

Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos^(a)

Dagoberto de Oliveira Machado^(b)

Mairla Machado Protazio^(c)

Vasconcelos MFF, Machado DO, Protazio MM. Comments about care in relation to alcohol and other drugs: a clinic of unlearning. Interface (Botucatu).

The comments are related to concerns that surround the topic of care in relation to alcohol and other drugs (AD), within the outlines of research and professional positions and interventions at some points of the public healthcare system of Aracaju, Sergipe, Brazil: in relation to mental health and, within this, Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs (CAPS AD); and in relation to a harm reduction project and its linkages with primary care. Through investing in non-asylum care relating to AD, is not the drug that is faced here, but themes, practices and concepts that tend to be naturalized in developing healthcare practices: body, territory, drug use/users, care/interventions regarding AD and networked care. An attempt was made to the care regarding AD that is being produced, thus possibly making room for (un)learning and expansion of life and body for users, workers, managers and the AD clinic itself.

Keywords: Alcohol and other drugs. Public health. Harm reduction. Clinic. Body.

As considerações desenvolvidas dizem de inquietações que circundam o tema da atenção em álcool e outras drogas (AD) pinçadas no traçado de nossas inserções/intervenções de pesquisa e profissionais em alguns pontos da rede de saúde pública de Aracaju, Sergipe, Brasil: na saúde mental e, nela, no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) e no projeto de redução de danos em suas articulações com a atenção básica. Apostando num cuidado antimanicomial em AD, enfrentamos, aqui, não a droga, mas temas, práticas e conceitos que tendemos a naturalizar no desenvolvimento de práticas de saúde: corpo, território, usos/usuários de droga/atenção/intervenções em AD, cuidado em rede. A tentativa foi a de interrogar o cuidado em AD que temos produzido, abrindo com isso, quem sabe, espaço para (des)aprendizagens e ampliações da vida e do corpo de usuários/as, trabalhadores/as, gestores/as e da própria clínica em AD?

Palavras-chave: Álcool e outras drogas. Saúde pública. Redução de danos. Clínica. Corpo.

^(a) Departamento de Educação, Universidade Federal de Sergipe. Campus Universitário Prof. Alberto Carvalho. Av. Vereador Olímpio Grande, s/nº. Itabaiana, SE, Brasil. 49500-000. michelevasconcelos@hotmail.com

^(b) Colégio de Aplicação, Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, SE, Brasil. dagoesef@gmail.com

^(c) Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. mairla.protazio@hotmail.com

Inquietando-nos

Com este artigo, objetivamos publicizar nossas experiências de cuidado em álcool e outras drogas (AD), compartilhar o que viemos pensando no processo de feitura de uma clínica em AD localizada, contingencial, não generalizável, experimentada em suas especificidades. O gerúndio (pensando) não é por força do hábito, pois parece importar aquilo que vai acontecendo, os fazeres e saberes em AD que vão tomando um rosto neste momento histórico em que, como nenhum outro, tanto se fala sobre usos/usuários/atenção/intervenções em AD.

No bojo desse falatório, o que temos construído? Como e a favor de (ou contra) que processos existenciais e de sociabilidade os modos de cuidado em AD produzidos têm funcionado? Quais são os efeitos políticos e éticos da atenção em AD que viemos tracejando? Que produtos sociais têm sido forjados por meio de nossas intervenções em AD? Que *ethos*, que modos de (co)existir temos experienciado por meio da (rede de) atenção em AD que temos tecido?

Em uma entrevista realizada em 1983, concedida a Dreyfus e Rabinow, Michel Foucault, versando sobre ética, assinala: “Minha opinião é que nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. [...] Acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo”¹ (p. 299-300). Perguntar, pois, como modo de tentar localizar e incidir sobre alguns perigos que cercam a feitura do corpo do cuidado em AD; perguntar para, nele, localizar as forças em tensão. Quais são os perigos inscritos nos modos de fazer e pensar um cuidado em AD nos dias de hoje?

Um deles parece se localizar na encruzilhada entre: 1) por um lado, esse falatório sobre AD que se dá articulado a exigências biopolíticas de normalização^{2,3}, num contexto neoliberal. Em tal cenário, engendram-se técnicas de condução das condutas, por meio das quais se pretende encerrar a produção da vida e dos corpos humanos numa dimensão empresarial, fabricando corpos e sujeitos empreendedores de si. Nesse registro, tende-se a produzir um cuidado em saúde traduzido em tutela/inclusão/participação de condutas desviantes na economia social de mercado. Assim, esse falatório em AD tem trazido consigo posicionamentos que fazem recrudescer, a olhos nus, nossos tão caros desejos de produzir um cuidado em liberdade. 2) Por outro lado, temos avançado pouco na qualificação de um cuidado em AD que se quer antimanicomial. O próprio movimento antimanicomial parece ter cuidado pouco disso.

