

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Juliana de Bittencourt Escobar

A liberdade é terapêutica?

Articulações entre Redução de Danos e Atenção Básica

Porto Alegre - RS
2016

JULIANA DE BITTENCOURT ESCOBAR

A liberdade é terapêutica?

Articulações entre Redução de Danos e Atenção Básica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientação: Profa. Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre
2016

JULIANA DE BITTENCOURT ESCOBAR

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional, apresentada na data de 26 de abril de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosemarie Gartner Tschiedel (UFRGS)

Liane Beatriz Righi (UFSM)

Eduardo Henrique Passos Pereira (UFF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço

à universidade pública, que me permitiu estudar não somente técnicas a serem aplicadas, mas pensar sobre intervenções e responsabilidades sociais. Obrigada, mãe UFRGS;

aos colegas da banca de qualificação e defesa que me ajudaram, de modo respeitoso e colaborativo, a ver trilhas possíveis a percorrer.

à Simone, minha orientadora, que trouxe as possibilidades e limites do percurso, apoiando a autonomia, e que possibilitou bonitos encontros com o grupo Intervires;

aos parceiros de navegação intervenientes, pelos diferentes apoios. Em especial, à Lu, ao Luis e ao Francis pela leitura cuidadosa e significativa deste trabalho; Gui, Lu e Afonso pelos percursos nos municípios da pesquisa em que a cumplicidade permitiu trabalho interessante e afetivo; à Mairla, minha grande-pequena parceira que muito me ensinou sobre superação de si e abraços;

aos colegas mestrandos que tornaram mais leve o percurso, em especial a Maléficas e Inteligência Pura;

aos trabalhadores, usuários e gestores dos municípios participantes da pesquisa de Qualificação da SM na AB pelos encontros afetivos e comprometidos com o SUS;

aos parceiros Caminhantes que tornaram a caminhada mais bonita e sensível, em especial, a Re, Angel, Lucenira, Fiu, João, Edelves, Pedrones, Luis, Bia, Stef, Denis, Fran, Giu e Régis;

aos diquelinos que mostraram a importância da insistência não repetitiva, e aos demais colegas de residência, que, juntos, construíram importantes questões que culminam neste trabalho;

à minha amiga-irmã, Lucinha, que me ofertou bonitas leituras de mundo, na Graduação, no trabalho e na escrita. Obrigada, flor;

às parceiras de vida, Le e Manu, pelos bonitos compartilhamentos de vida, pelos apoios linguísticos;

aos amigos que suportaram as minhas ausências incentivando para a finalização, em especial às leitoras da qualificação e amigas Ise e Laura, que apoiaram com palavras afetivas, e a Deise, pelos diversos cuidados;

à minha família e do meu companheiro, pelos zelos e respeito;

à minha irmã caçula, pela alegria de afetos e aproximação;

à minha irmã Fe, parceira de vida que me acudiu nas durezas e dividiu os sorrisos do processo. Obrigada pelos cafés e cuidados intensivos, principalmente na finalização deste processo;

ao meu companheiro e corretor deste trabalho, Felipe, que há oito anos insiste em suportar e colorir as alegrias e tristezas da vida com palavras, silêncios, abraços e direções. Obrigada por esta e outras trilhas atravessadas ao teu lado.

DEDICATÓRIA

à minha mãe, mulher, negra, educadora e psicóloga que ensinava, a mim e a tantos outros jovens, que cuidado e liberdade são forças interligadas em harmonia.

RESUMO

A terapêutica liberdade, afirmada pela Reforma Psiquiátrica (RP), foi e é muito importante para sustentar o quanto a clausura do manicômio e suas lógicas produzem adoecimento. O campo das drogas tem tensionado os modos de cuidado na saúde mental, através de estratégias-limite como internações compulsórias e afastamento do usuário de seus territórios. Ao mesmo tempo, este campo já produziu possibilidades importantes de atenção na perspectiva libertária a partir da Redução de Danos. Neste momento em que se enclausura o usuário de drogas, é importante retomar a liberdade, esta palavra de ordem da RP, para analisar as práticas de cuidado. Sendo a Atenção Básica campo privilegiado de cuidado territorializado em saúde e transformação das práticas de saúde, se faz pertinente analisar as tensões da produção de cuidado no território. Este trabalho tem por objetivo analisar como a Redução de Danos contribui para a Atenção Básica promover práticas de liberdade. Através da cartografia, foram produzidas narrativas de três campos de pesquisa marginais: experiência como residente da atenção básica do Grupo Hospitalar Conceição; experiência como apoiadora pedagógica do Projeto *Caminhos do Cuidado: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares/técnicos de enfermagem (ATenf) da Atenção Básica*; e experiência da pesquisa do grupo Intervires, intitulada *Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10 - Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Parte-se da análise das tensões, limites e limiares produzidos nas relações de cuidado no território, como incidem na produção de heteronomia e autonomia na atenção básica e como a experiência e saber marginal do Agente Comunitário de Saúde podem operar enquanto limiar. Para compreender a redução de danos enquanto ética de cuidado, analisamos a construção da RD e suas articulações com a atenção básica e a terapêutica liberdade. Entendendo a liberdade enquanto prática relacionada ao cuidado de si, buscamos tatear algumas compreensões deste conceito a partir de autores como Foucault e Nietzsche. Compreendemos que a liberdade é terapêutica por ampliar as possibilidades e métodos de cuidar-se, por refletir sobre si, conectando-se consigo e dominando sua vida a partir de relações com outros que produzam limiares, zonas de passagens para transformações e criações de si.

PALAVRAS-CHAVE: Liberdade; Redução de Danos; Atenção Básica

ABSTRACT

The therapeutic freedom, stated in the Psychiatric Reform (RP), was and is very important to support that the enclosure and the logic of the asylum produce illness. The field of drugs has been tensioning the forms of care in mental health through limit strategies such as compulsory hospitalization and the detachment of the drug users from their territories. Meanwhile, this field already created relevant possibilities for health attention based on the libertarian perspective, through Harm Reduction. In this moment, in which drug users are being enclosure, it is important to recall the freedom, this RP's lemma word, to carefully analyze practices. The Primary Healthcare is a privileged field for the territorial health care and the transformations in health practices. Considering this, it is relevant to analyze the tensions related to healthcare in territory. An aim of this research is to analyze how Harm Reduction contributes to Primary Healthcare in the promotion of practices of freedom. Through cartography, narratives of three marginal areas of study are produced: the experience as a resident in primary healthcare of *Conceição* Hospital; the experience of pedagogical supporter of the project *Caminhos do Cuidado: Mental Healthcare education* (crack, alcohol and other drugs) for Primary Healthcare communitarian health agents and assistant in nursing; and the experience participating in a research of the *Intervires* group called "Qualification of Mental Health in Primary Healthcare: analysis of practices of the groups of 10th Metropolitan Region/RS from the National Program for improving the access and quality of Primary Healthcare (*PMAQAB*)". The research is based on the analysis of the tensions, the limits and the thresholds created in the care relationships in the territory, how they affect the production of heterotopy in basic care and how the marginal experience and knowledge of the Community Health Agent's can operate as a threshold. To understand the harm reduction as care ethics, we analyze the RD construction and its articulations with basic attention and therapeutic freedom. Understanding freedom as practice related to self-care, we seek to understand this concept Based on the authors like Foucault and Nietzsche. We understand that freedom is therapeutic because it expand the possibilities and methods to self-care. The self-care reflects upon self, connecting with yourself and dominating one's life. This domain is based on the production of thresholds, through the relations with others, thus being zones of passages for transformations and creations of self.

KEY WORDS: Freedom; Harm Reduction; Primary Healthcare.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
Objetivos	12
Campos de pesquisa	13
Estratégia metodológica: Narrar é resistir	16
CAPÍTULO I: Modos de cuidar da Atenção Básica: entre tensões e atenções	24
Tensões do cuidado a partir do território	24
Entre heteronomias e autonomias	29
Experiências e saberes marginais: compromisso criativo dos ACS	36
Entre durezas e apostas na Atenção Básica	42
CAPÍTULO II: Redução de Danos como ética do cuidado	47
Drogas, vamos pensar	49
Desafios da Redução de Danos: regulações silenciadoras do pensar sobre drogas	52
Nascimentos da Redução de Danos	56
Onde se cuida?	62
Redução de Danos e Atenção Básica como campo de cuidado revolucionário da rede	64
CAPÍTULO III: A liberdade é terapêutica?	74
Das liberdades	75
Cuidado de si	79
Criação de liberdades	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	97

Sem chuvas, já reparei, as andorinhas perdem o poder de voar livres.

Manoel de Barros, Poesia Completa, p. 335

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2015, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS) foi ocupada por trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental para se posicionarem contra e barrar a entrada do novo coordenador da pasta, Valencius Wurch. Este foi diretor do maior manicômio privado da América Latina, investigado pelo Ministério Público e fechado por violações aos direitos humanos. Veio a ocupar o lugar, no MS, de Roberto Tycanori Kinoshita, um importante sanitarista que atuou desde as primeiras intervenções da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira. No Rio Grande do Sul, por sua vez, também efetivaram-se mudanças nas orientações da política de Saúde Mental (SM). Com a troca do governo, assumiu a coordenação estadual de Saúde Mental um ex-diretor do mais antigo hospício do RS, que passou a investir mais no funcionamento do emblemático Hospital Psiquiátrico São Pedro, utilizando-o, inclusive, enquanto polo formador de trabalhadores da área. Além disto, esta coordenação retirou os investimentos feitos no governo anterior no coletivo de teatro de usuários e trabalhadores da SM - um importante dispositivo de construção de autonomia e desmistificação da loucura. Tais redirecionamentos se distanciam da descentralização do cuidado em SM que a Atenção Básica (AB) tem sido provocada a produzir e a formar trabalhadores da saúde a partir do cuidado no território.

Disputas políticas como estas explicitam as tensões vividas entre os modos de cuidado à Saúde Mental no país e no Estado, com os avanços e retrocessos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária brasileira. A área no Ministério da Saúde que está no centro destas disputas transformou seu nome, em 2007, para incluir, na que era apenas “Coordenação de Saúde Mental”, os títulos “Álcool e outras drogas”, pois o campo das drogas tem tensionado o campo da SM, se tornando uma das centrais discussões da RP, e tem sido considerado a nova loucura enclausurada em novos/antigos manicômios. A estratégia-limite das internações compulsórias, expedidas com frequência pela Justiça para usuários de drogas, tem comprometido a agenda e o financiamento da gestão de saúde dos municípios brasileiros. Esta histórica ocupação da Coordenação do MS reativa a importante bandeira da RP do cuidado em liberdade, que é ameaçada pelo retorno da prioridade dos investimentos em internações e na formação de trabalhadores a partir deste foco de cuidado.

O cuidado a usuários de drogas que entra tardiamente para o campo da SM, consolidada por meio de uma política pública nacional somente nos anos 2000 – evidencia, na atualidade, a iatrogenia das internações como principal foco de cuidado. A relação com as

drogas geralmente é vista como limite, desejo de morte, perigo, crime e marginalidade (SOUZA e CARVALHO, 2013), e esta visão retira do sujeito usuário a capacidade de escolher sobre sua vida. Para Nogueira (2003), “o modo de cuidar, que pressupõe autoridade médica, expropria a saúde enquanto responsabilidade de cada indivíduo e sua família, e dissemina na sociedade o papel de doente, que é um comportamento apassivado e dependente” (p. 5). No campo das drogas, esta lógica da autoridade médica, que produz dependência, não consegue apoiar a construção de autonomia, pois não amplia as possibilidades de relações do sujeito, e, sim, reafirma uma troca do objeto da dependência (sai droga, entra o doutor).

A terapêutica liberdade, afirmada pela Reforma Psiquiátrica (RP) e amplamente divulgada na famosa frase de Basaglia (1981) pichada nos muros de Trieste, foi e é muito emblemática para sustentar que a clausura do manicômio e suas lógicas produzem adoecimento e que reformas institucionais precisam ser traçadas a partir do exercício democrático. Porém, esta bandeira, muitas vezes, foi tomada como uma espécie de “palavra de ordem”, como se falasse por si só, como se o entendimento sobre a liberdade estivesse dado e não fosse paradoxal ou, ainda, como se não precisasse ser analisada, trabalhada e questionada. Os movimentos de contrarreforma, que se intensificam no país (DIMENSTEIN, 2011) e no estado do Rio Grande do Sul, nos impõem a importância de avançar em algumas das discussões que justificaram a liberdade como terapêutica, que, por sua vez, corre riscos de institucionalização. A temática da liberdade já configurava anteriormente a Basaglia no campo da psiquiatria, mas, de modo objetificante, como para Pinel, que buscava libertar os loucos das correntes e os mantinha no isolamento asilar. Atuar na perspectiva da liberdade da RP é superar o modo de relação alienante que o “bom profissional” doa liberdade ao paciente submetido (NICÁCIO; CAMPOS, 2007).

O próprio campo das drogas já construiu estratégias que indicam alguns caminhos para o cuidado em liberdade. Nos anos 90, são ensaiados modos de cuidado a partir da Redução de Danos (RD) em algumas cidades brasileiras, desenvolvendo tecnologias de cuidado de coconstrução da autonomia que podem apoiar práticas da reforma psiquiátrica. Em seu histórico e processo de consolidação, a RD deixa de ser somente estratégias de cuidado e se torna uma ética fundamentada pelas possibilidades e desejos de cuidado que cada usuário singular constrói com apoio do trabalhador. Desta forma, a relação de cuidado se desenvolve a partir do território existencial e do contexto vivido por cada sujeito, de modo bastante aproximado ao cuidado que a Atenção Básica produz.

Os territórios e comunidades configuram ambiente privilegiado de cuidado pela proximidade das histórias, das vidas, das dificuldades e das possibilidades que constituem os

sujeitos e sua saúde. A AB, dispositivo do SUS mais próximo dos territórios, tem sido reconhecida e estimulada a transformar as práticas de cuidado em saúde, sendo vista como direção descentralizadora da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, pensar a relação entre este nível de atenção à saúde e a redução de danos configura-se como potencial reposicionamento das práticas de cuidado nos caminhos da produção de liberdade.

Nos percursos de minha formação enquanto trabalhadora da saúde, o encontro entre saúde mental e atenção básica tem se apresentado como uma semente fecunda, apesar dos poucos e quase invisíveis brotos espalhados nos caminhos. Deparei-me com diversas dificuldades dos colegas trabalhadores em reconhecer o cuidado em saúde mental como uma ação própria a este nível de atenção e como parte do cuidado em saúde de forma mais ampla. Nas relações quotidianas de trabalho, seguidamente colegas traziam seus obstáculos e tropeços em trabalhar com saúde mental, relatando a falta de formação para lidar com tais situações, assim como a insegurança no exercício de sua atuação. Alguns trabalhadores produziam o cuidado em saúde mental de forma bastante valiosa e na direção das políticas públicas relacionadas ao tema, porém não reconheciam, nem compartilhavam em equipe, este fazer e este saber próprio da experiência. A falta de formação dos trabalhadores para a política de cuidado territorial fragiliza a criação de possibilidades de cuidado no contexto da AB frente à diversidade de demandas de saúde.

