

Em uma **dimensão teórico-conceitual**, esse equipamento é povoado por discursos e práticas ainda em muito perpassadas por um paradigma psiquiátrico e proibicionista, tendo na ferramenta teórica da “dependência química” um grande vetor que caminha na direção do PPHM. Tal conceito se liga e confere suposta legitimidade aos discursos e práticas manicomiais. Elementos que tomam as formas instituídas, no entanto, são constantemente deslocados por processos instituintes que desnaturalizam “as verdades sobre as drogas e os drogados”, realizando o giro epistemológico de “colocar entre parênteses as drogas” para assim, se encontrar com pessoas.

No que diz respeito à **dimensão técnico-assistencial**, a partir do final de década de 1980 até meados da década 2010 houve a implantação de diversos serviços substitutivos que passaram a coexistir com outras instituições manicomiais e religiosas, como hospitais psiquiátricos e “comunidades terapêuticas”. Nesse contexto, juntamente aos impactos de instituições asilares na rede, há os impactos provocados pelas dimensões teórico-conceituais e jurídico-políticas, que dificultam a conexão entre os diferentes equipamentos de saúde, e conseqüentemente, a efetuação de uma Rede de Atenção Psicossocial.

Em uma **dimensão sociocultural**, o consumo de ‘drogas’ ainda é muito permeado por concepções cristalizadas no *socius* que remetem aos processos de medicalização e criminalização pelos quais a “droga” foi engendrada. Nesse sentido, os paradigmas Proibicionista e Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador parecem complementares, produzindo e distribuindo muito daquilo que se vê e que se diz sobre a experiência do consumo de substâncias psicoativas. Em muitos espaços, se trata com naturalidade a permanência dos binômios drogado-dependente e dependência-doença.

Os movimentos de cunho Antiproibicionista e as experiências de Redução de Danos conseguiram, por sua vez, traçar linhas de fuga e provocar deslocamentos naqueles paradigmas, produzindo outros regimes de enunciação e visibilidade acerca do uso de substâncias, deslocamentos estes que se efetuam de diferentes maneiras: na sutileza de um diálogo em uma cozinha na qual se diz “mas maconha não é droga”, no exemplo daquelas pessoas que buscam um equipamento de saúde para produzir novos modos de vida e pelos movimentos operados pela equipe multiprofissional de um CAPS AD.

Não obstante, o campo da atenção à saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas é perpassado por outras zonas de intensidade do dispositivo-droga, seja em relação à outras instituições, como o exemplo das prisões, seja pela “própria subjetividade contemporânea francamente compulsiva” (LANCETTI, 2015, p. 23). É nesse contexto,

que Lancetti (2015) situa a “contrafissura” enquanto um “êxito” do proibicionismo, e que parece se atualizar na medida em que perpassa as diferentes intensidades do dispositivo-droga e se mantém como um obstáculo ao movimento de Reforma Psiquiátrica.

Se em algum momento pouco se considerou acerca da complementaridade dos Paradigmas Psiquiátrico e Proibicionista, diante do horizonte de grandes desafios no qual se encontra o processo de Reforma Psiquiátrica e, mais amplamente, a Saúde Pública, é cada vez mais importante que um *ethos* antimanicomial seja, necessariamente, Antiproibicionista.

Diante disso, não buscamos um último parágrafo que coroaria uma suposta totalidade do trabalho; preferimos entender esse trabalho enquanto “um conjunto de linhas em conexão e de referência cujo objetivo é desenvolver e coletivizar a experiência do cartógrafo” (PASSOS; KASTRUP ESCÓSSIA, 2020, p. 14). Diante disso, mais importante que analisar, diagnosticar, ou significar, propomos que este trabalho possa ser disparador de encontros, ampliar as vozes que em si carrega e fazer rizoma com o mundo.

“E quando não se pode concluir? Reticências ao invés de ponto final” (NASCIMENTO; PINAFI; PERES, 2014, p. 104).