Todos/as nós que pretendemos manter viva a ideia de uma clínica antimanicomial nos encontramos neste momento: o de interrogar o cuidado em AD que temos produzido, com a finalidade de não seguir repetindo o que está dado. Perguntar, pois, como modo de produzir (des)caminhos e (des)aprendizagens para o cuidado em AD. Em outras palavras, a tentativa foi partilhar inquietações como modo de forçar um pensamento sobre cuidado em AD. Pensamento-intervenção. Pensar como modo de fazer frente a desejos manicomiais de tutela de corpos de usuários/as, profissionais e da própria clínica em ad. Inquietação como desencaminhamento, como tasteio de saídas para impasses contemporâneos envolvidos na produção desse cuidado. Inquietar-se com o (por meio do) pensamento, não para constatar, mas para dedilhar práticas ainda por vir.

Pela desnaturalização da tão falada epidemia de crack

Na arena da saúde mental, a produção de um cuidado antimanicomial às pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes é questão discutida abundantemente. Ultimamente, compondo o cenário de circo midiático em torno da dita ‘epidemia’ de crack, o tema da atenção a usuários/as de álcool e outras drogas também tem sido bastante abordado, o que tem gerado um campo de tensão no próprio interior das redes de saúde mental, isso para não falar das questões que as extravasam.

Por meio da veiculação da ideia do uso do crack como epidemia, advoga-se: por um lado, a função de certos fazeres e saberes em encontrar e resolver o problema – extirpar a doença, nem que, para isso, erradiquem-se muitos/as hospedeiros/as –, sobretudo, saberes biomédicos, especialistas no diagnóstico e na terapêutica de epidemias e doenças; por outro, a função do Estado em exercer controle sobre a disseminação da epidemia. Atualiza-se, assim, a moderna articulação entre Estado e

biomedicina⁴, no governo das condutas humanas, e ambos a favor do mercado: no seio da produção de vidas e corpos para o mercado financeiro, fabricou-se o povo da qualidade de vida e seus corpos rumo à saúde perfeita, livre de vícios.

O ponto de fissura, o contraponto, o avesso da população da qualidade de vida parece incidir na figura do/a crackeiro/a, elemento deteriorado da sociedade, 'nova figura da anormalidade'⁵. A fim de manter o povo saudável, livrando-lhe do risco de contaminações, usuários/as de crack precisam ter seus corpos expostos; precisam (re)habilitar suas condutas para a inclusão na economia social de mercado; precisam, enfim, participar do regime de sociabilidade do empreendedorismo de si, sendo governados e governando a si mesmos^{2,3}, mediante infantilização, culpabilização e controle de seus vícios e corpos.

Para que não haja o ingovernável, é necessário intervir nas condutas de usuários/as de AD mediante inclusão em políticas sociais, garantindo a eles/as, por meio do consumo de políticas públicas, um mínimo de possibilidade de adentrarem o jogo do mercado. Assim, corpos desnecessários de usuários/as de ad são administrados "sem tocar em nada do jogo econômico e deixando, por conseguinte, a sociedade se desenvolver como sociedade empresarial, instaurar-se-ia um certo número de mecanismos de intervenção", sendo a assistência à saúde um deles³ (p. 285). Ao Estado, pede-se, então, a positividade de uma tarefa que promova: a saúde, a direção das condutas, a obediência, a sujeição à subjetividade empreendedora também de segmentos da população que se encontram fora do jogo.

Na esteira dos investimentos na construção de uma política sobre drogas no Brasil, em especial de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD), em articulação com Programas/Projetos de Redução de Danos (PRD)⁶, talvez seja, então, relevante perguntar: esses investimentos têm sido acompanhados por uma discussão e uma elaboração pormenorizadas a respeito das especificidades clínico-político-institucionais colocadas, quando se almeja desenhar uma atenção psicossocial a usuários/as de AD? Como operar esse cuidado? Que cuidado se almeja operar? Que redes de cuidado têm se produzido? No campo do cuidado em AD, que estratégias clínicas podem resistir ao desejo de tutela e formatação de corpos? Que estratégias precisamos fortalecer para, ao mesmo tempo, não perdermos as conquistas de um cuidado tecido em liberdade (antimanicomial), mas, também, para ampliar a resolutividade de tal cuidado?

"As patologias do ato": (re)pensando nossas práticas de cuidado em AD

Os/as cidadãos/ãs participantes, os indivíduos críticos, conhecedores de seus direitos e deveres, responsáveis pelos seus corpos e autovigilantes de suas condutas funcionam como "avatares que costumam povoar os territórios das pedagogias e terapêuticas contemporâneas"⁷ (p. 11). Tais pedagogias e terapêuticas fulguram no cenário da cultura/educação do risco e do perigo como modo de controle das condutas humanas³. Encontram-se, assim, ocupadas em formar sujeitos empresários de si, unidades-empresa que policiam suas condutas e a dos outros, na busca pela prevenção de riscos e preservação da qualidade de vida da população da qual fazem parte.

Nesse cenário, uma 'cultura da iniciativa' impele os indivíduos a agir por conta própria e de forma volátil, distinguindo-se e sendo valorizados por seus atos individuais. De acordo com Gondar, "o imperativo do agir a qualquer preço aliado a uma precariedade de referências subjetivas são elementos fundamentais na produção do homem contemporâneo, caracterizando, igualmente suas patologias"⁸ (p. 84). Nesse cenário, configuram-se o que o autor denomina "patologias do ato", em que "o indivíduo dificilmente se sente à altura da *performance* que lhe é exigida"⁸ (p. 84), adoecendo. Depressão e compulsão/adição são os dois extremos dessa patologia do empuxo ao ato.