O próprio lugar que a Atenção Básica ocupa nas políticas de saúde produz questionamentos, pois evidencia um tensionamento entre a posição de controle e a posição de produtor de autonomia, tendo, em seus princípios, a elaboração de práticas contraditórias. O processo de trabalho organizado com base nos programas de assistência (alguns deles bastante instituídos, tais como hipertensão e diabetes, saúde da mulher, puericultura, entre outros) conduz, quase que inevitavelmente, a certo controle e domínio da situação de saúde e da vida da população adscrita. Por outro lado, na perspectiva de uma ampliação da clínica que a saúde coletiva coloca em pauta, os trabalhadores devem apoiar e incentivar esta mesma população a se desenvolver de modo protagonista, a responsabilizar-se pela própria saúde e a produzir sua autonomia, para realizarem suas escolhas em relação ao seu próprio cuidado e os seus percursos de vida.

O tensionamento entre as necessidades de controle e a produção de autonomia quando se encontra com o campo das drogas produz práticas contraditórias e paradoxais. O cuidado com as pessoas que estabelecem relação problemática com drogas se tornava uma das questões que mais gerava receio nas práticas desses trabalhadores, que se deparam com esta demanda cotidianamente. A relação de cuidado com usuários de drogas facilmente faz o

trabalhador escolher pelo usuário, e não apoiar a sua construção. A pressão social para que o sujeito se adeque a um modo de vida prescrito diminui o campo de possibilidades do trabalhador e do usuário, e a própria relação com drogas, no contexto social e com a legislação atual, produz, muitas vezes, experiências limites.

Conhecer ou reconhecer os limites e limiares na e da relação de cuidado é um grande desafio, ainda mais nas práticas em que as fronteiras estão borradas pela proximidade intensa entre trabalhadores e usuários. Benjamin (2006) diferencia limiar e fronteira, sendo limiar uma zona, e, não, uma linha. É um espaço entre, de transição, que não se fecha e que permite mudança através de passagens. Já fronteira é entendida pelo autor como limite, linha única de barragem e separação, onde sua transposição remete à transgressão. Analisar se a relação de cuidado está produzindo limites/transgressões e/ou limiares/transformações nos indica as direções políticas que o trabalhadores da AB têm construído com os usuários.

Como militante da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, os encontros com a Atenção Básica visibilizam limites, contradições, paradoxos, limiares e tensionamentos em relação aos modos de cuidado neste nível de atenção e vêm me provocando questionamentos sobre como estas práticas podem ser libertárias ou, no sentido inverso, o que pode estar ocorrendo para que não se efetivem como tal. Estas margens, esta marginalidade, estes limítrofes construíram a questão e os campos desta pesquisa. Nesta complexa realidade de trabalho, as margens, marginalidades, limítrofes formularam muitas questões sobre os diferentes modos de cuidado que vão sendo estabelecidos e construídos. Por que e quais dos argumentos que defendem o retorno do manicômio se justificam e encontram eco nos modos de atenção da atualidade? Quais as relações entre loucura e liberdade? Como o campo de drogas tem atravessado a reforma psiquiátrica e a liberdade? Como a liberdade se constitui como dispositivo da saúde? Que liberdade é essa? Que práticas de cuidado a atualizam? E, afinal, no que e por que a liberdade é terapêutica? Partido de minhas experiências de trabalho no campo da saúde, das relações com gestores, trabalhadores e usuários, a questão que mais intensamente tem me acompanhado nas trilhas da Atenção Básica pode ser assim enunciada: **como a ética da Redução de Danos pode apoiar a Atenção Básica a desenvolver cuidados em liberdade?**

Objetivo geral

Analisar como a Redução de Danos contribui, ou não, para a Atenção Básica promover práticas de liberdade;

Objetivos específicos

- Situar tensões das práticas de cuidado na Atenção Básica em relação à liberdade;
- Compreender como a Redução de Danos se constituiu uma ética de cuidado e como se relaciona com práticas de liberdade;
- Compreender relações existentes entre Redução de Danos e Atenção Básica no atual momento da Reforma Psiquiátrica brasileira;
- Aprofundar conhecimentos acerca do conceito de liberdade nos modos de cuidado em saúde;
- Relacionar as práticas de saúde na Atenção Básica com a compreensão de liberdade estudada.

Campos de pesquisa

Os percursos de transformação dessa questão-síntese de minhas inquietações como trabalhadora da saúde, na composição de uma pesquisa acadêmica, passam pela confluência de três campos marginais de experiências diferentes junto à Atenção Básica (AB): a experiência da residência multiprofissional, a de apoiadora pedagógica do Projeto Caminhos do Cuidado e da pesquisa sobre qualificação da saúde mental na AB.

Uma dessas incursões na AB foi a residência integrada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Grupo Hospitalar Conceição. A unidade está situada, atualmente, na zona norte da capital Sul-Rio-Grandense, que atende à comunidade da Vila Dique, a qual está em processo de reassentamento há praticamente uma década. Esta comunidade iniciou com a vinda de pessoas do interior do estado do Rio Grande do Sul, cerca de 40 anos atrás, à procura de melhores condições de trabalho, quando começaram a edificar suas casas sobre o dique construído para evitar alagamentos na pista do aeroporto. No território antigo, região noroeste da cidade, a população vive em situação precária: sem acesso a saneamento básico, com sistema irregular e frágil de energia elétrica, em constantes riscos de incêndios e de alagamento dos valos. Além disso, nesta região, há esgoto a céu aberto, falta de coleta de lixo.¹ A USF e a escola já foram removidas e ficam distantes deste território. Já no território

¹ Uma importante atividade econômica da comunidade é a reciclagem, que produz acúmulo de materiais em espaços inadequados que trazem risco à saúde, o que compõe mais um indício de precariedade em que o local se encontra.

de reassentamento, o loteamento Porto Novo, na região norte da cidade, há esgoto, água tratada, luz elétrica, pavimentação de ruas, condições de vida mais urbanizadas. No entanto, intensificou-se o tráfico de drogas e a disputa de espaço com comunidades próximas, sendo mais frequentes ações violentas. As habitações são bastante limitadas em sua estrutura (casas pequenas, muito próximas, com escadas, pátio pequeno), há falta de aparelhos sociais que deem conta das necessidades da comunidade (creches, SASE, CRAS). Neste contexto, a equipe multiprofissional² de saúde depara-se com diversas situações de saúde atravessadas pela vulnerabilidade social da comunidade, tais como: desemprego, baixa escolaridade, fome, negligência, falta de rede social, violência física, sexual, psicológica e institucional. A marginalidade social vivenciada pela comunidade coloca em questão as margens das relações de cuidado, de como cuidar e não se expor ao sofrimento intenso vivenciado pela desterritorialização e outras violências. Além da USF, a RIS me permitiu circular em outros serviços e instâncias da saúde, como o Consultório na Rua. Acompanhar os trabalhadores e usuários neste serviço peripatético produziu muitas relações entre as possibilidades de cuidar e a ocupação da rua enquanto espaço de cuidado. Além disto, a experiência de circular com usuários para garantia do direito à saúde fez pensar sobre o modo de cuidar as pessoas excluídas e invisíveis socialmente que precisam de uma aproximação de outra ordem. Como reconhecer os limites do trabalhador e do usuário neste cenário tão complexo e intenso?

O segundo campo desta pesquisa é a atuação como apoiadora pedagógica do Projeto *Caminhos do Cuidado: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares/técnicos de enfermagem (ATenf) da Atenção Básica*.³ Iniciado em 2013, o projeto visa melhorar a atenção aos usuários de drogas e seus familiares por meio da formação e qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. O embasamento do projeto assenta-se na política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Enquanto integrante da equipe nacional do projeto, participei da formação de orientadores e tutores, atuando na produção de espaços de reflexão sobre saúde mental e drogas com trabalhadores graduados da Atenção Básica e/ou

² A equipe era formada por oito agentes comunitários de saúde, quatro médicos, duas enfermeiras, dois seguranças, cinco auxiliares/técnicas de enfermagem, duas dentistas, uma técnica em saúde bucal, dois técnicos administrativos, uma assistente social, duas auxiliares de limpeza, uma psicóloga. Além dos profissionais contratados, a equipe contava com profissionais residentes: duas dentistas, duas psicólogas, dois médicos, dois farmacêuticos e duas assistentes sociais.

³ O Projeto *Caminhos do Cuidado* tem por meta formar todos Agentes Comunitários de Saúde do país e um auxiliar/técnico de enfermagem por equipe de Saúde da Família, totalizando em 290.197 trabalhadores da Atenção Básica. Esta ação se insere no eixo do Cuidado do plano integrado de combate às drogas 'Crack, é Possível Vencer', sob responsabilidade do Ministério da Saúde e articulado pela Casa Civil. Para conhecer mais a complexidade deste projeto, acesse: www.caminhosdocuidado.org.

Saúde Mental em encontros presenciais e em educação a distância na lógica da educação permanente. Os tutores eram responsáveis pelos espaços de formação presencial com ATenf e ACS, sendo que estes últimos atores produzem o cuidado na AB através de limiares, numa proximidade intensa da vida dos usuários, sendo os ACS usuários e trabalhadores daquela ESF. O Projeto colocou em questão o preconceito em relação aos usuários de drogas e à invisibilidade das questões de saúde para além da droga, apurando o olhar para esta população e para as demandas de SM em geral. Um importante reconhecimento que o Projeto Caminhos do Cuidado fez foi em relação à prática que os ACS e ATenf já realizam a partir da ética da RD, porém, sem ter espaço para trocas e para afirmar que tais ações são de cuidado e que estão na direção das políticas de saúde. Neste percurso ao longo do Brasil, acompanhei mais de perto a experiência da Região Norte, as dificuldades e potências que os tutores sentiam nos espaços de formação com ACS e ATenf. Conheci a realidade da AB dos estados nortistas, suas distâncias e o difícil acesso entre municípios vizinhos que impõe a criação de estratégias, que, muitas vezes, se conectam com a cultura popular local. Estes modos de cuidado que se criam a partir da realidade e dos dispositivos locais ajudam a concretizar os princípios da AB e se conectam com lógica da RD. Este Projeto fortalece, portanto, importantes atores da AB enquanto produtores de conhecimento a partir de sua prática, conectado à cultura local, fazendo que os mesmos falem sobre os modos de cuidado invisíveis.

A partir destas experiências de trabalho e dos consequentes questionamentos que elas vieram produzindo em mim, integrei o grupo *Intervires - Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede*⁴ do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Junto à Secretaria Estadual da Saúde da gestão 2010-2014, este grupo propôs a pesquisa intitulada: “*Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10 - Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*”. Esta pesquisa avaliativa estrutura-se em metodologias participativas, de forma a incluir os grupos de interessados no tema enquanto atores/agentes do processo. Assim, tanto usuários, quanto trabalhadores, gestores e acadêmicos são compreendidos e incluídos como produtores de conhecimento e não somente como sujeitos/objetos de pesquisa. Esta vivência tem me permitido acompanhar diferentes instâncias do processo de cuidado à saúde, circulando entre

⁴ Intervires é o grupo de estudos, pesquisas, intervenções e invenções no campo da saúde coletiva, das políticas de saúde mental e de subjetividades contemporâneas. É vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e aposta no método-experimentação como estratégia político-afetiva para produção de conhecimentos comprometida com a expansão da vida. Para mais informações, acesse: www.ufrgs.br/intervires/.

trabalhadores, usuários e gestores. Acompanho mais intensivamente dois municípios da região metropolitana, um de pequeno e outro de médio porte, que produzem questionamentos bem diferentes sobre o cuidado. As secretarias de saúde destes municípios têm se ocupado muito em atender as internações compulsórias emitidas pela justiça para usuários de drogas, diminuindo a potência da gestão municipal em investir em estratégias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ações propostas pelas políticas do Ministério da Saúde. As demandas relacionadas ao tema de drogas têm tensionado o processo e limítrofes da reforma psiquiátrica. Os gestores, trabalhadores e usuários da AB com que estive em contato trazem a fragilidade de discussão sobre modos de cuidado, a SM e AD, e de trocas entre a rede de cuidados, mas que, apesar de tais importantes fragilidades, reinventam modos de atenção.

Os campos analisados nesta pesquisa se produzem nas posições marginais, na beira do modo hegemônico. O lugar de residente já é um lugar que permite um maior trânsito, é uma experiência que passa pelo serviço e questiona os modos de atuação nos palcos e bastidores. Ocupar este lugar na atenção básica situa-se ainda mais à borda, lidando diretamente com problemas sociais que refletem na saúde das populações à margem do poder econômico. Os trabalhadores dos 'postinhos' recebem menor valorização social e econômica, estabelecendo relações afetivas e revolucionárias, assim como de controle. As relações estabelecidas no território de atuação são limiares, permitindo passagens múltiplas que transformam lugares de vida, porém exercitam práticas contraditórias, que, ao mesmo tempo, desenvolvem relações que produzem limites. O próprio lugar de ACS e ATenf é ainda mais marginal, tendo seu saber destituído em muitas equipes de trabalho, embora tenham grande habilidade articuladora de cuidado e de transformação.

Estratégia metodológica: Narrar é resistir

A pesquisa em saúde exige um procedimento que possa incluir a sua dimensão subjetiva, já que a prática se faz e se expressa pelo encontro de sujeitos (PASSOS; BARROS, 2010). Esta pesquisa se dá no campo de estudo da subjetividade, necessitando produzir-se a partir de procedimentos assumidamente mais abertos e inventivos para que se conectem com o problema de pesquisa e construa o caminho da pesquisa, ou seja, seu método. A partir das experiências de trabalho e de pesquisa, caminhando entre gestores, usuários e trabalhadores, utilizo a orientação cartográfica, que advém do campo da análise institucional e da pesquisa-intervenção. A cartografia propõe desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades, os quais colocam em questão o próprio ato de

pesquisar, as relações que se estabelecem com e sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados e invenções (BARROS; KASTRUP, 2010). A prática geográfica de acompanhamento de processos em curso, mais que um traçado de percursos históricos, ocupa-se de um campo de forças (AMADOR; FONSECA, 2009), um plano movente, interessado nas metamorfoses e anamorfoses.

Desenvolvida por Gilles Deleuze e Felix Guattari, em *Mil Platôs* (1995), a cartografia questiona a realidade enquanto um dado, tendo em vista a construção da realidade e das verdades através de produções do conhecimento. Entende-se que os dados são produzidos e não coletados, pois toda produção de conhecimento se constitui em uma tomada de posição que nos implica politicamente.⁵ Assim, coloca em questão o pressuposto de que conhecer é representar, indicando o reconhecimento da realidade, o conhecimento enquanto criação de diferentes modos de entender a realidade.