Um sistema de desvinculo: Boi sozinho se lambe melhor... O próximo, o outro, não é seu irmão, nem seu amante. O outro é um competidor, um inimigo, um obstáculo a ser vencido ou uma coisa a ser usada. O sistema, quando não dá de comer, tampouco dá de amar: condena muitos à fome de pão e muitos mais à fome de abraços.

(EDUARDO GALEANO, 1995)

Referências

- ADIALA, J. C. **Drogas, Medicina e Civilização na primeira república**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em História da Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.
- ALVAREZ, J; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020, p. 131-149.
- AMARAL, M. M. S; ESCÓSSIA, L. Por uma clínica de(s) território no contexto do SUS. **Fractal: Revista de Psicologia** [online]. 2021, v. 33, n. 1.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(6), jun. 2018.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*, 5ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARRETO, L. **O cemitério dos vivos: memória/ Lima Barreto**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.
- BARROS, L. P; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020, p. 52-75.
- BARROS, R. B; PASSOS, E. Por uma política da narratividade. In: **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020, p. 150-171.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Eduardo Passos; Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). **Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 1a ed. Porto Alegre: Sulina, 2020, v., p. 17-31.
- BASAGLIA, F. Introdução à Asyluns. In: AMARANTE, P. (Org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010, p. 133-149.
- BASAGLIA, F. et al. **A Instituição Negada** - relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BERGSON, H. *Matéria e memória*. São Paulo, SP: Martins Fontes. 1990. (Original publicado em 1897).

BITTENCOURT, L. M. Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em Saúde Mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. In: _____. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed., ampl. Brasília, 2004. p. 17-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

BRASIL. Nota Técnica nº 3, de 20 de janeiro de 2020. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: 2020.

Bucher, J. S. N. F. (2003). Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), **Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica** (pp.213-239). São Paulo: Casa do Psicólogo.

CAPONI, Sandra. A Teoria da Degeneração de Morel e a Emergência da Psiquiatria Ampliada. In _____. Loucos e Degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

CARNEIRO, H. A fabricação do vício. In: ALEXANDER, B. K; MERHY, E. E; SILVEIRA, P (Org.). **Criminalização ou acolhimento?** Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. 1ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo In: CARNEIRO, H. VENANCIO, R.P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2005. p. 11-27.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e a internalização do proibicionismo no Brasil (1936-1946)**. 117f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2013.

CASTANEDA, C. **Os ensinamentos de Don Juan**. Leya, 2020.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CORRÊA, L. M. A persistência da institucionalização em tempos de Reforma Psiquiátrica: uma etnografia sobre os casos acompanhados por CAPS da cidade do rio de Janeiro. 2022. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. 2022.

CORRÊA, L. M. **A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica**: uma etnografia sobre os casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2022.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. 3ed. Campinas, SP: UNICAMP/IFCH/CECULT, 2022.

DELEUZE, G e GUATTARI, F. **Kafka**: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 4. tradução Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2011c.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 2. São Paulo: Editora 34, 2011b.

- DELEUZE, G; GUATTARI. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2011a.
- DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998, 184p.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. Saude soc., 2009 18(1), jan. 2009.
- ESCOHOTADO, A. *Historia General de las drogas*. Madrid, Editorial Espasa Calpe, 2004.
- FERRAZZA, D. et al. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. **Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. Ano 7, vol. 2, 2017.
- IORE, M. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos CEBRAP** (Impresso), v. 92, p. 9-21, 2012.
- FONSECA, T. M. G; KIRST, P. G. **Cartografia e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade clássica*. 12ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FOUCAULT, M. *Tecnologias de si*. Verve. São Paulo, nº6, 2004.
- FOUCAULT, M. . **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 12ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, M. **Sobre a História da sexualidade**. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 27.

FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política**. 2.ed. (Coleção Ditos e Escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREI, Altieres Edeimar. **Reinserções, inserções e deserções**: cartografia do dispositivo "reinscrição social" para adolescentes com histórico do uso abusivo de álcool e outras drogas. 2019. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

GALEANO, E. O livro dos abraços. Porto Alegre. LP&M, 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GRIGOLO, M.; PERES, M.; GARCIA JUNIOR, A.; RODRIGUES. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 7, n. 15, p. 53–73, 2014.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo. Ed. 34, 1992. 208 p.

GUATTARI, FÉLIX; ROLNIK, SUELY. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Editora Vozes, [1986] 2011.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020, p. 32-51.

KROEFF, R. F. S; GAVILLON, P. T; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 20, núm. 2, 2020, pp. 464-480. Universidade do Estado do Rio De Janeiro.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LARROSA, J; KOHAN, W. (Coord.). Apresentação da Coleção. In. LAROSSA, J; RECHIA, K. C. CUBAS, C. J. (Org.). *Elogio do Professor*. Trad. Fernando Coelho; Karen Christine Rechia; Caroline Jaques Cubas. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

LAVRADOR, M. C. C; RIBEIRO, W. L. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, jul. /dez. 2015, p. 90-98.

LIMA, E. M. F; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 593-606, JUL-SET 2014.

LOURAU, G. O objeto e o método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. **René Lourau**: análise institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 66-86.

LOURAU, R. Análise Institucional e práticas de psicologia. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, M. T.. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. Saude soc., 2009 18(2), abr. 2009.

MACHADO, A. **Campos de Castilla**. Madri, Cátedra, 1997.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACHADO, L. V; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia da Redução de Danos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2013, 33 (3), 580-595.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MARCHESAN, R. Q.; FERRER, A. L. A TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”. **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 137–148, 2016.

MARCONI, A. E. G. **Desafios da gestão pública no âmbito da Reforma Psiquiátrica**: o manicômio “velado” nos CAPS. Orientador: Ricardo Viana Martins. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, Área de Concentração Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2015.

MARQUES, A; BIONDI, A. A vítima enunciada em redes: O dissenso como experiência estética. In: MENDONÇA, C. M. C; DUARTE, E; CARDOSO FILHO, J (Org.). Comunicação e sensibilidade: Pistas metodológicas (pp. 165-188). Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2016.

MBEMBE, A. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MENA, F. Vancouver criou abrigos e salas de uso seguro de drogas contra dependência. Folha de São Paulo, São Paulo, 01 de maio de 2017.
<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/06/1889233-vancouver-criou-abrigos-e-salas-de-uso-seguro-de-drogas-contra-dependencia.shtml>. Acesso em: Jun. 2023.

MONTENEGRO, F. V. P. O dispositivo das drogas na saúde pública. **Rev. Polis e Psique**, 2018; 8(2): 263 – 287.

MOREL, Benedict-Augustin. Tratado das degenerescências na espécie humana. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 497-501, Sept. 2008.

NASCIMENTO, M. A. N do; PINAFI, T; PERES, W. S. Sobre acasos e acontecimentos: a proposta do método cartográfico. In: _____ VASCONCELOS, M. S; CARNEIRO, M. C; CONSTANTINO, E. P. Psicologia: reflexões sobre as relações sujeito/objeto. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

NASCIMENTO, M. L.; LEMOS, F. C. S. A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo. *Barbarói*, n. 57, p. 239-253, 5 jul. 2020.

OLIVEIRA, P. R. S. et al. Vínculo, afeto, trabalho em saúde: aproximações ético-políticas sobre o cuidado. *PsicolArgum.* 2022 jan./mar., 40(108), 1472-1496.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2022 - n. 49, v. 20, p. 65 – 80.

PASSOS, E.; BARROS, R. A construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079.

PASSOS, E; EIRADO, E. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2020, p. 109-130.