A essa altura, cabe perguntar: para além e aquém de condutas clínicas prescritivas e normalizadoras, o que podem nos fazer pensar e perceber tais "patologias do ato", o que elas podem nos fazer (des)aprender de nossas práticas clínicas?

Jô Gondar⁸ segue adiante, afirmando que, ainda que pela via do sofrimento, a depressão e a compulsão podem ser entendidas como um modo de resistência ao mandato de organização dos corpos pelo imperativo da busca pela saúde perfeita e pela vida ativa e feliz. Ou seja, depressão

e compulsão parecem expressar algo que se furta à sujeição, dizendo de uma subjetivação, de uma tentativa de (re)composição de um território existencial, “repetição intensiva, lancinante afirmação existencial”⁹ (p. 41). Em outras palavras, depressão e compulsão parecem expressar uma tentativa de singularização: “uma tentativa de se furta às injunções sociais, familiares e/ou políticas em sentido amplo, por meio de um vetor destrutivo que retorna sobre o próprio indivíduo”⁸ (p. 89).

A esse respeito, destaque-se o seguinte fragmento de fala^(d) retirado de Vasconcelos¹⁰ (p. 151): “O lado bom da droga é usar e mais nada. Não existe trabalho, família, nada: só é a droga. Ninguém quer saber de gaia, de amor, de nada, só a droga. Aí, quando você vai olhar, você tá no inferno”. Nesse sentido, pode-se dizer que “o corpo drogado” diz da tentativa de configuração de um corpo intensivo, que Deleuze e Guattari denominam “Corpo sem Órgãos”: “o CsO já está a caminho desde que o corpo cansou dos órgãos e quer licenciá-los, ou antes, os perde”¹¹ (p. 10); É “um exercício, uma experimentação inevitável”¹¹ (p. 9); “De todo modo você faz um, não pode desejar sem fazê-lo”¹¹ (p. 9); “Não é tranquilizador, porque você pode falhar. Ou às vezes pode ser aterrorizante, conduzi-lo à morte”^{11:9}. Ele “é um limite”¹¹ (p. 9); é que “o desejo vai até aí: às vezes desejar seu próprio aniquilamento, às vezes desejar aquilo que tem o poder de aniquilar”¹¹ (p. 28).

Deleuze e Guattari¹¹ iniciam (o belo e instigante) texto intitulado *Como criar para si um corpo sem órgãos* apresentando a “longa procissão” de corpos que falharam no empreendimento de fazer para si um CsO: corpo hipocondríaco, corpo paranoico, corpo drogado, corpo masoquista, corpos esvaziados ao invés de plenos, corpos que tangenciam perigos que esvaziam o corpo sem órgãos em vez de preenchê-lo, corpos derrotados no caminho. Os autores começam o texto dessa maneira para apontar uma prudência necessária: “prudência como dose, como regra imanente à experimentação” de um CsO que – substituindo-se a anamnese pelo esquecimento e a interpretação pela experimentação – pode ser “pleno de alegria, de êxtase, de dança”¹¹ (p. 11).

A seguir, queremos pinçar algumas pistas indicativas de possibilidades de vibrações da atenção em AD, as quais se tecem na articulação entre tais ideias e nossas experimentações clínicas junto a usuários/as de AD no terreno da atenção em saúde pública. Contudo, antes de prosseguir, cabe aqui uma prudência: tais pistas têm sua força na medida em que não sejam utilizadas como novas bulas de receitas, novas prescrições de condutas, agora clínicas. Múltiplos usos podem ser feitos das mesmas. Que as pistas possam, assim, auxiliar a multiplicar saídas para os impasses vividos nesses nossos tempos nas feitura clínicas em AD. Que, com as pistas, possamos ensaiar descaminhos, desaprendizagens de condutas clínicas, desnaturalizando todo um longo histórico de enlatadas aprendizagens acerca do cuidado em AD. Abrir, enfim, o corpo da clínica em ad para os acontecimentos da vida no *socius*, quando o que se quer é produzir um cuidado antimanicomial em AD, quando o que se quer é encontrar o CsO dessa clínica.

Pista 1: um cuidado em AD comprometido com a produção desejante

Costuma-se alegar que, para o cuidado funcionar, ‘o/a usuário/a precisa desejar o tratamento’, que usuários/as de álcool e outras drogas tendem a não aderir aos serviços oferecidos pela falta de desejo, que a não-adesão e o não-desejo fazem parte de sua conduta (para não dizer da personalidade). Desconfiando-se dessas constatações, seguindo, para isso, as indicações de uma

^(d) Os fragmentos de fala utilizados neste artigo referem-se a trechos registrados por meio de nosso processo de inserção no campo da saúde mental, como trabalhador/as e como pesquisador/as. Nesse traçado, na intenção de produzir uma política de narrativa sobre processos de trabalho em saúde mental, expressões, sensações, cenas e falas foram registradas, sobretudo, por meio da produção de diários de campo. Mas, também, foram realizadas entrevistas individuais e grupos focais com trabalhadores/as e usuários/as. Para esses dois tipos de materiais, Termos de Consentimento Esclarecido foram elaborados e assinados pelos participantes.