O método cartográfico reverte a direção do *meta hodos* (caminho) para *hodos meta*, construindo a meta no caminho, no percurso da pesquisa, e não seu inverso. Essa “reversão aposta na experimentação do pensamento, um método não para ser aplicado, mas experimentado, assumido como atitude” (PASSOS, KASTRUP; ESCOSSIA, 2010, p. 10-11). Em outras palavras, tem por princípio a experimentação ancorada no real. Isto não se dá sem rigor, sendo este entendido não como exatidão, mas precisão do compromisso, interesse e implicação na realidade. O conceito de implicação, trabalhado por René Lourau (1993), propõe o fim da suposta neutralidade de um cientificismo ultrapassado para possibilitar o desenvolvimento de “um novo espírito científico”, em que o observador já esteja implicado no campo da observação, transformando a si e ao “objeto de estudo”. Sempre estamos implicados com o que estamos estudando, sendo necessário analisar a forma como esta implicação se dá. A partir dessas premissas, este trabalho junta-se aos questionamentos sobre a produção de conhecimento, procurando afirmar seu respeito às diferentes formas de conhecer e à importância de ampliarmos o modo acadêmico, performatizando tais questões na escrita.

As vivências nos três campos de análise referidos anteriormente foram me produzindo estranhamentos, suas intensidades atravessaram escritas que registraram a processualidade das modulações de forças e seus movimentos. Fui conhecendo o que se faz na Atenção Básica através do modo como é feito, acompanhando de perto as atividades, estando inserida nas

⁵ O conceito de Política se refere não ao sentido restrito de práticas relativas ao estado, mas ao seu conceito ampliado, trabalhado por Foucault. É a forma de atividade humana ligada ao poder que coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não exclusivamente jurídicas. O poder também se faz em microrrelações, indicando a dimensão micropolítica do poder (PASSOS; BARROS, 2010).

redes de relações, buscando formas de expressão dos planos moventes de forças experienciadas. Ao longo destas limiáres experiências em serviço, tenho produzido narrativas acerca dos processos de investigação e inserção nos campos em que transito, registrando-as em diários de campo.⁶ Há diversas formas de utilizar o diário de campo (PEZZATO; L'ABBATE, 2011) e destacamos, dentre elas, a da Análise Institucional, na qual as implicações da trabalhadora-em-formação/pesquisadora estabelecem diálogos com as vivências. O diário é uma ferramenta de produção analítica que também ampara a construção de um intelectual implicado, “cujo projeto político inclui transformar a si e seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises” (LOURAU, 1993, p. 85).

Lanço mão desse fundamental instrumento que nomeia o ato de escrever como forma de produzir reflexões também afetivas sobre as experiências no campo de pesquisa. Algumas vivências convocam a escrever pela intensidade que imprimem, possibilitando a narrativa do cotidiano que apoia o processo de releitura e ressignificação de tais vivências, registrando o processo de produção da pesquisa. Para isso, há sempre um pequeno caderno me acompanhando nas trilhas em que, através da produção de narrativas, são sinalizados pensamentos sobre as belas e difíceis cenas que se vão construindo no caminhar, sendo estas escritas próximas ou distantes do momento em que foram vividas. Com este procedimento, é potencializada a criação de escapes, de intercessores e de desvios dos modos de compreensão.

O exercício de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria da realidade, num movimento especular. A escrita produz movimentos reflexivos permanentes nas ações, intervenções, pensamentos, observações, sentimentos, memórias, trechos de leituras, transformando e contornando a relação da escritora com tais vivências. Tal produção escrita problematiza uma série de sentidos dados hegemonicamente e transforma possibilidades do dizer, permitindo produzir e analisar a complexidade das práticas da trabalhadora-pesquisadora em campo.

Entendendo a forma como nos expressamos, a nossa posição narrativa é uma posição política; nos apoiamos na política da narratividade enquanto estratégia metodológica para significar os dados produzidos, posicionando-nos de modo a provocar formas de expressão do que acontece (PASSOS; BARROS, 2010). A política da narratividade está articulada com a política de saúde, de pesquisa, de subjetividade, pois a dimensão expressiva das práticas em saúde produz formas de subjetivação e promove contorno, forma, para as práticas. Nesta

⁶ O uso do diário é conhecido desde a Idade Média, no contexto de diário de bordo que contava história dos viajantes, sendo considerado um gênero da literatura. No início do século XX, surgem os diários de campo com os antropólogos sociais/culturais, onde se registrava informações e análises de pesquisa (HAMMOUTI, 2001).

perspectiva metodológica, o conhecimento produzido acerca do mundo e de nós mesmos não é apenas um problema teórico, mas político.

Escolhemos a narrativa enquanto suporte para nosso percurso de pesquisa pelas diversas relações com o que estamos pesquisando, como o conhecimento produzido a partir da experiência. É na inseparabilidade entre fazer e conhecer, entre pesquisar e intervir que a educação permanente em saúde (EPS) enfatiza a importância das aprendizagens produzidas nas práticas dos trabalhadores em saúde, sendo os campos de pesquisa aqui utilizados embebidos nesta ética da EPS.

Benjamin (1994) reflete sobre as diferentes formas de comunicar experiências, destacando a narrativa com um importante modo de construir sentidos. A narrativa não é uma explicação, não se entrega inteiramente, nem é descartável como uma informação. A narrativa conserva forças germinativas das sementes, podendo se desenvolver ainda muito tempo após sua produção, abrindo-se a questões a serem refletidas e a leituras do que não foi escrito. O narrador retira da experiência o que ele conta, busca produzir sentidos a partir de uma conversa com cada leitor/ouvinte. A arte de narrar, para o autor, está em não explicar inteiramente, não impor a história, mas deixar espaços de interpretação e criação para o leitor/ouvinte, para que este *se produza* nas aberturas que a narrativa faz.

Nestes direcionamentos, não proponho, aqui, destrinchar as narrativas fechando e amarrando o que elas expandem. Proponho as passagens apresentadas em destaque como um entre-texto, um campo de interação intra e extratexto, disparadoras de reflexões, sensações, afecções que levam algumas compreensões e conhecimentos sobre o tema estudado. Para pensar de outro modo a produção de conhecimento, é necessário ler de outro modo e escrever de outro modo, já nos lembrava Larrosa (2003). Este modo de escrita não é dominante nas políticas de verdades acadêmicas, é uma forma híbrida de escrita, impura e alternativa aos parâmetros que predominam hoje na escrita acadêmica. Em outras palavras, não pretendo adequar a narrativa na escrita acadêmica, não busco traduzi-la a partir para esta linguagem, esgotando o que ela diz e produz. Estas narrativas buscam ativar e provocar o leitor a se conectar com as reflexões feitas.

Guimarães Rosa (1994) nos instiga ao dizer que “também as histórias não se desprendem apenas do narrador, sim o performam; narrar é resistir” (p. 779). Resistir aos modos de dizer que assujeitam, que limitam possibilidades do sujeito de se produzir e de inventar. A narrativa opera um desvio em relação às leituras dominantes, o que implica assumir certos riscos ao se colocar ao lado do incerto. Risco também é traçado, linha, e ao admitir este risco, admite-se as barreiras que as linhas demarcam. A narrativa transcende

alguns limites, como do tempo, deixando a pergunta do que aconteceu no fim e nas brechas do que não foi contado. Mantendo-se a certa distância da cena que narra, relaciona-se com a margem, com o espaço inonimado e de indiferenciação, construindo fronteiras abertas e diluindo a importância do centro. A metodologia a partir de narrativas de experiências se abre para a construção do outro, articula brechas para a criação do leitor. É zona de passagem para criação do outro partir de sua história. Este movimento de escrita propõe abertura comunicacional que desestabiliza eixos dominantes de organização comunicacional (PASSOS e BARROS, 2010). Ou seja, sai da dicotomia vertical-horizontal, traçando modos transversais performativos e inventivos. Sua forma dá passagem a forças que o habitam, permitindo a experiência limiar, de zonas fronteiriças de transição. Como veremos adiante, a liberdade também se articula com discussões sobre margens, limites, bordas. Utilizar um método que questiona os limites e se constrói na terceira margem do rio⁷ faz muito sentido em um estudo sobre liberdade. Os campos e a metodologia também são construídos no limiar, na zona de possibilidades de transformação.

A terapêutica liberdade é a construção de uma relação de cuidado que produza limiares, espaços de transição ou desvio de posição ocupada, narrativas de si. O conceito de liberdade relaciona-se com a arte e a criação, assim como os modos de cuidado em saúde, sendo necessária a relação desta escrita com a criação artística. Estamos assumindo uma relação séria com outros modos de produção do conhecimento, como a arte,⁸ que são marginalizados a certas formas de racionalidade e escrita (LARROSA, 2003).

Ao longo do processo formativo permanente de trabalhadora da saúde, o diário e as escritas também foram produzindo reflexões que hoje proponho olhar com novos afetos e diferentes problematizações. Aliada às diretrizes da RP e afinada ao referencial teórico da cartografia, busco aprofundar o olhar sobre as práticas de cuidado que podem assumir caráter libertário. Já antecipo que liberdade, tal como aqui a entendemos, não diz respeito somente ao direito de ir e vir, mas, também, às formas de subjetivação, ao direito de manifestar e experimentar a diferença. É sobre estas liberdades que me interessa pesquisar, trabalhar, intervir.

Para analisar as contribuições da Redução de Danos para os modos de cuidado em liberdade na Atenção Básica, iremos, no primeiro capítulo, analisar as tensões, modos de

⁷ Guimarães Rosa, em seu conto “A terceira margem do rio”, conta a história de um pai de família que constrói uma canoa e passa a habitar uma outra margem do rio, que é construída pela distância de quem olha, ou seja, o horizonte. O autor nos possibilita outro entendimento do que é margem, e a construção de margens a partir da distância.

⁸ Trabalhamos adiante o conceito de liberdade enquanto possibilidade de criação e de expressão de si, o que sustenta a importância desta construção escrita e será melhor desenvolvido no capítulo III.

cuidado vividos na Atenção Básica, como as intensidades do cuidado no território produzem práticas de controle da situação de saúde da população, contrastando e coabitando práticas de ampliação da autonomia. Este capítulo busca explorar a função do ACS, sua potência de atuação na direção da liberdade por ocupar lugar limiar, uma certa indefinição de sua prática que o permite criar zonas de passagens, de transformação na relação. Ao mesmo tempo, habitualmente, a construção das relações libertárias não ocupa o discurso do ACS e demais atores da AB, talvez pela falta de espaços de exercício de narrativa que o permita colocar sua prática em análise. As durezas e aberturas nas práticas da AB produzem limites e limiares tênues e questionam como produzir cuidado entre os atravessamentos.

No segundo capítulo, apresentamos um breve histórico da construção da redução de danos e do campo das drogas, e apontamos quatro contribuições deste modo de cuidar relacionados a práticas de liberdade. Analisamos como o tema das drogas entra para a saúde mental e como a RD se transformou em uma ética de cuidado potente para produção de autonomia e liberdade, não sendo somente estratégias de ações. O cuidado a partir da realidade e vivência do usuário proporciona encontros entre a RD e a AB que transformam o campo da saúde.

No terceiro e último capítulo analisamos o conceito de liberdade a partir das práticas dos campos de pesquisa, discutindo liberdade para o liberalismo e suas relações com o campo das drogas, sendo esta liberdade entendida como independência, e, não, como autonomia. Assumimos que o conceito de liberdade trabalhado por Foucault nos ajuda a pensar as práticas de cuidado na saúde e suas relações com a ética da RD. A partir da aproximação filosófica de liberdade, discutimos como o processo de EPS apoia práticas libertárias por construir narratividades que permitem zonas de passagens, transformações entre sujeitos.

Prazo de validade

Tem palavra que envelhece
Quando a consciência cresce,
E aprendendo no percurso,
Tem que mudar o discurso.
Por que chamar de usuário
A quem é destinatário
De um direito garantido?
Chamar de dependente
A quem gosta como a gente
De ter seu prazer suprido?
Chocolate, cocaína, café,
Trabalho, militância ou fé,
Por que só não vale o proibido?
Mudar a gramática,
Mas antes a prática,
De forma simpática,
Ética e tática.
O termo abordagem retrata
Uma prática que é pirata,
Ou que serve à repressão.
Não sugere nenhuma troca,
Quem é “abordado” se choca
Ao escutar esta expressão.
Se sente assim invadido
Pressionado, inquirido,
Não fala de aproximação.
Tem palavra que envelhece
Quando a consciência cresce,
E aprendendo no percurso.
Tem que mudar o discurso.
Falar de empoderamento
Não é um reconhecimento

*Do poder que do ser é nato,
Parece ter sido concedido
Por quem lhe tem atendido,
Sem reconhecê-lo de fato.
A mim parece um deboche
Tratá-lo como um fantoche
Com um retrato caricato.
Mudar a gramática,
Mas antes, a prática,
De forma simpática,
Ética e tática
Falar de protagonismo
Eu acho um grande cinismo
Se eu que escrevo o roteiro
Que determina o papel do ator.
Eu coordeno, sou diretor,
Minha opinião vem primeiro.
A sua vontade é tão distante
Que vira um coadjuvante,
Um figurante ou porteiro.
Tem palavra que envelhece
Quando a consciência cresce,
E aprendendo no percurso,
Tem que mudar o discurso.*

Carlinhos Guarni

CAPÍTULO I

MODOS DE CUIDAR DA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE TENSÕES E ATENÇÕES

Implantada em 1994 como modelo brasileiro de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família encontra potencialmente características para avançar na mudança de modelo de atenção à saúde, de forma que o foco não esteja localizado somente na doença, mas, sim, nas condições materiais de produção de vida. Através da AB é possível acompanhar o usuário e a comunidade dentro de seu contexto de vida, acolhendo e atuando em questões de relevância social (PAULON; NEVES, 2013), e permitindo à produção um cuidado menos hierarquizado e mais relacional. Ao acompanhar longitudinalmente os grupos familiares, esta estratégia potencializa o poder de vinculação, inclusive na produção de ações coletivas (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Este nível de atenção constitui-se como campo privilegiado para o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013) a partir da articulação do território compreendido como dispositivo de cuidado. Através da inserção nos territórios vividos, da proximidade dos usuários e das histórias de vida, a AB apresenta variados recursos subsidiários às práticas de cuidado em saúde mental, incluindo questões relacionadas às drogas. Apesar de serem ainda incipientes, impossibilitando a caracterização de uma política efetiva em termos nacionais, as ações de saúde mental na AB são consideradas importantes na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos (TANAKA; RIBEIRO, 2009). É, por essa razão, uma das formas de possibilitar a atenção integral, resolutiva e longitudinal da população, favorecendo a substituição do modelo assistencial hospitalar-psiquiátrico. No entanto, as transformações nas práticas de cuidado não são um processo simples e rápido. Para efetivá-la, é importante fomentar o exercício de diversos percursos de cuidado.