PRADO FILHO, K; LEMOS, F. C. S. Uma breve cartografia da luta anti-manicomial no Brasil. **Contemporânea** - Revista de Sociologia da UFSCar , v. 2, p. 45-63, 2012.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. de C. M. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas / Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 79–93, 2018.

RAUTER, C. (2000). Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 267-277). Rio de Janeiro: Fiocruz.

REZENDE, M. A. P.; FERRAZZA, D. A.; PRADO, G. A. S. Um estudo sobre o paradigma proibicionista e a (des)criminalização da maconha no Brasil. *Revista Polis e Psique*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 179–199, 2021. DOI: 10.22456/2238-152X.108226. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/108226>. Acesso em: 3 jul. 2023.

RIBEIRO, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-116). Rio de Janeiro:

RIBEIRO, T. M. **Governo ético-político de usuários de maconha**. Curitiba: Prismas, 2016.

RODRIGUES, C. C. O; PENA, R. S; CARVALHO, S. R. Por uma descriminalização dos discursos e das práticas de saúde no campo das políticas de drogas no Brasil. In: ALEXANDER, B. K; MERHY, E. E; SILVEIRA, P (Org.). **Criminalização ou**

acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. 1ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

ROSA, P. O. **Drogas e biopolítica:** uma genealogia da redução de danos. 2012. 373 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização:** uma outra via. São Paulo:HUCITEC, 1990.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, Milton. Da totalidade ao lugar. São Paulo: Editora da Universitária de São Paulo, 2008.

SANTOS, V. E. dos. O objeto/sujeito da Redução de Danos: Uma análise da literatura da perspectiva da Saúde Coletiva (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SAUVAGNARGUES, Anne. Deleuze, cartografias do estilo: assignificante, intensivo, impessoal. Tradução de Roberto D. S. Nascimento. **Artefilosofia**, Ouro Preto, n. 9, out. 2010.

SLOMP JR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em Saúde: O diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital** - 20(3): e2617 (noviembre 2020) -ENSAYOS.

SOUZA, J. E. L. de. **Sonhos da diamba**, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. 1. ed. Salvador: EDUFBA/CETAD-UFBA, 2015. v. 1. 263p.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em Psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia e Sociedade**. 15(2), 18-42, 2003.

TATMATSU, D. I. B.; SIQUEIRA, C. E.; PRETTE, Z. A. P. D.. Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00040218, 2020.

TEDESCO, S. H; SADE, C; CALIMAN, L. V. A entrevista cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S (Org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2016. 310p. (v.2).

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a**

agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, p. 13-29.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade**: corporalidade, subjetivação e uso de drogas. Orientador: Joseph François Pierre Sanchis . Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Doutorado em Ciências Humanas e Políticas, 2001.

VIANNA, S. C. **Redução de Danos e Antiproibicionismo**: conexões possíveis entre cuidado e política. Rio das Ostras: 2016. 35 f. Orientador: Prof. Dr. Iacã Machado Macerata Trabalho monográfico de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal Fluminense. Instituto de Humanidades e Saúde, 2016.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. Interface (Botucatu), 2018 22(66), jul. 2018.

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro Temático das Entrevistas com os Usuários

1. Quais locais você já procurou, ou foi encaminhado, para tratamento e/ou suporte ao uso problemático de drogas? Você percebeu diferenças nas modalidades de atendimentos oferecidas nos diferentes serviços?
2. Quais os impactos você sentiu em sua vida, ou mesmo na própria imagem e compreensão de si, após se inserir nessas políticas de tratamento, ou ainda, pelo modo como você foi olhado e cuidado nesses locais?
3. Você acha que a experiência de usuário(a) de drogas difere entre homens e mulheres? Como isso aparece na sua experiência?

Você observa se após iniciar o uso da substância houve mudanças na relação com o seu corpo e com a forma como você se vê? E com o modo que os outros te olham?

Como a relação entre morte e vida se manifesta na sua experiência?