trabalhadora de CAPS, quando pontua que “o serviço é conformado de um jeito que parece que entrando pela porta você já está em tratamento. Não importa muito o que foi fazer lá, ir ao CAPS já é o tratamento”¹¹ (p. 113), parece importante perguntar: por que, em vez de, simplesmente, afirmar que usuários/as AD têm dificuldade, não desejam aderir aos cuidados prestados e às atividades ofertadas, não se pode problematizar a precariedade desinteressante das ofertas de cuidado disponibilizadas, não se pode pensar em oxigenar atividades tediosas e prescritivas, na possibilidade de desfazer moldes institucionais, ‘grades’ de ofertas, e empreender um dar vida coletivo, atingindo o cerne de serviços assistenciais em suas rotinas automatizadas? Queremos apontar a necessidade de “descolar a esfera desejante de uma leitura estrutural do sujeito”⁸ (p. 88) e definir o desejo como “processo coletivo de produção”¹¹ (p. 15). Por meio da habitação de um território coletivo, tentar descolar o desejo da dimensão autodestrutiva/suicidária em que os/as usuários/as tendem a se encontrar na compulsão. Nesse mesmo sentido, Guattari assinala:

Existe uma escolha ética em favor da riqueza do possível [...]. Uma escolha da processualidade, da irreversibilidade e da re-singularização. Esse redobramento pode se operar em pequena escala, de modo completamente cerceado, pobre [...], pode se anular no álcool, na droga, na televisão, na cotidianidade sem horizonte. Mas pode também tomar de empréstimo outros procedimentos, mais coletivos.⁹ (p. 42)

Eis a função política de uma clínica que se quer antimanicomial em AD: comprometer-se, não com o regramento das condutas humanas, não com seu confinamento às práticas em voga, mas, sim, com a produção desejante, a qual é sempre coletiva. Está-se falando, pois, da composição de processos de subjetivação, da produção de outras formas de vida, espreitando fagulhas desejantes entre o moribundo e o embrionário, rastreando errâncias do desejo, “subjetividades nascentes”⁹ ali onde o empreendimento tende a ser suicidário. Está-se, falando, pois, da clínica como “uma experiência do limite”¹² (p. 13). É nesse limite entre o moribundo e o embrionário, entre vida e morte, que essa clínica quer habitar.

Pista 2: um cuidado em AD comprometido com o alargamento de territórios existenciais

Vale dizer que o estreitamento do território subjetivo parece ser o maior dano a que estão submetidos os indivíduos acometidos por compulsão: “a subjetividade parece sufocar pelo movimento reiterado restrito ao elo sujeito/droga”¹³ (p. 149). O empreendimento clínico pode se configurar, então, como um movimento de abrir o corpo a um máximo de conexões¹⁴, buscar “novas conexões nessa geografia subjetiva”¹³ (p. 149).

A finalidade é, então, a de traçar mapas, interferir, produzir deslocamentos, seguir trajetos geográficos, sociais, psíquicos. Ofertar e produzir novos agenciamentos, traçar linhas de fuga do/no território”¹³ (p. 150). O objetivo parece ser o de pensar-experimentar aberturas, saídas, estratégias clínicas que possam transformar-se num “desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero”¹⁵ (p. 82).

Eis a função de uma clínica que se quer ampliada: ampliar as conexões, as relações, o território existencial; contagiar, produzir novas formas de vida, criar redes de vinculação, alianças afetivas que façam aumentar a potência de vida de profissionais clínicos usualmente restringidos a peritos responsáveis pela condução de corpos rumo à ‘boa’ conduta, e de usuários/as restringidos a doentes individualizados, infantilizados, demonizados e segregados. A esse respeito, aponta Lancetti:

O conceito de ampliação da vida é [...] vital para a sustentação da posição de terapeutas de casos-limites ou de casos quase intratáveis. Ele é vital para a elaboração de territórios existenciais inéditos, ancorados na construção do *comum* e é vital também porque nos permite fugir da posição de derrota e impotência. Esse é o seu encanto.¹⁵ (p. 85)

Nessa perspectiva de ampliação do cuidado em AD, a vida e o corpo – inclusive a vida e o corpo da clínica – podem se abrir a novos encontros. Sendo assim, a pista que aqui se configura é de um cuidado em AD que possibilite uma abertura a um cuidado ampliado, garantido pelo acesso a serviços de saúde que não se faça pela reabilitação de condutas a um quadro modelizante pré-estruturado, mas que se teça radicalizando a ideia de inclusão social: incluir, não pela produção de meios, inclusive clínicos, para adaptação de condutas aos valores de uma sociedade dada. Incluir, sim, pela maquinação de meios, inclusive clínicos, para desnaturalizar modos de vidas dados pela encarnação de outras subjetividades e sociabilidades que não as prescritas por entre Estado e mercado.