Tensões do cuidado a partir do território

Uma das principais transformações na Atenção Básica que a Estratégia de Saúde da Família propõe é a organização do processo de trabalho a partir de um território delimitado, estando inserido no interior da cultura e vida das pessoas a serem cuidadas. Assim, atua sobre questões de saúde do território em sua coletividade e não somente dos indivíduos e de suas doenças. O entendimento deste modo de trabalho territorial é bastante diversificado e produz

relações paradoxais com a comunidade.

A organização territorial delimita a cobertura populacional a ser acompanhada e visitada, facilitando a constituição de vínculo entre equipe e população atendida, possibilitando conhecer as histórias de vida e os hábitos cotidianos dos usuários. Este conhecimento possibilita que o usuário não seja simplificado pelo seu diagnóstico (Sr. tuberculoso) e provoca um entendimento mais amplo do sujeito dentro do seu contexto de vida. Para que isto assim ocorra, porém, a concepção de território com que a ESF trabalha não pode ser resumida, somente, a um determinado espaço físico delimitado.

O território diz respeito a um campo de construção da vida social onde se entrecruzam, no tempo plural do cotidiano, os fluxos dos acontecimentos. Os sujeitos ligam-se aos lugares e os reconhecem no curso de sua vida, formando singularidades a partir destas experiências nos espaços. Há o lugar onde se nasceu, aquele de onde se vem, onde se trabalha, o lugar onde mora, onde relaxa, onde confraterniza. O pertencimento se constrói na apropriação dos sujeitos sobre o espaço vivido, pela integração das pessoas, pelas visões de mundo compartilhadas, assim como a partilha de alguns problemas comuns daquele território (transporte, lixo, iluminação pública etc.) e potências cotidianas (encontros na rua, praça, mercado, escola; apoio mútuo em algumas situações; festas etc.). Isto significa que o espaço pode ser simbolizado, ou seja, ganha um lugar no imaginário dos sujeitos e é agenciador de subjetividades (VILHENA et al., BITTENCOURT, ZAMORA, NOVAES, BONATO, 2011). Portanto, há a dimensão existencial do território que “diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal” (PEKELMAN et al., 2013, p. 84). Assim, o cuidado territorializado busca potencializar a história e a vida dos sujeitos a partir de sua relação singular e do seu protagonismo nos espaços em que vive.

O território vivo também é um jogo de forças, de tensões nas relações de poder, corporificando as disputas nos campos das políticas públicas. Também é um dispositivo de controle disciplinar da população, tanto através do acompanhamento longitudinal de cada indivíduo e seus ascendentes e descendentes, como por meio dos indicadores de saúde, ou, ainda, na manutenção de certas parcelas da população com menor poder aquisitivo distante dos olhos e contato das classes sociais mais abastadas.

Quando a equipe de saúde foi removida, parte considerável da comunidade ainda permanecia no território antigo, e a gestão municipal não havia encontrado nenhuma solução ainda para o atendimento de saúde da população que permanecia naquele território. Então, íamos duas a três vezes por semana no espaço físico da antiga unidade realizar

atendimentos, lidando com dois territórios, sobrecarga da equipe, e dificuldade afetiva dos trabalhadores ao retornarem àquele território que lembrava um pós-guerra sem os movimentos vivos da comunidade e com casas destruídas. Lá recebi uma mulher encaminhada pela escola, porque a filha estava sofrendo bullying devido à falta de cuidados de higiene, tendo indicativos de negligência e uma denúncia de abuso sexual relacionada ao pai. Logo após os primeiros contatos com a família, a equipe parou de atender no território antigo por questões gerenciais de suas atividades. A família precisava ir ao território novo para os encontros, tendo dificuldades pela distância e organização da família. A questão da aparência suja e o mau cheiro em que vinham na unidade e no CRAS também nos atravessava, não somente à escola. Era um caso bastante discutido no espaço de rede intersectorial, pois a complexidade e a dificuldade de construção de vínculo com os serviços preocupava a todas nós. Nós, trabalhadoras da rede, estávamos receosas em fazer visitas domiciliares, pois nos sentíamos desprotegidas com nossa saída do território e com a intensificação da disputa do tráfico de drogas. Já não estávamos próximas da realidade da comunidade, mas era essencial entender como aquela família se organizava para trabalhar os cuidados e a proteção da criança. Combinamos de, tanto as trabalhadoras do CRAS quanto as da US, realizarem VD's e enfrentamos o medo para retornar à comunidade abandonada pelo poder público. Ao chegar a casa, após longo percurso na estrada de chão, vejo um vaso sanitário no pátio. Ao adentrar o espaço pequeno da casa, vejo que a peça contém pia, fogão, televisão e cama, além de roupas espalhadas. Muitas frestas nas frágeis paredes de madeira, que tentavam ser tapadas por cobertas, e entendi um pouco mais a dificuldade de controlar as crises de asma da filha e as reincidências de tuberculose da mãe e demais familiares. Assim como vi a impossibilidade de manter uma higiene nos padrões que imaginamos: sem janelas, sem chuveiro e com o vaso sanitário no meio do pátio, não seria possível afirmar para a mãe a importância de banho diário e da ventilação da casa. Poderíamos ter feito as orientações de higiene adequada na nossa unidade nova, assim como instruir modos de cuidado com a criança e sua proteção, e considerar que nossa parte havia sido feita, mas sabíamos que ainda seríamos corresponsáveis pela condição daquela infância. Reordenamos nossas prioridades para articulação com o departamento de habitação construir um plano de ação conosco. Nosso sofrimento como trabalhadoras em nos depararmos com este caso era apoiado entre os serviços, suportávamos a nós e ao caso.

(Diário de campo, Residência Integrada em Saúde, novembro de 2014)

Na narrativa acima, estávamos atuando, de alguma forma, no controle dos modos de vida daquela família. As equipes de saúde adentram as casas dos usuários com a responsabilidade de prevenir e controlar doenças tanto contagiosas quanto crônicas, além de situações agudas. Assim, a AB atua em nível do detalhe do corpo de cada indivíduo, através do controle do modo em que corpo se expressa e das relações sociais estabelecidas. Ou seja, sua atuação sobre a população referenciada é atravessada em âmbito anatomopolítico e

também biopolítico.

Foucault (1999) denomina o poder sobre a vida como biopoder, um modo em que forças se engendram para gerir a vida a partir da configuração social que se transformou nos séculos XVII e XVIII. O biopoder incide sobre a vida de diferentes formas que se articulam entre si, e aparecem em dois níveis: anatomopolítica e biopolítica. O primeiro nível, **anatomopolítica**, incide através da docilização dos corpos em instituições como escolas e hospitais que intervêm sobre o indivíduo no detalhe, disciplinando os modos de viver. Já nos séculos XVIII e XIX, começa a se articular um outro modo, a **biopolítica**, que atua para além do detalhe do corpo, gerenciando a vida da população-espécie que estava se urbanizando. Atua de modo massificado para manter a força de trabalho através do controle de epidemias, higiene, natalidade, raça, investindo invisivelmente na vida como um todo. Esta segunda articulação de forças que Foucault expõe regula a vida de forma mais sutil, através de embasamentos científicos e racionais, e busca prever e regular os modos de vida da população de forma mais generalizada a partir de estimativas, previsões de médias estatísticas.

A estimativa de quantas pessoas têm tuberculose em cada território é uma das formas de controle dos modos de vida, por exemplo. Por ser uma doença que atinge pessoas mais fragilizadas fisicamente e que têm dificuldade em completar o longo tratamento, como usuários com uso problemáticos de drogas, o serviço de saúde acompanha diariamente o tratamento diretamente observado, chamado de DOTS. Todos os dias, o sistema de saúde está em contato com aquele usuário, conhecendo e controlando como cada vida se organiza cotidianamente e fiscalizando a tomada do medicamento, sendo uma forma importante de cuidar da saúde da comunidade. No caso acima, não conseguíamos fazer o tratamento supervisionado pela remoção da equipe para o novo território, mas foi realizado em outros momentos da doença. Esta estratégia de adesão ao tratamento, ao mesmo tempo em que controla intensivamente algumas vidas para proteger a saúde daquele coletivo, permite que o vínculo seja fortalecido entre trabalhador e usuário, que pode apoiar o usuário em demandas para além da tomada do medicamento. Portanto, através do território, é possível controlar individual e massivamente os modos de vida daquela população adscrita, e, simultaneamente, apoiar as construções de vida através da relação de cuidado que estabelece.

Conhecer e estar no território vivido, como se vê no excerto do diário acima, pode ser uma forma de realizar ações mais contextualizadas, criando estratégias que se relacionem efetivamente com aquelas vidas com quem se encontra. Ao mesmo tempo, é uma forma de controlar o que se passa com as famílias mais pobres, onde os aparelhos do estado estão (e, equitativamente, precisam estar) mais inseridos, de maneira a regular as experiências de

alguns moradores. O conceito de território é ambíguo, polissêmico, assim como a produção de cuidado a partir do campo da Atenção Básica.

O trabalho no território, então, é composto pelo controle do corpo e da população adscrita, e, ao mesmo tempo, pela criação de si. A sua dimensão criativa é a forma de resistir ao controle sobre a vida e um meio de afirmar a vida neste complexo emaranhado de limitação da própria vida. Muitas vezes o trabalhador se vê em uma aporia de como atuar de forma a respeitar aquela cultura e, ao mesmo tempo, atender às políticas públicas. Os valores do sistema de saúde são paradoxais e articulam um campo de tensão entre controlar a população e suas doenças e, ao mesmo tempo, produzir autonomia e liberdade. Vivenciamos, então, a tensão da coexistência no mesmo ato de cuidado de controle/normatização das vidas centralizador de poder e também de produção de autonomia e criação de si. Estes diferentes atravessamentos da prática de cuidado são constituintes da AB, e esta tensão habita os serviços e corpos dos trabalhadores da saúde, assim como as políticas públicas de saúde.

Uma das dimensões destes tensionamentos são as diferentes noções de território utilizadas de formas variadas, seja para ampliar vidas construindo estratégias de cuidado contextualizadas, seja para controlar a situação de saúde populacional, seja para proteger o serviço de lidar com algumas questões pertinentes àquele território. Um uso frequente é de restrição de acesso de usuários, como pessoas em situação de rua, que não comprovam residência fixa, mas habitam aquele território e o influenciam cotidianamente. Muito próximo da unidade, tínhamos um ponto de prostituição e uso de drogas em precárias condições, pelo qual a equipe não se sentia responsável, mesmo conhecendo casos da comunidade que frequentavam aquele local, afetando a sua vida e de sua família; sendo, inclusive, uma região perigosa de circulação em que os moradores do antigo território necessitavam passar para chegar à unidade de saúde nova. Ou seja, era um espaço que, pela falta de ação do poder público, restringia acesso dos moradores do antigo território à unidade que era responsável por eles e afetava diretamente a saúde daquelas mulheres e suas famílias moradoras do novo território, além da comunidade de forma geral por fazer parte do território estar em contato.

O biopoder, este jogo de forças em que o estado, através dos seus trabalhadores subjetivados em certa lógica, faz viver algumas parcelas da população e deixar morrer outras em defesa da sociedade. Tais forças atravessam a nós trabalhadores de diferentes formas e intensidades, como no caso das trabalhadoras do sexo. Algumas linhas de força reinventam sua atuação dentro do estado, como o Consultório na Rua. Este dispositivo articulador da rede para casos de pessoas em situação de rua foi se aproximando da equipe e articulando o cuidado de usuárias na unidade. Para nos responsabilizarmos por aquela região estratégica em

frente à unidade, um outro serviço precisou nos apoiar na aproximação. Muitos colegas relatavam medo em lidar com tais questões, traziam cenas extremas vividas, além de fantasias produzidas pelo discurso midiático. Mas os encontros com as usuárias e com trabalhadores do Consultório na Rua provocaram formas sensíveis de contato e questionamentos sobre algumas concepções endurecidas que enrijeciam as relações. As orientações de cuidado com aquelas mulheres deixavam mais evidente a descontextualização das práticas de cuidado, aqueles territórios existenciais pareciam mais distantes. Como trabalhar sobre sexo seguro com uma trabalhadora do sexo que conhece bem os riscos e consequências do sexo, mas que faz suas escolhas a partir de outros elementos de sua vivência? Como tratar da tuberculose ou prevenir a gravidez sem enquadrar quem não permite ser enquadrado?

Entre heteronomias e autonomias

Que lugar na relação de cuidado é possível para atenção básica? Quando uma mulher decide que não fará o exame citopatológico, previsto no programa de saúde da mulher, pois conhece já os benefícios e danos do mesmo para si, é muito difícil para os trabalhadores respeitarem a decisão e conhecer mais profundamente quais as consequências para aquela usuária em específico, como ela lida com seu corpo e como sua história se constituiu. Rapidamente já se questiona como ficarão os números da unidade neste importante programa de prevenção e como convencê-la a realizar o exame, pois é o melhor para ela. Como respeitar a escolha da usuária neste contexto? Seria função da AB convencer a fazer exames ou ajudar a usuária a questionar e escolher seu modo de cuidado? Este lugar de controle epidemiológico tensiona, também, o cuidado a usuários de drogas na difundida 'epidemia do crack', sendo o programa da tuberculose (TB) uma das forças de controle que atuam na AB. Um trabalhador de saúde acompanha/supervisiona/confere a tomada diária do medicamento da TB, tendo a forte dimensão de fiscalização ao mesmo tempo que estabelece vínculo e escuta, cuidando para além da doença. O que estas ações estão produzindo?

(Diário de campo, Residência Integrada em Saúde, março de 2013)

O campo da saúde, em especial na Atenção Básica, tem a responsabilidade de ampliar a autonomia e controlar doenças. Não são aspectos *a priori* incompatíveis de se produzirem paralelamente, mas como se depreende do excerto acima, nem sempre são propostas de cuidado convergentes, tornando, não raro, tensa a relação entre heteronomia e autonomia. A atenção básica ocupa lugar prioritário na prevenção de doenças, através de vacinas, de

consultas pré-natal e puericultura, de educação em saúde, do controle de doenças crônicas, o exame preventivo do câncer de colo de útero etc. A insistente busca das usuárias para realizar o exame, inclusive através de campanhas, coloca em questão o que é o cuidado na saúde da mulher.⁹ Resume-se à realização do exame preventivo de câncer? O exame pode ser uma oferta para abordar e se aproximar desta população, sendo que o cuidado também reside para além do exame – na mesma perspectiva dos redutores de danos brasileiros em que a oferta de seringas seguras era ambiente para construção de vínculo e um meio para apoiar a reflexão sobre sua vida. Porém, muitas vezes, o exame preventivo é apropriado como finalidade em si mesmo. Seguidamente não é trabalhado com as mulheres o sentido daquele exame e por que ele seria um importante meio de cuidado delas, ou uma forma de olhar para seu corpo, tendo o discurso do diagnóstico precoce do câncer de colo do útero reiteradamente repetido. A propagação de uma frase ou discurso não é o que produz sentido, pois não necessariamente dialoga com a vivência e necessidades das usuárias. Afinal, como a prevenção e autonomia atravessam a relação de cuidado na AB?