Como você percebe a relação entre dor e prazer (ou alívio), e ainda, entre liberdade e aprisionamento na sua história de vida e no uso da substância?

ANEXO B - Roteiro Temático das Entrevistas com os Profissionais

Sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no presente município.

Sobre as contradições envolvendo “drogas” e sociedade.

Compreensão sobre a Política Nacional de Redução de Danos.

Considerações sobre a internações e clínicas de reabilitação/Comunidades Terapêuticas

A partir da sua experiência profissional, como você entende e relaciona a Reforma Psiquiátrica com seu atual trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad)

Quais as práticas e estratégias utilizadas neste CAPSad são mais potentes no cuidado ao sofrimento vinculado ao uso de substâncias?

Você percebe diferenças entre o atendimento ambulatorial e o cuidado no CAPSad e no CR? Como isso aparece na sua experiência?

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada ““Uma experiência cartográfica em um equipamento CAPS AD: a atenção à saúde da pessoa usuária de substâncias psicoativas” que faz parte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), está sob responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Daniele de Andrade Ferrazza - docente do departamento de psicologia da UEM - e do pesquisador assistentes Alexandre Pratas Rezende (CRP-08/34221).

Este termo, elaborado em duas vias, deve ser lido e assinado, com a finalidade de declarar o seu livre consentimento na participação da pesquisa e autorização para a utilização das informações disponibilizadas. Uma via ficará com você e a outra via em poder da pesquisadora responsável.

I. A Pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo compreender sua experiência com o uso de álcool e outras drogas e com o tratamento no CAPSad e/ou Consultório na Rua

II. Procedimentos

Para tanto, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com questões sobre o uso de drogas e o cuidado em saúde. A entrevista será gravada e transcrita apenas com o objetivo de melhor compreensão das informações e será deletada dos computadores dos pesquisadores seguindo os procedimentos éticos para descarte do material de pesquisa.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis Riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam, todos os cuidados serão tomados para atender às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa em qualquer momento. Informamos que em caso de desconforto psicológico causado pelo tema de caráter íntimo da pesquisa será realizado acolhimento pela/o psicóloga/o responsável pela entrevista. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.

Os Benefícios esperados com essa pesquisa são: promover maior compreensão sobre a experiência dos usuários de álcool e outras drogas em espaços de tratamento, visando propiciar melhoras na atenção à população usuária.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou de retirar consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. 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, as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo segredos suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão desta.

VI. Despesas/indenização

Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você. No caso de eventual despesa e dano, assumimos 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 viabilização da gestão e assistência na área desta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente na pesquisa desenvolvida pela psicóloga Bruna Rocha Pereira, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Daniele de Andrade Ferrazza, supra nominada. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores Bruna Rocha Pereira e Mateus Alexandre Pratas Rezende sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Nós, Bruna Rocha Pereira e Mateus Alexandre Pratas Rezende, pesquisadores assistente, obtivemos de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito para a participação na pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora Assistente: Bruna Rocha Pereira.

Assinatura do Pesquisador Assistente: Mateus Alexandre Pratas Rezende

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a Pesquisadora e a Orientadora, conforme os contatos respectivamente informados:

Nome: Bruna Rocha Pereira. Telefone: (44) 9 9149 - 4259. Email: bru.rochapereira@gmail.com

Nome: Mateus Alexandre Pratas Rezende. Telefone (44) 991667650. Email: mateusapratas@gmail.com

Nome: Daniele de Andrade Ferrazza. Telefone: [\(44\) 3011-4291](tel:(44)3011-4291). Email: daferrazza@uem.br

Quaisquer dúvidas com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderão ser esclarecidas com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4, CEP 87020-900. Maringá-Pr. Fone: (44) 3011-4444, e-mail: copep@uem.br, site: <http://www.ppg.uem.br/index.php/etica-biosseguranca/copep>.