A experiência dessa clínica é de margem, de habitação de espaços fronteira entre os pontos da rede de saúde, entre essa rede e outras instâncias, como a segurança pública, a assistência social, o judiciário, entre o cuidado produzido e a cidade. Pensar, então, em alargamento de territórios existenciais no campo da saúde e, sobretudo, no cuidado em AD nos leva a considerar uma rede acêntrica de vínculos, afetos, articulações e intervenções necessárias.

Nesse sentido, estamos longe de considerar o cuidado em AD como somente responsabilidade do campo (território) da saúde pública, mais restritivo que isso, como somente uma questão de saúde mental. As articulações e tensões entre equipes de redução de danos, de atenção básica e de CAPS AD deixam rastros que ajudam a pensar a composição dessa pista: o conceito de território com o qual se tende a trabalhar no SUS e, com ele, a ideia de cadastro e adstrição, parece pedir por modulações. Quando nos deparamos com usuários/as de AD vivendo em situação de rua e sem carteira de identidade, borra-se a lógica da territorialização do cuidado com a qual o SUS, de modo geral, trabalha; borramento, muitas vezes, traduzido em desassistência.

Em outros termos, sem moradia fixa, sem carteira de identidade, seguir os mapas-subjetividade desses usuários/as, assisti-los, pede pela concepção de território móvel. Ou seja, que o cuidado territorializado seja produzido em outros pontos de atenção que não só os espaços insulares dos CAPS AD, como, também, não apenas se trate de um cuidado institucionalizado (e institucionalizando) em serviços públicos, mas, sim, de um cuidado produzido na rua, na cidade, nas cenas da droga e seus usos, um cuidado que solicite seguir o cotidiano das pessoas e não só fazê-las aderir ao cotidiano dos serviços de saúde. Um cuidado que convide não apenas profissionais a participarem de sua tessitura, mas usuários/as, sua família, seus/suas amigos/as, sua comunidade, um cuidado aberto à cidade e ao *socius*.

Fazer clínica, então: 1) desfocando dos protocolos de tratamento, que, mesmo importantes, são generalizantes, não podendo funcionar como guias exclusivos de nossas práticas clínicas, quando o que se quer é habitar um território existencial singular; 2) substituindo as intervenções moralizantes de um cuidado que pretende governar, inscrevendo condutas em suas peles, pela experimentação, pela relação, pelo encontro, pelo vínculo, pela abertura do corpo para outras peripécias, para outras formas de vida.

Pista 3: de um cuidado centrado na doença para um cuidado que almeja ampliar a vida

A essa altura, cabe uma pergunta: não seria um equívoco persistir numa montagem clínica comprometida com o retorno do indivíduo a um estado anterior à compulsão, tido como normal? Não seria um equívoco pensar que a força da prática clínica residiria em devolver o indivíduo para as condutas, o território, o ambiente, as relações familiares e sociais em que se produziu sua sujeição e seu adoecimento? Geralmente, é assim que começamos a desenvolver projetos terapêuticos comprometidos em “reabilitar” e “incluir”: voltar para família, voltar para o trabalho, voltar para o cotidiano, enfim, voltar para a sociedade, quando a radicalidade da desinstitucionalização parece indicar o contrário dessa direção, na medida em que a entendemos como um movimento de transvalorização que aponta para modificações substanciais em nossa tábua de valores; para uma transformação radical nos âmbitos epistemológico, teórico, cultural, jurídico e da ação cotidiana^{16,17}.

Dessa forma, uma clínica engajada em desinstitucionalizar não diz respeito “simplesmente a uma remodelagem da subjetividade [...], tal como preexistia” à compulsão. Está-se falando, ao contrário, da experimentação de uma prática clínica comprometida com “uma produção *sui generis*”⁹ (p. 17). Uma

clínica artesanal preocupada com a “constituição de complexos de subjetivação [...] que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, se re-singularizar”⁹ (p. 17): produzir trabalho, produzir relações afetivas e sociais, produzir vida no cotidiano em vez de reproduzir condutas prescritas. E assim, em vez de prosseguirmos falando em resgate de laços sociais e familiares, por que não se falar de invenção de novas relações, inclusive com os mesmos membros familiares? Por que não considerar as novas relações feitas ‘na rua’, não apenas, não todas e não em todos os momentos, como sugadoras de vida, mas potencializadoras de vida? Por que não se falar da possibilidade de composição de relações menos automatizadas e individualizantes com o trabalho?

Dessa maneira, no lugar de uma clínica centrada na doença como problema a ser extirpado, no lugar do compulsivo, do alcoolista, do fumante, do drogadito, “figuras fechadas sobre si mesmas, tem-se um território, uma paisagem, enfim toda uma vida afirmada nas conexões aí realizadas”¹³ (p. 149). Uma clínica que se preocupa em mapear as conexões institucionalmente formalizadas com família, escola, trabalho, bem como conexões de matilha, tais como laços de amizade, paixões, sensibilidades, afetações. Uma clínica preocupada, enfim, em rastrear mapas-subjetividade em suas movências, contribuir para que os territórios sofram alterações em seus relevos. A finalidade clínica é, então, pensar-experimentar aberturas, saídas, estratégias que possam transformar-se num “desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero”¹⁵ (p. 82).