As ações programáticas de prevenção às doenças e agravos são legitimadas pela positividade empírica e seus os procedimentos ordenadores que normatizam os corpos e de seus modos de vida, legitimando o controle sobre a vida (AYRES, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2011b), na quarta diretriz, responsabiliza este nível de atenção pelo controle da situação de saúde e doença, e também orienta a ampliação da autonomia de usuários e coletividades, como se o controle da saúde fosse produtor *per si* de autonomia ou que a relação entre controle da saúde e autonomia fosse direta. Todas diretrizes trazem muitos elementos juntos, não destrinchando as questões que abre. Há, entretanto, tensão importante entre autonomia e controle. Podemos pensar a tensão no sentido da física, como força de atração e repulsão entre os elementos. Observando a partir da PNAB, poder-se-ia conjecturar que o controle da saúde produz autonomia, na medida em que, ao se ter domínio da situação de saúde e de doença influencia nos movimentos de vida. Mas o controle por parte de quem? De que controle mesmo aqui se trata?

Nogueira (2003), a partir da leitura de Illich, realiza uma discussão sobre a noção de autonomia e heteronomia nas relações de cuidado da saúde. Sobre estes conceitos, o autor compreende a **autonomia** como caminho de autoenriquecimento gerado pela possibilidade de multiplicar as experiências de aprendizagem e por suas variadas escolhas. Já a **heteronomia** é

⁹ Poderíamos, aqui, fazer a discussão sobre o controle dos corpos femininos que solicita consultas anuais até trianuais, enquanto não há programa de controle de doenças direcionado diretamente ao público masculino; faremos, todavia, a discussão entre autonomia e heteronomia de modo mais amplo devido aos limites de um mestrado e o objetivo desta escrita.

caracterizada pelo encontro com o que está pronto para ser usado, graças à acumulação social de experiências e conhecimentos, não comportando, portanto, muita variação ou adaptação (NOGUEIRA, 2003). Illich (1976), de modo bastante ácido e visceral, questiona o desenvolvimento do cuidado em saúde a partir, prioritariamente, da heteronomia:

Os procedimentos médicos tornam-se uma magia negra quando, em vez de mobilizar no enfermo seus poderes de curar a si mesmo, transformam-no num manco e num *voyeur* mistificado de seu próprio tratamento. Os procedimentos médicos tornam-se uma religião da doença quando são perpetrados como rituais que enfocam a inteira expectativa do enfermo na ciência e nos seus funcionários ao invés de encorajá-los a buscar uma interpretação poética de suas inquietações ou encontrar um exemplo admirável em alguém – um falecido ou um vizinho – que aprendeu como suportar o sofrimento (p. 114, apud NOGUEIRA, 2003, p. 22).

A este modo de cuidado, que torna o sujeito *voyeur* de seu sofrimento, Illich chamará de **iatrogênico**, pois produz adoecimento, passividade, em detrimento do reconhecimento das diversas possibilidades de recuperar-se de seu sofrimento, limitando a potência de vida. A dimensão limitante da relação de cuidado distancia a ampliação da autonomia e o controle da saúde por parte do indivíduo integrado na diretriz da PNAB. Nesta perspectiva, o domínio está, principalmente, fora do sujeito, engendrando falta de sentido para as ações de cuidado, como na narrativa acima da saúde da mulher. Para Illich, a heteronomia, que pressupõe autoridade médica, expropria a saúde diante da responsabilidade do sujeito e de sua família sobre a própria vida. Nogueira, por sua vez, questiona o termo expropriação da saúde que, apesar de ser bem ilustrativo da retirada de poder do usuário, traz a ideia de saúde como um bem, uma propriedade, uma coisa. Este entendimento nos leva a pensar o consumo de saúde que condiciona as pessoas a obter saúde, não a fazer; comprar, não criar; a serem curadas, não a se curar. Portanto, uma das críticas ao modo heteronômico de cuidado é a retirada de cena do sujeito que sofre e que se torna consumidor de cuidados do ator principal, o trabalhador de saúde.¹⁰ Este modo é identificado como adoecedor pela limitação a um modo de cuidado à sua saúde que se estabelece na relação de consumo de saúde. Na narrativa acima sobre o exame preventivo da mulher, os trabalhadores sofrem pela afirmação da usuária em não realizar o exame por partirem do princípio de que sabem o que é melhor para ela. Seus repertórios existenciais e formações disciplinares não supõem, provavelmente, uma outra alternativa: de que sua escolha não signifique, necessariamente, que ela não esteja se cuidando, mas que ela possa estar protagonizando outras formas de cuidado de si.

¹⁰ Illich faz crítica ao modelo médico; podemos, contudo, analisar na prática que este modo é extensivo às diferentes profissões da saúde.

No campo da saúde mental, processos equivalentes a este de assujeitamento do usuário se expressam com especial intensidade, pelas características do trabalho imaterial neste campo, que se agravam, ainda, com as características de vulnerabilidade dos usuários tradicionalmente tomados como incapazes, desarrazoados, transformados em dependentes e, inclusive, comumente impossibilitados de responderem pelos seus atos perante a sociedade, quando interditados judicialmente.

Entre os processos que a RP busca de desinstitucionalização da loucura, é a transformação do modo de relação entre usuários e trabalhadores, apostando na autonomia e responsabilidade de todo sujeito faz-se, por tudo isto, fundamental. Daí, a importância de se aprofundar e explorar os diferentes entendimentos sobre este conceito, foco deste subcapítulo. Leal (2001) analisa quatro formas de compreensão da autonomia para RP que podem se apresentar separadas ou sobrepostas, trazendo algumas consequências destes modos de entendimento para o trabalho em saúde.

A primeira perspectiva está relacionada ao livre arbítrio como independência e autogoverno, ou seja, está autorreferenciada, sem articulação com a complexidade de relação com o social. Assim como o social, a relação com o território é mais instrumental. Este modo de entendimento elege a criatividade como produtora de independência e libertação por conectar o sujeito à sua vontade interna.

Na segunda concepção, a autonomia se apresenta limitada pela relação com o outro, havendo uma divisão interna do sujeito entre si e o outro, e o social comparece, aqui, como uma das instâncias internas ao sujeito. Este modo, por entender que as questões são prioritariamente internas aos sujeitos, consideram a psicoterapia como modo prioritário de cuidado sendo o território apenas uma variável externa, com a qual se mantém uma relação bastante instrumental.

O terceiro entendimento de autonomia referido por Leal (2001) está definido como independência e é limitado pelas obrigações com o meio, havendo separação de dois blocos atemporais inteiros: sujeito e mundo. Nesta perspectiva, em que sujeito e mundo são separados e absolutos, o serviço possui um *script* de recursos terapêuticos aos quais cabe ao usuário se adaptar a tal organização ou correr o risco de ser visto diagnosticado como “não aderente”, sem perfil para frequentar o serviço.

A última compreensão que a autora traz é compreendida como a capacidade do sujeito em gerar suas próprias normas a partir da ampliação de suas relações com o social, marcando a relação entre sujeito e sociedade como processual, transformável e contextualizada. Este modo de entendimento enfatiza questões organizacionais, estabelecendo com o território

relação afetiva.

Leal traz que estas quatro formas não são estanques e que podem atravessar em diferentes momentos a relação de cuidado. Percebe-se que o modo de compreender a autonomia tem efeitos na relação e produção de cuidado, de modo a adaptar mais o sujeito, e/ou apoiar a sua criação, e/ou responsabilizar somente o usuário pelo seu destino e/ou interiorizar grande parte das questões.

Eirado e Passos (2004), em diálogo com Varella, trabalham mais próximos desta última perspectiva, pensando a noção de autonomia como autocriação. Etimologicamente significando “próprias normas”, autonomia seria, então, uma ação criadora e transformadora de suas próprias regras para si mesmo, na qual se distinguem criador da norma e criatura (a própria norma), porém sem separá-los. Ou seja, se diferencia o Sujeito produtor de norma e a própria norma, porém não são entes separados; não são, portanto, externos um ao outro, apesar de distintos, sujeito e suas normas habitam um mesmo espaço. A autonomia, assim vista, não seria somente o ato de determinar a si mesmo, mas incluiria, também, o ato de criar-se a si mesmo, passando para o primeiro plano, no lugar de determinação, a noção de criação. Autonomia assenta-se, pois, em uma operação de circularidade (reflexividade) onde os dois planos distintos (organismo e meio, interno e externo) se determinam reciprocamente ao se criarem mutuamente, trazendo as noções de autocriação e autopoiese para comporem o conceito. A instância criadora, sem ser externa ou transcendente ao que por ela é criado, deve ser pensada como um modo de operar que singulariza o vivo. Assim, defende que o conhecimento é criação, e não somente razão, o que nos leva a pensar sobre o cuidado de si, que é o conhecimento de si para além da razão. Ou seja, cuidar, para estes autores, implica, portanto, conectar seus pensamentos, afetos, sentidos, desejos, sua história, seu comportamento etc. Nessa perspectiva, a autonomia não é um estado ou uma condição prévia à ação humana. Não está inscrita na natureza, e, sim, na própria ação, que é mais ou menos autônoma. Ou seja, a questão não é *quem é autônomo*, mas *quando há autonomia*.

Zambillo (2015) percorre a história da filosofia ocidental em relação ao conceito de autonomia, expondo que tinha função social e de organização da cidade na antiguidade, então estava conectada à relação com a cidade e com os demais cidadãos. Porém, em seu percurso de compreensão, a autonomia foi se transformando e assumindo uma parte deste sentido político, sendo, na atualidade, comum a identificação como independência, sentido bastante distante daquele da antiguidade.

Uma das importantes questões deste sentido assumido de autonomia, conforme Leal (2001) já havia citado, é a possível conexão com a ideologia neoliberal de desmonte das

políticas sociais, em que cada sujeito deve criar e inventar seu modo de cuidado de forma independente. Reflete, portanto, a compreensão de que cuidar está relacionado a certo entendimento de autocuidado, no sentido de um estilo de vida individualista próprio do capitalismo consumista. Esta compreensão idolatra o corpo através de academias de cultura física e a indústria das dietas e vende modos heteronômicos de autocuidado. A indústria da beleza e seu mais variado comércio da saúde perfeita, diversifica instruções de como o sujeito deve tomar conta de si e como deve lidar com seu corpo aos limites da juventude eterna e imortalidade prometida. Este modo não estimula o sujeito a se conhecer e atuar sobre o mundo, mas a aplicar normas mais gerais a partir do conhecimento “científico” estimulados pela mídia através de programas televisivos (matinais em geral), revistas, sites, propagandas de produtos e serviços de saúde. Ao mesmo tempo, responsabiliza individualmente, e por vezes culpabiliza, o sujeito pela sua dedicação ao corpo e às normas saudáveis.

A autonomia que sobre a qual estamos argumentando difere de independência e pressupõe apoio e variação entre nossas dependências. Porém, muitas vezes, na unidade de saúde, assumíamos o discurso individualista e culpabilizante do usuário que não seguia às orientações que lhe eram dadas.

Dona Impotência era uma usuária com quase 60 anos com diversos diagnósticos como diabetes, hipertensão, depressão, que tinha complicações pela dificuldade de controlar tais doenças, como perda de visão, obesidade, dificuldade nos movimentos finos. Uma das grandes dificuldades era a tomada dos medicamentos e sua alimentação, que não era regrada. Sua base era massa instantânea, contendo muito sódio, e refrigerante, contendo muito açúcar. Além disto, não conseguíamos conhecer muito da história da usuária, que falava pouco e com relato pobre como chegou à comunidade, como era seu relacionamento com o marido e filha, como foi sua infância. Sua rede de cuidados também era bastante frágil, teve filhos que ‘deu’ (SIC) para outras pessoas criarem, criando a filha deste relacionamento atual, mas que fora abalada pelo fato da filha ter um relacionamento homoafetivo. O seu marido não vinha às consultas, mesmo sendo chamado várias vezes, e não estava em casa nas diversas visitas domiciliares que realizávamos. Uma vizinha tinha proximidade com Dona Impotência, mas não conseguia fortalecê-la nem apoiá-la pelas dificuldades que também enfrentava, como violência doméstica e exposição dos netos a abuso sexual por parte do marido. Não conseguíamos fazer a administração dos diversos medicamentos de Impotência, pois era um plano de cuidado farmacêutico bastante complexo. Fazíamos a organização quinzenal dos medicamentos em visita domiciliar, assim como das atividades no posto (grupo de caminhada, consultas de enfermagem, medicina, psicologia, farmácia, curativos da cirurgia no olho e das feridas na pele). Não conseguíamos de fato articular o cuidado. As necessidades de cuidado eram muitas, e volta e meia nos víamos culpando a usuária por suas condições e fracasso de nossas ações. Talvez fosse a forma para

nós, trabalhadores, suportarmos os frequentes fracassos e a dificuldade em produzir um cuidado compartilhado com a usuária, pois não conseguíamos acessá-la, nem produzir um encontro legítimo que conectasse sua história e seus prazeres. O mais suportável a nós, e nos parecia que também a ela, era afirmar que, de nossa parte, estávamos fazendo o possível, que era reiterar a organização dos medicamentos e alimentação. Estávamos presos a heteronomia, pois não estávamos conseguindo trabalhar com ela.

(Diário de campo, Residência Integrada em Saúde, dezembro de 2015)

Nogueira (2003) destaca que a autonomia sempre envolve elementos de heteronomia ou de determinação extrínseca. Ou seja, o processo inventivo de nós mesmos parte de elementos construídos anteriormente por outrem, está em relação com o que já existe previamente. A diferença entre liberdade e determinação é uma diferença de grau, reside na intensidade de liberdade daquela ação e não de uma natureza que reside dentro de nós. No caso acima, estávamos em um momento do processo de cuidado em que nossa ação não estava produzindo reinvenção com Impotência, estávamos marcados pela repetição. Nossa intensidade de heteronomia tornou-se a protagonista da relação. Quando percebemos, estávamos responsabilizando unicamente a usuária pela dificuldade de cuidado, como em algumas concepções de autonomia que vimos em Leal (2001). Se deparar com as fragilidades de suas ações coloca o trabalhador em sofrimento, e este busca formas de se proteger das angústias, sendo uma das formas a sua desresponsabilização e culpabilização do usuário.

A autonomia, na perspectiva processual da relação de cuidado, conecta-se à responsabilidade compartilhada entre trabalhadores e usuários, assim como entre os familiares e a rede intersetorial. Esta forma de trabalho conjunto não aponta para que cada ator desempenhe sua parte, mas, sim, para ampliação do grau de articulação refletida de saberes e invenção de possibilidades. A partir de 2003, as elaborações propostas pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) colocam em questão a inseparabilidade de atenção e gestão, reconhecendo que o trabalhador também faz gestão de seu trabalho e, com isso, dilata-se o conceito de gestão com a compreensão de que todos fazem, de algum modo, a gestão de sua vida e do seu cotidiano de trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Tal compreensão amplia as possibilidades que encontros produtivos se realizem na ação cotidiana de produção de cuidado criativo e inventivo. Além disto, claro, quanto maior for o grau de autonomia do trabalhador, quanto mais espaços de diálogo houver entre os trabalhadores que ocupam postos tradicionalmente considerados “da assistência” (os ditos “trabalhadores da ponta”, ou “do chão de fábrica” da saúde) com os da gestão (em atividades meio), maior será a condição e perspectiva para que aconteçam encontros inventivos e qualificados com usuários.