O cuidado a usuários/as AD parece precisar se comprometer com a construção de vínculo sem focar na finalidade de retirar seus vícios de cena, mas, sim, trabalhando com eles, entendendo a relação estabelecida entre sujeito-compulsão. Como diria Clarice Lispector¹⁸ (p.165), “não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de viver qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso – nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”. Produzir um cuidado, fazer clínica, entendendo que a droga compõe um território subjetivo, tem uma função singular nessa geografia. Eis a função ética de uma clínica que se quer ampliada: descentrar-se da doença, desfocar-se da droga como “o” problema a ser extirpado, para comprometer-se com a constituição de outros processos de subjetivação, com a fabricação de outras formas de vida, e de vida em sociedade.

Pista 4: um cuidado que não quer resgatar uma condição anterior cidadã, mas produzir novos encontros e exercitar cidadania

Profissionais e usuários/as engajados/as na produção do cuidado em AD tendem a subsumir o objetivo desse processo à recuperação de uma dada cidadania, mediante adaptação ao ‘mundo em que vivemos’, reinserção na família e no mundo do trabalho precarizado e escasso, sem questionamentos. A esse respeito, destaque-se o seguinte fragmento de fala:

Mas você vai resgatar o quê? Você já teve isso mesmo? Você vai resgatar o que você nunca teve? Que cidadania é essa? É algo que você teve ou que as pessoas falam tanto que você acredita que perdeu? Para alguns usuários voltar a ser homem é voltar a trabalhar, a ter um convívio com a família, ficar com meninas, ter relações sexuais que não estava tendo [...] Ou a comunidade em torno dele voltar a olhar ele como cidadão. Devolver, resgatar o quê? O que os usuários, cada um entende por cidadania? O slogan carteira de trabalho, salário mínimo, voto, certidão de nascimento, sou cidadão. Ser cidadão é só isso? Você existe, então você é cidadão, mas o que você quer? Qual o seu plano de vida? Eu quero estar vivo, mas estar vivo como? Estar vivo é muito pouco.¹⁰ (p. 142)

A lógica em AD operada pela rede de saúde pública tende a reduzir cuidado à vinculação do/a usuário/a a um CAPS AD, almejando, por meio de tal vinculação, o retorno ao/à cidadão/ã ‘de bem’ que um dia o fora, cuidador/a de si mesmo/a, trabalhador/a e consumidor/a inserido/a na sociedade. Tende-se, enfim, por meio do cuidado, a visar ao resgate da saúde e da cidadania. Assim, nos CAPS AD, sobrevive-se. Mas é só isso? Tem que ser só isso?

Espreitando o cotidiano dos serviços CAPS AD, acontecem práticas de liberdade e de cidadania, sem que esses termos funcionem, necessariamente, para capturar vidas. Espreitando ali onde o poder se exerce sob esses nomes (liberdade e cidadania), mas, também, o do saber, o da técnica, o da objetividade, corpos parecem se abrir a outras experimentações: em vez de uma “cidadania da sujeição” – a partir da qual se produz uma ‘autonomia regulada’¹⁹, em que a garantia de direitos se faz acoplada ao controle das condutas; uma cidadania que requer (auto)policiamento das condutas – ensaia-se uma cidadania que brota imanente a processos singulares, num movimento associado às práticas cotidianas; a um ir dando forma à vida, às nossas vidas. Cabe aqui assinalar algumas cenas observadas em CAPS AD, na medida em que parecem dizer da experimentação dessa ‘estranha’ produção de cidadania:

1) Em uma assembleia com usuários/as, inicia-se com uma atividade corporal embalada ao som de Bezerra da Silva²⁰ – “vou apertar, mas não vou acender agora”. O grande foco da discussão do dia era o enfrentamento de situações recorrentes de violência dentro do serviço. Na tentativa de ouvir muitas vozes, em grupos menores, profissionais e usuários/as produzem, juntos/as, estratégias de enfrentamento, registram-nas, e tais estratégias construídas coletivamente passam a funcionar como norteadores de abordagem a situações de violência no serviço.

2) Numa oficina para desenvolver uma cartilha de redução de danos junto com usuários, estes falam que reduzir danos, para eles, seria: quando embriagado, não dormir na mesma cama que a companheira, pois corre o risco de urinar na cama, e essa situação é embaraçosa; algum amigo menos embriagado acompanhá-lo para casa, carregando sua bicicleta, pois são comuns *aterrissagens forçadas*, caírem, inclusive em bueiros. Alguns mostram cicatrizes e machucados recentes, sobretudo na face.

3) Em apresentações do coral do CAPS AD em pontos da cidade, observam-se gestos corporais prenhes de vida: um corpo-percussão a tocar como nos tempos em que participava do primeiro trio elétrico da cidade, olhos brilhantes, sorrisos ‘de verdade’, vozes entoando canções que gostam. “As pessoas lá fora vê a gente com outros olhos. Porque eles não vê mais a gente como uns drogados, como uns alcoolista”¹⁰ (p. 147). Estamos, pois, apostando em práticas de cuidado por meio das quais se exercite um direito produzido pelo exercício coletivo em prol de uma justa saúde, e não de uma saúde justa²¹, conforme as significações dominantes; de um direito que não diga de rostos e condutas humanas (saudáveis) ideais, mas de rostos multiformes e singulares, vozes múltiplas e polifônicas, que ecoam sentidos heterogêneos, produzindo cidadania por meio da abertura para novas produções de subjetividades e de sociabilidades tanto para usuários/as, familiares, trabalhadores/as, gestores/as de saúde e comunidade. Mas uma comunidade que não se trata de um conjunto homogêneo constituído por apagamento e nivelamento: comunidade de iguais a serem todos incluídos. Ao contrário, trata-se de uma comuna tecida por um movimento de composição entre diferentes modos de viver e conviver.

Tal saúde, tal direito e tal comunidade só podem se produzir “na forma de questões, que de preferência fazem calar as respostas”²¹ (p. 53). Temos, sim, que produzir, no conjunto de nossas ações, zonas de contato, de tensão e de contágio entre as políticas públicas em AD e entre estas e a vida nas cidades, ampliando, quem sabe assim, nossas possibilidades de efetivamente produzir um direito à saúde e um cuidado em AD nos termos aqui ensaiados.

Pista 5: um cuidado em AD que se tece em rede, conectando serviços, sujeitos e coletivos

Os CAPS tendem a possuir porta de entrada, mas, muitas vezes, não possuem porta de saída. No que se refere aos pontos de estrangulação da rede de saúde mental, é importante dizer que a falta de conexão se dá dentro mesmo da própria rede de saúde mental e da saúde de modo mais geral. Tal estrangulamento é produzido, também, pela ausência de articulação do sistema de saúde com outras instâncias, como educação, justiça, escola, trabalho, assistência social etc.

Como modo de sanar esse problema, tendemos a achar que cuidado em rede é aquele que se articula entre serviços de uma dada região adstrita, e, assim, realizados os devidos encaminhamentos, estamos ‘seguros’ para afirmar que ‘a rede está funcionando’. Dessa noção de rede, destacamos uma experiência.

Em conversa com profissional de CAPS AD sobre um usuário acompanhado em conjunto com a equipe da Redução de Danos, dialoga-se sobre seu retorno, após dias sem frequentar o serviço, com feridas pelo corpo, oriundas de pancadas e quedas. Curativos foram feitos, mas o usuário queixa-se de dor. Nenhuma medicação foi prescrita porque o serviço está sem médico clínico geral.

Já disse para ele ir ao posto, mas ele diz que não vai porque não gosta, não tem paciência de esperar. – E se alguém acompanhá-lo? For lá no posto daí mesmo do serviço junto com ele? Talvez o encoraje e a impaciência diminua... – Aí não dá não pra ir. No posto de saúde tem que marcar consulta e ele mesmo é que tem que ir. Responsabilização, né? No CAPS é uma coisa, no posto é outra. Aí isso aí não dá... (Fragmento de fala retirado de caderno de formação^(e)).

^(e) Machado²² intitula de “diários de navegação/ cadernos de formação” registros produzidos no processo de trabalho, que dizem, justamente, de “um processo de trabalho que se fez pesquisa”²² (p. 49), bem como da indissociabilidade entre trabalho e formação.

Queremos aqui pôr em questão, justamente, uma certa lógica de cuidado em rede, traçando, assim, a quinta pista. Parece-nos que o entendimento de rede no exemplo acima se dá por uma articulação, mesmo que rasteira, entre um conjunto de serviços e equipamentos de saúde em um dado território. Mas será só isso? Ou poderíamos pensar um outro percurso para essa mesma história, ampliando sua experimentação em rede? Restritos à concepção acima, perdemos a chance de fazer com que uma rede de cuidado viva e móvel possa ser tecida, aquecida e vivenciada, não só pelos/as usuários/as, mas, também, pelos/as trabalhadores/as, ampliando sua capacidade de análise, intervenção, oferta, tecendo redes acêntricas e desburocratizadas, em que se articulam diferentes serviços e, sobretudo, diferentes sujeitos e coletivos, garantindo-se, assim, uma efetiva abertura dos CAPS para a cidade.

Se estamos complexificando a ideia de cuidado pelo entendimento de uma produção de saúde que se tece articulada com processos sociais, questões subjetivas, existenciais e territoriais, tal ideia pede, também, pela complexificação da noção de rede, acentralidade e conectividade. O cuidado em rede, então, seria aquele que se articula para além das fronteiras de um serviço, ou, mesmo, para além das fronteiras da rede de saúde institucionalizada, com um olhar para um território móvel que também nos olha, ampliando a comunicação entre profissionais e os/as próprios/as usuários/as, no sentido de produção de territórios de habitação comuns, não pela partilha de consensos e de medos, mas pelo agenciamento coletivo, liga entre estado de coisas, enunciados e corpos, articulados por limites móveis e sempre deslocados. Em outros termos, fazer redes e produzir comum, entendendo-o como “um reservatório de singularidades em variação contínua”²³ (p. 30). Assim, fazer rede envolveria também ampliar a capacidade de escuta, escutar com todo o corpo, levando-se em consideração diferentes olhares sobre a realidade, possibilitando a criação de territórios de cuidado em saúde, inclusive ali onde não existem aparatos institucionais para tanto.