Para Illich (1976), é essencial que a saúde seja entendida como integrada ao conceito de autonomia do sujeito, no sentido de liberdade: “a saúde tem a ver com o grau de ‘liberdade vivida’, com a capacidade de cada pessoa em exercer o controle sobre seus estados biológicos e sobre o meio ambiente imediato” (p. 242, apud NOGUEIRA, 2003, p. 26). Essas considerações nos fornecem algumas pistas para os questionamentos que vêm guiando a presente pesquisa acerca de quais controles na saúde, e por parte de quem, geram autonomia.

O ato de cuidado, portanto, produz liberdade e determinação em alguma medida, a partir dos conhecimentos produzidos previamente e dos que criamos cotidianamente. A relação de cuidado em que o saber sobre o corpo está principalmente vinculado ao trabalhador de saúde produz consumo intensivo de cuidados, consolidando formas de dependência, no sentido semelhante à dependência de uma droga. “Essa forma de dependência é assegurada, de um lado, pela monopolização do exercício profissional dos médicos, e, de outro, pela confiança que os leigos depositam gratuitamente nos agentes da medicina” (ILLICH, 1976, p. 46, apud NOGUEIRA, 2003, p. 15). Segundo Nogueira (2003), para ultrapassar as condições de dependência imoderada e obter uma verdadeira satisfação, as pessoas precisam recuperar sua autonomia através do exercício de diversas formas de cuidado, para além da intervenção profissional. As terapias heterônomas somente poderão gozar de uma ‘satisfação equitativamente compartilhada’ através da desmedicalização e a percepção do limite, alcance e intensidade de tais. Ou seja, a opinião pública e leiga precisa controlar o poder das profissões para que o interesse público seja predominante, e não o interesse corporativo. A especialização das profissões produz um poder importante para elas, em que o saber é monopolizado e pouco compartilhado com os maiores interessados, os clientes/paciente/usuários, precisando nestes confiar como se fosse um sacerdote.

Experiências e saberes marginais: compromisso criativo dos ACS

Um importante ator da AB que desloca o lugar de saber dos trabalhadores como proprietários da saúde é o Agente Comunitário de Saúde. Dada a relevância e singularidade que este ator assume nos processos de trabalho em saúde que podem promover movimentos de autonomia e cuidado na perspectiva libertária em que se concentram nossos estudos, lhe dedicaremos parte desta análise. Personagem híbrido, o ACS é um trabalhador de saúde sem

formação técnico-científica específica¹¹ que mora na área de abrangência da unidade de saúde em que trabalha e enfrenta cotidianamente as dificuldades e potências dos demais usuários, sendo usuário e trabalhador do mesmo serviço. Este ator foi surgindo e se estruturando como profissão através das propostas internacionais para a Atenção Primária à saúde na década de 1970. No Brasil, temos a primeira experiência no Ceará, em 1987, e, como política nacional, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (MARTELETO, 2014). Mais tarde, o Programa de Saúde da Família (PSF), que se tornou estratégia prioritária da AB pela portaria 648/2006, afirmou ser este ator estratégico para o modo de cuidado coletivo e que busca ativamente os usuários.

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador caminhante, cuja principal atribuição é a realização de visitas domiciliares (VD). Ou seja, adentra casas de seus vizinhos/usuários para conhecer aquela família, como se relacionam, suas dores, potências e fragilidades de saúde. São trabalhadores geralmente reconhecidos na comunidade em que trabalham e vivem. São recorrentes os relatos de usuários/vizinhos buscando apoio e informações para além do horário de trabalho do ACS, como nos finais de semana.

Os ACS, por outro lado, habitualmente não têm seu saber e prática legitimados dentro da equipe de que fazem parte. Os discentes do Caminhos do Cuidado frequentemente indagavam aos seus tutores, com coerência, por que a formação não era para toda equipe de ESF e era somente para os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem (ATenf), já que eles não eram ouvidos pelas suas equipes. Esta é uma questão muito pertinente e que explicita um tensionamento no qual o Projeto se propunha a intervir: formar e fortalecer os atores menos escutados pelas equipes. Alguns ACS relataram que utilizaram o curso como meio de sustentar sua posição frente aos profissionais de saberes “reconhecidos” nas equipes, dizendo ao médico ou enfermeira que a internação não era o principal recurso de cuidado e que, no curso do Ministério da Saúde que eles fizeram, isso foi dito e lido na política nacional de atenção a usuários de drogas. Essa afirmação, de que os atores menos escutados têm um saber que os profissionais graduados não vivenciaram, possibilita um lugar de saber e de fala diferenciado para tais atores, inclusive para o saber da experiência de trabalho. Ou seja, uma das grandes intervenções que o Projeto produziu no país foi validar e fortalecer os saberes dos atores da AB mais fragilizados do ponto de vista institucional e do reconhecimento social.

Ao realizar uma pesquisa sobre os sentidos do trabalho de ACS, Martins e Chaves (2007) identificaram oito condições de vulnerabilidade do trabalho destes atores, entre elas, a

¹¹ Tem-se a previsão e início da formação técnica de ACS, porém, em grande parte do Brasil, ela não se efetivou, tendo somente um módulo produzido pelas Escolas Técnicas do SUS.

relação entre equipe e a fragilidade de supervisão dos mesmos que provocavam o desamparo para lidar com experiências e expectativas de serem agentes da mudança. As múltiplas demandas que intervêm trazem sentimento de sobrecarga explicitado desde o início da formação do Projeto Caminhos do Cuidado, em que diziam que era mais uma formação¹² que servia para lhes dar mais uma demanda de trabalho. Uma das funções dos tutores era acolher essa sobrecarga e ajudá-los a reconhecer que os ACS já realizam o cuidado em SM em sua prática cotidiana e que o processo formativo os fortalecia para realizar a prática com melhor qualidade e com menor sobrecarga. O relato frequente de que os ACS são os responsáveis por muitas demandas traz, ao mesmo tempo, a potência deste ator como articulador do cuidado integral, pois seu saber cultural e comunitário dialoga com o saber técnico científico dos espaços formativos vividos. São conectores de diferentes saberes. Lancetti (2008) os chama de trabalhadores afetivos, pois sua principal ferramenta de cuidado é a potência vinculadora que sua posição híbrida permite. Este lugar que ocupam, lateral aos usuários (também sendo usuário) e com informações, formações e proximidade dos conhecimentos da área da saúde, permite a produção de “zonas de passagens”. A fluidez da relação estabelecida pelos ACS permite tanto a função de controle que as polícias médicas cumpriam anteriormente, quanto de criação de outras possibilidades de conhecimento de si e do mundo. Muitas vezes, é o único mediador da realidade, além dos meios de comunicação de massa, que chega as casas dialogando e interpretando outra visão de mundo.

Estes atores trabalham a partir do que é possível na produção de cuidados comunitários e, costumeiramente, não têm respostas para dar aos usuários (MARTINS; CHAVES, 2007), mas necessidade de criar percursos de cuidado no próprio encontro com usuários. O processo criativo traz incertezas e desamparos dos quais costumamos fugir priorizando as respostas já prontas, e o ACS é um ator potente para criação de possibilidades também por não terem suas principais ferramentas de trabalho vinculadas ao conhecimento heteronômico produzido pela academia. O saber “inacabado”, que o ACS tem por sua posição limiar, o impulsiona à criação. Como lidar com o desamparo próprio dos processos criativos e produtores de liberdade?

Chegou a mim a demanda de uma família que era da área do ACS Desesperança,

¹² Uma diferença importante entre as regiões brasileiras é a oferta de espaços formativos para trabalhadores da saúde. Nos estados do sul, sudeste e nordeste brasileiro, em geral, era complexo construir agenda do Projeto CC entre as outras formações ofertadas pelos municípios e estados, porém, na região norte do país, a escassez de espaços colocava o Projeto Caminhos como a visibilidade tardia da região para o governo federal. Traziam, também, dificuldade do MS em reconhecer as especificidades da região Amazônica para gestão do Projeto, necessitando de flexibilidade de outra ordem para alcançar as metas propostas.

muito queixoso e muito pouco propositivo. Em discussões, na equipe, ele dizia que não adiantava fazer nada nos casos, parecia ter desistido de seu trabalho de ACS. Respirei fundo por ter que ir discutir mais um caso com ele, que se negava a entrar na casa dos usuários comigo, somente me levava até a porta (como se eu não soubesse ler o endereço do usuário no prontuário). Costumava dizer-me que preferia não entrar, que não se sentia à vontade e nada mais, mesmo quando eu tentava questionar mais. Dessa vez, argumentei que minha saída da unidade já estava marcada e que não podia me tornar referência desse caso, mas que precisava conhecer a situação junto com ele para pensar na articulação da rede. Apesar de ele “bufar”, me acompanhou efetivamente na visita a esta família, que tinha uma garota de 13 anos grávida, que estava se trancando em casa desde que descobriu que teria gêmeos. Ao longo da conversa com a família, vi atuante e escutei interagindo com aquelas usuárias um outro colega de trabalho, a quem eu poderia até trocar seu pseudônimo para Esperança. Na conversa, mais questionava que afirmava, e, quando afirmava, se reportava à importância da avó respeitar o espaço da menina como mãe que estava ali recém se desenvolvendo, apoiando-a neste momento difícil. Mostrava-se acolhedor, apoiador, questionador. Tinha um vínculo muito interessante com esta família. Aí me dei conta de algumas diferenças entre prática e discurso: Paulo Freire nos diz que precisamos tornar nossa prática mais próxima do nosso discurso. Nesta situação, o conselho poderia ser inverso. Tornar o discurso mais próximo da prática.

(Diário de Campo, Residência Integrada em Saúde, setembro de 2014)

Nos encontros cotidianos, os discursos dos colegas da Atenção Básica soavam-me muito duros, reprodutores de lógicas excludentes e hegemônicas que o campo da saúde mental questiona e enfrenta. Porém, em sua prática, muitas vezes, afirmavam o saber que usuários detinham sobre si mesmos e sobre o serviço, apostavam na autonomia do usuário, apesar de, no discurso para equipe, costumeiramente, trazerem o caso de forma muito menos potente e muito mais dependente do serviço de saúde. Não que a prática e o discurso sejam campos separados, pois o dizer já é uma forma de fazer e criar realidades, e, segundo Foucault (RAJCHMAN, 1987), as teorias são práticas, mas, em alguma medida, o que os ACS diziam sobre o encontro com os usuários era bastante restrito e distinto do que se operava. Tais observações permitem pensar que, talvez, a potência do cuidado em saúde mental da AB está mais no fazer do encontro do que no dizer sobre ele, ou que os próprios atores que estão operando as transformações nos modos de cuidar ainda não tenham se apercebido exatamente do saber que estão cotidianamente produzindo. Pesquisa realizada na região do Vale do Rio dos Sinos encontrou resultados equivalentes:

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que as equipes se reinventam, repensando suas práticas, percebe-se a falta de apropriação daquilo que fazem. Ao serem convocados a falarem de suas práticas, não se autorizam a reconhecer o que

produzem como uma nova clínica. Seguidamente colocando-se numa posição de “não-saber”, os mesmos profissionais que narram inúmeras estratégias criativas construídas para dar conta das demandas cotidianas com que se deparam falam da expectativa de uma “nova teoria” ainda por surgir, de concepções inéditas ainda não publicadas, que venham a responder todos os impasses que a transição de modelos de cuidado lhes apresenta (PAULON et al., 2011, p. 117).

O modo de falar sobre o seu trabalho se relaciona com os sentidos produzidos sobre o que realizam, quais as ferramentas que identificam utilizar, como lidam com a força e o sofrimento inerente ao processo de cuidado. Nas formações realizadas através do Projeto Caminhos do Cuidado, os trabalhadores da Atenção Básica, quando contavam sobre sua prática, percebiam que já realizavam cuidado em saúde mental mesmo sem saber, e que trabalhavam na lógica de Redução de Danos em algumas situações, mas não conheciam este nome. Passaram a nomear o seu trabalho e refletir mais sobre ele a partir do encontro com um outro que busca conhecer e reconhecer a sua prática. Seus saberes e suas próprias técnicas de cuidado iam sendo inventadas e produzidas nos encontros de Educação Permanente, ou seja, o fato de o trabalhador narrar suas experiências para outro que se disponha a pensar junto provoca reconhecimento do saber produzido na prática de cuidado, incentiva a análise de seu fazer, possibilita mudanças e qualifica a construção de ações.

Na pesquisa que o Intervires produziu de qualificação da SM na AB, nos seis municípios, chegávamos enquanto estrangeiros ao município, e tal posição nos permitia estranhar e reconhecer práticas interessantes de cuidado. Ficamos encantados com a força de ações que eram sentidas pelos trabalhadores como invisibilizadas, e, nos espaços de trocas, os trabalhadores e usuários de outros serviços construía novos sentidos para o trabalho narrado, ampliando sua potência nos encontros. A comunicação entre atores do processo de cuidado (trabalhadores, usuários, gestores, pesquisadores da saúde) constrói cuidados mais compartilhados, exercita a apropriação das práticas e autonomia dos atores.

Certamente, temos muito, ainda, a avançar na Atenção Básica, porém precisamos, também, reconhecer os passos que já são realizados, para pensar outras possibilidades de caminhos a percorrer. Para isto, é importante (re)conhecer os paradoxos que são vivenciados nesta realidade. Considerando que a produção de saúde é também produção de sujeitos, não podemos valorizar exclusivamente saberes técnicos, nem restringirmos nosso entendimento da técnica às práticas cientificistas distanciadas da experiência e dos contextos onde acontecem. A técnica deve se articular à construção do processo de valorização da subjetividade, que é uma produção social e política, fazendo com que a saúde não possa ser pensada e tratada de forma exclusivamente tecnicista (BRASIL, 2010a). O modo

heteronômico científico desenvolvido é uma forma de conhecimento sobre saúde e doença, que não pode ser negado, mas não é o único. Entre as múltiplas práticas de saúde que o SUS contempla, temos modos tutelares, contraditórios e tensionados por outras formas de cuidar. Vários dos relatos aqui apresentados trazem a indissociabilidade na produção de saúde, coabitada por variadas práticas e construção social da subjetividade. Esta é uma ressalva cara ao tema da presente pesquisa, posto que um dos aspectos importantes da autonomia para a saúde: a ampliação de entendimentos sobre saúde e sobre a vida, de formas de atuar sobre ela.

Na composição desses saberes alinhados à perspectiva das práticas de saúde que ampliam autonomia e contribuem com o cuidado em liberdade, emerge a lembrança de uma das bonitas cenas ocorrida em uma das últimas formações de tutores no Amazonas, em que os professores do curso técnico de Enfermagem do interior do estado compuseram o grupo de tutores para realizar turmas nos locais de mais difícil acesso. Estes atores buscavam relacionar a metodologia que o Projeto Caminhos do Cuidado propunha com as questões do curso técnico de Enfermagem, em que a temática era mais ‘dura’, muito tecnicista. De algum modo, os professores já partiam da experiência dos alunos, pois muitos destes já eram trabalhadores do campo da saúde. Ao contarem como é o modo correto de usar luvas para o curativo, por exemplo, perguntavam como os alunos costumavam fazer, pois sabem que, mesmo na falta de insumos mínimos de trabalho, as demandas de cuidado não deixam de ocorrer, e nos locais de difícil acesso era comum a falta de tais materiais essenciais. Os alunos do curso técnico de Enfermagem iam contando como buscavam proteger a si e aos usuários na falta de luvas, e os professores iam ajudando a construir outras formas de proteção a partir de outros materiais que os alunos relatavam ter disponíveis no serviço. Junto a isto, discutiram quem eram os responsáveis pelo material estar disponível e como reivindicar melhoria no fornecimento. Foi uma bonita e singela narrativa sobre a articulação entre saber técnico e da experiência, entre heteronomia e autonomia a partir do que era possível. Este caso se deu entre trabalhadores em formação, e vimos, através da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que o modo de circulação de saber entre trabalhadores afeta diretamente o modo de circulação de saber na relação com usuários. Para que tal articulação de saberes se realize, seja entre os trabalhadores ou com os usuários, é imprescindível habitar o território existencial deste outro, assim como o professor do curso técnico buscou visitar o ambiente do aluno através do relato e conhecimento daquele universo.

Um importante dispositivo de circulação de saberes na AB é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma equipe de profissionais com formações diferentes da equipe mínima da ESF, e que compartilha práticas e saberes na área da saúde.

Criado em 2008 pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 154 (BRASIL, 2008), busca acompanhar os processos de cuidado produzidos pelas equipes da atenção básica, suas dificuldades e angústias, com o objetivo de tornar as ações deste nível de atenção mais resolutivas e com maior abrangência (BRASIL, 2010). Apesar de o papel do NASF na rede ainda estar um tanto confuso nestes seus primeiros passos, em alguns municípios têm-se observado importantes incentivos para reorientação da lógica de cuidado que a ESF propõe (PENIDO, 2013). Junto às demais equipes de AB, a equipe apoiadora discute casos, desenvolve Projetos Terapêuticos Singulares, realiza, junto com os trabalhadores da AB, atendimentos e atividades coletivas, assim como as atuações no território, ações intersetoriais e intervenção sobre o processo de trabalho da própria equipe que nele se insere, na lógica da Educação Permanente. Assim, as equipes buscam, conjuntamente, efetivar o cuidado integral dos usuários, ampliando a clínica e a capacidade de análise sobre as necessidades de saúde e lidando com as contradições e contrastes próprias das ações de cuidado.

Mourão (2009) aponta a necessidade de manter bastante claros os objetivos e missão do apoio matricial, estabelecendo constante avaliação da prática desenvolvida para não retroceder ao modelo ambulatorial, já que busca a mudança na direção da clínica ampliada e diversificação das ações. No campo da Saúde Coletiva, o apoio matricial enfatiza a gestão compartilhada centrada em equipes, tendo princípios de funcionamento democrático e produtor de responsabilidades definidas e compartilhadas, transformando as relações de cuidado e a produção de cuidado. É uma tecnologia em saúde híbrida, leve e leve-dura, que pode contribuir para potencialização da autonomia na produção de saúde a partir da relação de cuidado, recorrendo, também, a saberes instituídos como epidemiologia (PENIDO, 2013). Ou seja, apoia a AB a se posicionar no intervalo entre o conhecimento já estabelecido no campo da saúde e a criação de novos saberes a partir das suas experiências.

Entre durezas e apostas na AB

Recebíamos almoço dentro do posto, então o horário de almoço geralmente não se configurava como pausa. Eu estava no computador da recepção, organizando algo, e o colega técnico administrativo estava no outro computador. Intensidade, um homem, negro e jovem, chega um tanto agitado à recepção e pede para falar com alguém, pois precisa de ajuda. Meu colega faz a pergunta padrão do local de residência, já que não o conhecia, e Intensidade diz que mora nos 'barracões'. Logo é informado que, além de ser horário de almoço, pela organização da prefeitura dos territórios, seu posto de saúde era outro e ali

logo se formou o impasse, já que nosso posto é em frente aos barracões e o posto indicado pelo colega é um tanto mais distante. Saio da proteção do vidro da recepção e sento com Intensidade no bancos próximos da porta, perguntando o que ele estava buscando de ajuda. Mais agitado do que na sua chegada, diz que usa drogas e precisa de ajuda porque a sua família, que o apoia, está o expulsando do barracão pelas confusões que ele faz quando tá 'doido da pedra'. Ele diz que não vai para outro posto nem pro CAPS ad, já que mora em frente a este posto, e eu tento explicar mais o que o colega havia dito e que iria discutir a situação dele com outros colegas, mas poderíamos conversar enquanto isso. Apesar de eu marcar na agenda horários para ele, costumava aparecer em momentos não agendados, quando estava agitado. Afeto, o outro colega administrativo, passou a acompanhar a situação comigo, ajudando a encontrar possibilidades burocráticas para facilitar acesso de Intensidade e a discutir com a equipe. Tranquilidade, médico há décadas neste posto, passa a atender Intensidade devido a dor no joelho. Um dia, Intensidade chegou nervoso, no horário do almoço novamente, afirmando precisar conversar naquele momento e Afeto me chamou na cozinha. Fomos para a sala em que eu costumava atendê-lo, não na sala da psicologia, mas ao lado, em que a porta não fechava por defeito e me protegia do meu medo das ações de Intensidade quando ele estava 'doido da pedra'. Ele me pede dinheiro, diz que estão atrás dele por dívida de pedra e que desta vez vão matá-lo. O pedido era intenso, como ele; me senti coagida, mais ainda quando ele meteu a mão dentro das cuecas pela frente para tirar algo. Devo ter transparecido minha aflição, imagino que fiquei pálida. Ele retira um documento da justiça sobre sua prisão domiciliar; diz que quer me mostrar o quanto ele quer mudar, mas que 'o cano' tá ali fora se eu não o ajudar. Meio atrapalhada, explico as normas do posto e que nem teria dinheiro para ajudá-lo, mas que veria com meus colegas o que poderia fazer. Ele diz para eu não contar nada a ninguém, e me sinto ainda mais ameaçada. Saio e chamo Tranquilidade e parceiras residentes para me ajudar a pensar em como agir. Discutimos rapidamente a necessidade de entregar algo a ele, não simplesmente pelo sentimento de ameaça, mas como oferta de ajuda, porém não sendo diretamente o que ele 'pedia', para mostrar que temos ofertas, mas não esta que ele pediu hoje. Ao retornar à sala, me sentia mais fortalecida pelos colegas, consegui manejar melhor a direção da conversa, Intensidade já havia respirado e pensado um pouco também. Cena como esta não se repetiu, mas fiquei um período sob olhares cuidadosos de colegas, principalmente nas entradas e saídas do posto, e atendia Intensidade com o vigilante atento à sala em que estávamos. Ao longo do percurso, Intensidade levou a namorada e filho algumas vezes junto ao atendimento, passava para dizer que estava bem quando ficava um tempo sem aparecer, pedia ajuda em outros momentos de agitação, como quando apanhou da polícia na rua ou quando brigou com a família. Às vezes, Afeto encontrava Intensidade enquanto abria o posto e manjava o encontro como trabalhador sensível de saúde que é. Na equipe, tivemos que discutir limites da relação de cuidado, quem podia/suportava entrar no caso, como lidar com a dificuldade em respeitar horários, como lidar com a territorialização deste usuário. Após a finalização da residência, Afeto me escreveu relatando que Intensidade levou o filho ao posto para consultar, que parecia estar mais organizado. Foi e é uma aposta de parte da equipe. Poderia ter tido mais cenas difíceis, mas o manejo e vínculo permitiram outros percursos.

(Diário de campo, Residência Integrada em Saúde, julho de 2015)

Um dos sentimentos que os trabalhadores da AB mais traziam em relação ao cuidado de sujeitos que usam drogas é o medo, que um tanto é fundamentado na conexão entre alteração de consciência e violência. São questões que não necessariamente andam juntas, mas expressam o modo manicomial que nos habita. Outro tanto é fundamentado em cenas como estas, em que o sujeito, por estar em seu limite e não conseguindo ver outras alternativas, avança para limites da relação com outros. Porém, tais cenas não são tão comuns como o imaginário produz e acontecem com diferentes pessoas que estão em seus limites, sejam usuárias ou não de drogas. Lidar com tais limites faz parte das relações de cuidado entre pessoas com sofrimento. Não era incomum, em nossa prática na Unidade de Saúde, lidar com agressividade e ameaças vindas de familiares de pessoas acamadas ou de crianças com risco de vida, que estão em intenso sofrimento e não encontram na equipe estratégias de suporte para o insuportável. Em outras palavras, o medo em relação a certas demandas de cuidado é produzido por certa clausura do olhar estereotípico, mais do que pela sua vivência cotidiana. A demanda que o cuidado relacionado a álcool e outras drogas traz é uma das situações-limite vividas pela AB, que, assim como as demais bordas ensaiadas, produz medo. Os trabalhadores lidam com este sentimento de diversas formas, sendo que identifiquei na experiência de campo pelo menos duas: reflexões sobre a prática e enrijecimento de normas.

No caso de Intensidade, a primeira ação do colega administrativo foi se proteger pelas normas, como horário e limitação territorial. Em outro caso, uma mulher pedia que algum trabalhador de saúde fosse à sua casa ver sua mãe acamada e informamos o fluxo das visitas domiciliares. Estes informes que fazemos antes de conhecer mais a questão blindam-nos do efetivo encontro com aquele sofrimento e com o sujeito que sofre. Isso não quer dizer que os fluxos e organização do processo de trabalho não sejam fundamentais para os demais atendimentos do posto e para saúde do trabalhador, porém, a rapidez com que informamos o que não podemos fazer, o que nos é da ordem do impossível, não abre espaço para criar possíveis na relação de cuidado. Expor os limites é importante, mas de que forma e em que momento do encontro? Será que apresentar limites no início do encontro vai potencializar o cuidado em saúde?

Em espaço de discussão de caso, a equipe da Unidade de Saúde, ou parte dela, se colocava para pensar em como lidar com estes casos de difícil manejo, estes que flertavam com o limite, como o próprio Intensidade. Refletimos que faria mais sentido para prática de cuidado questionar mais o usuário sobre o que está buscando e qual problema ele está identificando, fazendo ele falar mais, e, talvez, até entender a si mesmo, e o ajudando a construir melhor a demanda de cuidado. Assim, em um segundo momento, o trabalhador pode

apresentar os limites do serviço naquela ocasião e construir junto possibilidades de intervir sobre tal demanda. Essa é uma discussão importante sobre formas de recepcionar as demandas que chegam ao serviço porta de entrada prioritária do SUS, mas o debate esbarrava na questão da organização do tempo nos serviços de saúde. Fazer acordos com o tempo na AB tem sua complexidade singular.

Nos processos formativos do Projeto Caminhos do Cuidado, os trabalhadores traziam a preocupação de fazer a escuta de um usuário poderia ocupar tanto tempo que estariam negando acesso aos demais. É uma preocupação bastante pertinente, e, nas conversas, íamos pensando em cenas concretas em que escutar um usuário que mais necessitasse ocupou tanto tempo que impossibilitou o cuidado de outros. Fomos vendo que, muitas vezes, não escutar a demanda do usuário com maior atenção e tempo e, apressadamente, dar soluções ou negativas faziam com que os usuários retornassem muitas vezes à unidade, pois não sentiam seu problema encaminhado. Outras vezes, negar o que o usuário estava buscando sem criar estratégias outras para dar contorno àquela questão produzia conflito na relação e exaltação de ânimos, ocupando o tempo, que poderia ser de cuidado, para administrar o conflito. Ou seja, organizar a porta de entrada do posto de modo a conhecer o que o usuário vem buscar e produzir no encontro diferentes possibilidades de apoiar a sua demanda, necessariamente não desorganiza o processo de trabalho. O “temido” nome desta prática é acolhimento. Em diversos lugares do Brasil, foi falado sobre a dificuldade de colocar esta questão em pauta nas equipes, pois trazia insegurança ao trabalhador que presumia ser afogado na demanda se não tivesse o respaldo limitante das fichas. Por vezes, a realização de atividades coletivas pode ser o percurso com o usuário, ou atendimento individual com a enfermeira, ou visitas domiciliares frequentes da ACS ou da técnica de enfermagem, ou articulação com o CRAS para exercer seu direito, ou com o CREAS para proteção, ou com a própria rede de saúde. Enfim, diversificando as possibilidades de ofertas para as diferentes demandas criando, conseqüentemente, alternativas de cuidado a partir da escuta do usuário e possíveis reflexões sobre a prática em alguns casos-limite. Enfim, observar que sentimentos estão nos atravessando, ou, ainda, atentar para os estereótipos que construímos em relação a nós e aos demais são pertinentes para ajustar as lentes em direção às potências, porém sem ingenuidade.

Muitas vezes, a posição de residente, este lugar de quem está de passagem, era tensionada em sua inocência de aposta no outro, o que é uma crítica bastante pertinente, por forçar uma lente que ignore os riscos e a vulnerabilidade das situações vividas. Intensidade e outros casos limites nos colocavam a necessidade de complexificar nosso olhar, nossa prática e nosso lugar de trabalhadores de saúde. É importante perceber nuances das práticas de

cuidado em saúde, seus contraditórios e tensionamentos da relação de cuidado. A especificidade da AB, de estar muito próxima à vida dos usuários e conhecendo sua realidade, atua entre duas margens: controle e autonomia. Estas duas margens se afastam e se aproximam nas singularidades dos casos. Por vezes, é uma linha muito tênue entre o controle e a liberdade; por vezes há uma margem larga entre eles. Como produzir cuidado que não sucumba a modos heteronômicos hierárquicos, nem à ingenuidade autonomista de independência? Como produzir liberdade nos modos de cuidado?