Por outras formas de fazer e pensar cuidado em AD

Por fim, insistimos em perguntar: que montagens clínico-institucionais podem fazer frente ao movimento de anestesiamiento como modo de controle do corpo e da vida? Em última análise, outras formas de pensar, perceber e experimentar saúde e atenção à saúde são possíveis, outras práticas de cuidado em AD são possíveis para expandir formas coletivizadas de afirmação da vida, um verdadeiro contraveneno para imagens de simetria e regramento corporais que tendem a ser

veiculadas pelas concepções de saúde perfeita, vida ativa, cultura do risco e do empreendedorismo de si. Todavia, vale dizer, não se trata da afirmação de qualquer vida, sobretudo, daquela vida formatada pelo governo das condutas, ensimesmada, apequenada; tampouco da vida moribunda de corpos aniquilados pela compulsão, pelo uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. Trata-se, sim, da afirmação da vida e da saúde de todos/as e qualquer um/a de nós, da afirmação de uma vida qualquer, da potência de vidas que insistem em singularizar, mesmo ali onde tudo parecia nada restar, incluindo-se aí a potência da vida de uma clínica que, dessa forma, se politiza, se (re)encanta. Uma clínica "que faz da insegurança a sua força; do risco de morrer o seu alimento. Por isso me parece imagem justa para quem vive e canta o mau tempo"²⁴. E, assim, almejamos seguir interrogando o cuidado em AD, no sentido de desnaturalizá-lo, vitalizando-o.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- 1 Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P, organizadores. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 273-95.
- 2 Foucault M. Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- 3 Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- 4 Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
- 5 Duarte A. Foucault e as novas figuras da biopolítica. In: Rago M, Veiga-Neto A, organizadores. Para uma vida não-facista. Belo Horizonte: Autêntica; 2009. p. 35-50.
- 6 Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília (DF): MS; 2003.
- 7 Corazza S, Silva TT, organizadores. Manifesto por um pensamento da diferença na educação: composições. Belo Horizonte: Autêntica; 2003. p. 9-18.
- 8 Gondar J. A sociedade de controle e as novas formas de sofrimento. In: Arán M, organizador. Soberanias. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2003. p. 81-90.
- 9 Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34; 2000.
- 10 Vasconcelos M. A infâmia de Quincas: (re)existências de corpos em tempos de biopolítica [tese]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- 11 Deleuze G, Guattari F. 28 de novembro de 1947: como criar para si um corpo sem órgãos. In: Deleuze G, Guattari F, organizadores. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1996. . v. 3, p. 9-32.
- 12 Passos E, Benevides R. Prefácio. In: Araújo F, organizador. Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade. Niterói: Editoração Eletrônica; 2006. p. 13-4.

- 13 Tedesco S, Souza T. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho S, Barros M, Ferigato S, organizadores. Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 141-56.
- 14 Escóssia L. O coletivo como plano de criação na saúde pública. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:689-94.
- 15 Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 16 Paulon S. A desinstitucionalização como transvaloração: apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. Athenea Digital. 2006; (10):121-36.
- 17 Rodrigues H. Formação 'Psi': reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: Mourão J, organizador. Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquar: Grupo Tortura Nunca Mais; 2009. p. 201-6.
- 18 Lispector C. Correspondências: Clarice Lispector. Rio de Janeiro: Rocco; 2002.
- 19 Carvalho S R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: Carvalho S, Barros M, Ferigato S, organizadores. Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 23-41.
- 20 Silva B. Malandragem dá um tempo [música]. In: Alô Malandragem, maloca o flagrante [cd]. Rio de Janeiro; 1986.
- 21 Deleuze G. Conversações (1972-1990). São Paulo: Ed. 34; 1992. (Coleção Trans)
- 22 Machado D. Movimentos da educação física: por uma ética dos corpos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 23 Pelbart P. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.
- 24 Bethânia M. Grãos de mar [música]. Arantes M, Cesar C, compositores. São Paulo: Biscoito Fino; 2007.

Vasconcelos MFF, Machado DO, Protazio MM. Consideraciones sobre el cuidado con el alcohol y otras drogas: una clínica de desaprendizaje. Interface (Botucatu).

Las consideraciones hablan sobre inquietudes que circundan el tema de la atención en el alcohol y otras drogas AD obtenidas en el trazado de nuestras inserciones/intervenciones de investigación y profesionales en algunos puntos de la red de salud pública de Aracaju, Sergipe, Brazil: la salud mental y en ella el CAPS AD y el proyecto de reducción de daños en sus articulaciones con la atención básica. Apostando por un cuidado anti-manicomio en AD, enfrentamos aquí no la droga, sino temas, prácticas y conceptos que tendemos a naturalizar en el desarrollo de prácticas de salud: cuerpo, territorio, usos/usuarios de drogas/ atención/ intervenciones en AD, cuidado en red. El intento fue interrogar el cuidado en AD que hemos producido, abriendo así, un espacio para (des)aprendizajes y ampliaciones de la vida y del cuerpo de usuarios/as, trabajadores/as, gestores/as y de la propia clínica en AD.

Palabras clave: Alcohol y otras drogas. Salud pública. Reducción de daños. Clínica. Cuerpo.

Recebido em 13/03/14. Aprovado em 05/07/14.