CAPÍTULO II

REDUÇÃO DE DANOS COMO ÉTICA DO CUIDADO

Estávamos no espaço destinado às coordenações de AB e SM dos seis municípios da pesquisa de Qualificação da SM na AB, abrindo a conversa. Simone retoma brevemente a proposta da pesquisa e seu diálogo com o percurso da RP, já que sempre havia novos participantes neste espaço de discussão. Estávamos Lu e eu próximas da coordenadora de SM do município que somos referência, para acolhê-la e, juntas, comentarmos o processo da pesquisa neste município. Tal coordenadora, que estava nesta função há pouquíssimo tempo, nos chama baixinho e comenta: legal isto que ela falou, não precisamos somente internar os usuários de SM, temos outras ações... Lu adentra mais a conversa, e, com naturalidade, conta algumas outras possibilidades, inclusive sobre a rede do município. Após o encontro, no espaço sem os gestores, falamos do espanto que sentimos em tal fala vir de uma coordenação de SM de um município, com significativa parte da população em grande vulnerabilidade social e muitos casos de consumidores de drogas ocupando os leitos do Manicômio do estado – o hospício São Pedro. No percurso da pesquisa e das constantes trocas de coordenador de SM no município, vimos que os ocupantes desta pasta usavam muito de seu tempo respondendo demandas judiciais de internações compulsórias para usuários de drogas, e que uma aproximação com o judiciário era possível e importante para a garantia dos direitos dos usuários de SM. As drogas têm ocupado muito espaço da agenda da SM através da articulação justiça e doença. Seria o “novo” modo de encarceramento desta “nova” loucura?

(Diário de campo, Pesquisa de Qualificação da SM na AB, junho de 2015)

A mudança no modelo de Atenção à Saúde, a partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tem por objetivo produzir alterações fundamentais na concepção e na forma como se cuida em nossa sociedade, qual seja: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do usuário, provocando a legitimação do protagonismo de sua história, de vida e do seu processo de saúde e doença, assim como a construção singular de redes de serviços e afetos (FONSECA, 2007). A Reforma Psiquiátrica busca a ampliação e a qualificação do cuidado no que tange às questões do sofrimento psíquico e compõe diversas ações, além de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ambulatórios, residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais e em CAPS III, cooperativas de trabalho e geração de renda, centro de convivência e cultura, Atenção Básica, entre outros. A partir das Reformas, o hospital já não é o centro do cuidado, mas o complemento a serviços de uma rede mais ampla. Propõe-se, assim, a redução gradual de

leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização das pessoas que estão nestes hospitais, sendo que, quando necessária uma internação, esta deve ocorrer em hospitais gerais e com tempo determinado, retornando, tão logo possível, ao seu território de vida. Tal proposta de cuidado em rede com base territorial teve que suportar longos 12 anos no Congresso Nacional para se tornar legislação. A saúde mental vivencia um campo de disputas e a RP é questionada sobre sua resolutividade de tais práticas de cuidado e de seu “cientificismo”.

Os questionamentos feitos no percurso das Reformas Sanitária e Psiquiátrica colocaram para reflexão o modo de compreender e cuidar dos usuários com relações problemáticas no uso de drogas (CONTE et al., 2004). O uso de drogas é uma das preocupações centrais do debate público nos diferentes segmentos sociais contemporâneos e aparece bastante associado ao tema da violência (SIMÕES, 2008; SANTOS, 2008). O “drogado” vivencia a arriscada tensão entre o lugar de doente e de perigoso para a sociedade. A noção de loucura construída pelo discurso científico, encontrará, portanto, no efeito das drogas, uma poderosa analogia (CARNEIRO, 2002), atualizando a demanda dos manicômios através do “perigo do drogado” sob os mesmos argumentos da incapacidade do sujeito de se cuidar e da necessidade de proteger a sociedade. Pessoas que fazem uso problemático de drogas estão ocupando os lugares anteriormente direcionados aos loucos. Em outras palavras, ocupam leitos em instituições psiquiátricas, instituições de custódia psiquiátrica e instituições com características manicomialis as quais passam por reformulações no intuito de se adaptar às exigências legislativas (CASAGRANDE; WADI, 2010). Os gestores municipais de saúde ocupam-se bastante das demandas relacionadas a drogas, respondendo a ordens judiciais de manicomialização que produzem pouca ou nenhuma articulação com atores do judiciário para discutir e implementar a rede substitutiva. Além de manter o precário atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, tais funcionamentos diminuem a potência de ação com as demais demandas de SM. Ou seja, as drogas rearticulam o discurso normativo da exclusão operada pelo manicômio e impõem sobretrabalho aos gestores de saúde, dificultando avanços da RP.

Este quadro reverbera sob diferentes intensidades no cotidiano das equipes de trabalho. O espaço do comitê gestor da pesquisa de Qualificação da SM na AB, narrado na abertura deste capítulo, buscava articular os atores da gestão de saúde dos municípios enquanto troca de experiências e as possibilidades de percurso político-estratégicas da pesquisa, constituindo processo de educação permanente entre estes atores. Por vezes, discutíamos questões introdutórias da RP; em outros momentos, aprofundávamos as

dificuldades sentidas, e, seguidamente, sentíamos os distanciamentos entre trabalhadores da atenção e gestão. As pautas entre os gestores, por exemplo, muitas vezes eram um tanto distantes das pautas dos trabalhadores e usuários, e quando os pesquisadores tensionaram a ampliação daquele espaço de discussão através da participação de todos atores, a partir da demanda de trabalhadores e usuários, os gestores trouxeram o incômodo e produziram barreiras. Como articular direções da RP entre os diferentes atores que estão na arena de disputas? O que atravessa tais disputas? De que formas efetivar a Reforma Psiquiátrica frente aos novos desafios que o contemporâneo impõe? Como fazê-la avançar em seus princípios libertários e democratizantes na conjuntura técnica e política em que se encontram, atualmente, na sociedade? Estes são alguns questionamentos necessários neste momento em que novas formas e justificativas estão sendo produzidas para seguir enclausurando o que a moral vigente tem se esforçado por enquadrar como uma outra loucura.

Drogas, vamos pensar

Começamos a discussão com as trabalhadoras do norte do país sobre o que são drogas e como são os seus usuários. No percurso do debate, o grupo estava demonizando o traficante e vitimizando o usuário de drogas. Faço uma parada, questionando se conheciam algum traficante de drogas, e uma trabalhadora logo me devolve a questão, me passando a sensação de desafio. Relato que já convivi com algumas pessoas que venderam drogas em alguma situação específica ou por períodos mais longos, além de ter atendido usuários que comercializam drogas. Com serenidade, refaço a pergunta, buscando mostrar, que, ali, poderíamos falar sobre isso de modo aberto. Uma outra trabalhadora relata que, na sua rua, um vizinho vende e que ele não era assim tão mau, era um cara como os demais, que ela via usuários diversos irem ali de modo mais ou menos tranquilo, mas que não se falava de tal diversidade em relação ao tema. Outra relata que conhece o traficante do território onde trabalha. Assim, pequenos relatos foram desmistificando quem vende e quem usa drogas, que eles não são tão 'feios, sujos e malvados'. Por que não dizemos destas experiências que temos e reafirmamos figuras que desconhecemos? Seriam experiências que estão à margem do discurso aceito? Em outra formação, uma trabalhadora disse que já experimentou maconha, mas que isso não era conversado entre trabalhadores, como se fosse um tabu. Não se fala sequer acerca das diferenças entre drogas e seus reais efeitos.

(Diário de Campo, Caminhos do Cuidado, fevereiro de 2014)

O simples exercício de definir o que são drogas e quais são alguns critérios de um consumo problemático visibiliza as contradições das práticas discursivas sobre um fenômeno

que faz parte da história da humanidade: a busca voluntária de estados alternativos de consciência, comportamento, humor e percepção (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). A preocupação contemporânea em relação às drogas, em específico ao crack, ocupa a mídia e o discurso social de forma intensa, engendrando um espaço quase exclusivo e repetitivo para uma determinada forma de falar sobre o tema. Retomando a narrativa referente à formação dos profissionais de saúde pelo Caminhos do Cuidado, as trabalhadoras mencionadas pareciam não se sentirem permitidas a compartilhar suas experiências concretas sobre o tema, como se falar da experiência material não fosse aceito por confrontar o discurso dominante. Falar de sua experiência parecia um discurso desviante. O discurso dominante não é menos material, é uma prática que atua sobre os corpos. A droga tornou-se um símbolo predominantemente de decadência, o que restringiu o debate ao dilema de causa ou consequência, ao invés de ventilar o lugar social que as drogas ocupam nas diferentes relações que se estabelecem.

Há certa controvérsia com relação à origem do termo droga, sendo considerado que seu significado provenha do holandês medieval *droog*, que significa seco. Estas eram especiarias orientais de origem vegetal, chamadas “folhas secas”, que eram comercializadas nas grandes navegações pela Companhia Holandesa das Índias Orientais (ALARCON; JORGE, 2012). Escohotado (2005), ao estudar a história das drogas, revela que o entendimento do que é droga varia ao longo do tempo, não dependendo tanto das qualidades bioquímicas. O chocolate, por exemplo, chegou a ser proibido para mulheres e crianças na Espanha por suas propriedades estimulantes (CARNEIRO, 2002). Ao estudar a história dos alimentos, Carneiro (2002) traz que a suposta diferença entre alimentos e drogas é construída historicamente, sendo abalada ao examinarmos a natureza do álcool, açúcar, chocolate, café, camomila e outras substâncias do cotidiano. O conceito de droga não é único e fechado como a visão rasa que predomina no discurso dominante há anos. No campo do cuidado em saúde, a centralidade das substâncias drogas nas discussões invisibiliza a produção dos sujeitos e de sua saúde, como se a questão principal fosse a substância/objeto e não o modo de relação estabelecido pelo sujeito com o objeto droga, ou, ainda, pelo que tal elemento questiona ou aponta nos modos de vida contemporâneos.

Ao se ouvir falar sobre drogas, geralmente, tem-se uma dada identidade para o sujeito “drogado” e para droga, estando associados ao risco, criminalidade, doença, ruína e morte. Nesta perspectiva, há uma forte e imediata associação compreendida majoritariamente de forma negativa e pejorativa a esta figura identitária. Como uma espécie de novo monstro na construção social da atualidade (FOUCAULT, 1974/2001), pois nenhum outro personagem

social sintetiza melhor a paranoia pública da nossa era do que os do viciado e do traficante. É como se as drogas assumissem um caráter epidêmico, altamente contagiante, como doença social que acarretaria na degeneração do indivíduo e, conseqüentemente, da sociedade (CARNEIRO, 2002). Estas maciças identidades atribuídas e estigmatizadas também interferem na prática cotidiana dos profissionais da saúde, assim como as trabalhadoras da narrativa anteriormente mencionada, que não se sentiam autorizadas a contar sobre estes sujeitos, mesmo se encontrando com outras figuras, bem menos assustadoras.

A chamada “epidemia” das drogas coloca este tópico de discussão em caráter de urgência, permitindo uma atuação superficial e polarizada sobre o tema em detrimento do debate e aprofundamento que esta questão merece e necessita. Sua problematização e complexificação é estreitada com a precarização de espaços de debates, cristalizando determinadas práticas de cuidado que limitam a diversidade de percursos de usuários de drogas. O desejo por uma explicação totalizante de uma questão constitui o fascismo que atravessa a todos nós. Precisamos combater o fascismo, não apenas aquelas experiências históricas vinculadas a Hitler e Mussolini, mas à corriqueira forma uníssona de ver o mundo (FOUCAULT, 1996). Existem diferentes drogas, diferentes usos e diferentes pessoas que a consomem. Não podemos entender o campo das drogas de um único modo; precisamos ampliar nossas possibilidades de entendimentos para conseguirmos efetivar os direitos das diferentes pessoas.

Frente a este contexto de disputas sobre as formas de cuidados em saúde, os princípios da Redução de Danos fornecem importantes caminhos que afastam a lógica do enclausuramento e valorizam a experiência e autonomia de usuários de drogas. **A primeira contribuição da RD** para o campo da saúde que pontua é direcionamento do olhar para o sujeito, suas relações (inclusive com drogas) e para a história do fenômeno que se quer intervir, permitindo falar de modo aberto e franco.

As drogas são necessidades humanas, usadas milenarmente em quase todas culturas humanas, seja através de necessidades de cura, religiosas, de sociabilidade, de prazer (CARNEIRO, 2002). A alteração de consciência por meio de substâncias acompanha a história humana (ESCOHOTADO, 2005), tendo diferentes funções, geralmente ligadas ao desejo humano em buscar formas de explorar sentimentos, de intensificar sentidos, de promover interação social (NUNES et al., 2010). As formas de uso e de regulamentação, por sua vez, é que são distintas nas diversas sociedades nas diferentes temporalidades.

O consumo de substâncias psicoativas, desde as civilizações antigas, esteve sob regulação sociocultural (ALVES, 2009) em que o contexto do uso produzia certos sentidos

para a experiência com drogas, dando forma e um certo contorno para sentimentos e sensações vivenciadas mediante normas e convenções socialmente compartilhadas. Existia lugar aceito no discurso social para lidar com dores e prazeres produzidos no encontro com substâncias psicoativas. Essa aceitação abria espaço para o sujeito pensar e avaliar a relação que estava sendo estabelecida com a substância. Esta aceitação, no discurso político e social, apoiava os movimentos de olhar e cuidar de si e de suas relações, inclusive com drogas.

O desenvolvimento da indústria farmacêutica e o isolamento de substâncias psicoativas, a partir do século XIX, resultaram em formas mais potentes de substâncias psicoativas e na expansão do consumo com finalidade terapêutica e também recreativa. Tal processo industrial foi acompanhado pelo enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo e pela emergência de questões sociais e de saúde relacionadas a este consumo (ALVES, 2009). A falta de contexto cultural que dê contornos e certa regulação ao uso de drogas desloca a importância desta mesma regulação para o Estado mediante políticas públicas. Neste percurso regulatório, há dois principais direcionamentos das políticas públicas: o proibicionismo e a abordagem da RD.

Desafios da Redução de Danos: regulações silenciadoras do sobre drogas

A consolidação do modo proibicionista iniciou-se nos princípios do século XX, quando foram realizados encontros internacionais para estabelecer controle sobre o comércio internacional de alguns fármacos. Em 1906 e 1911, houve os Encontros de Xangai e, em 1912 e 1914, as Conferências de Haia que estabeleceram o primeiro tratado internacional de controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Estes encontros internacionais firmaram a repressão do comércio e consumo de drogas e construíram meios para que o discurso proibicionista conquistasse hegemonia. Em 1946, a recém-nascida ONU criou a Comissão de Narcóticos (CDN) para fortalecimento do sistema de controle e repressão internacional às drogas. Em 1961, 1971 e 1988, as Convenções-Irmãs da CDN reafirmaram medidas repressivas e o proibicionismo como política a ser seguida por todas as nações. Em 1998, a ONU ratificou as Convenções-Irmãs e estabeleceu meta de erradicação do cultivo de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas (ALVES, 2009).

As primeiras regulações brasileiras sobre drogas se deram no início do século XX, influenciadas pelas Convenções de Haia. A partir da Consolidação das Leis Penais, em 1932, são criminalizadas condutas relacionadas à produção, distribuição e consumo, sendo os

usuários de drogas vistos como criminosos. Em 1964, no início da ditadura militar, é ampliada a tipificação de plantas que são matérias-primas para produção de substâncias ilícitas através da lei 4.451. Em 1968, mesmo ano do Ato Institucional 5 (AI5), é publicado o Decreto-Lei 385 que explicita a criminalização da posse de drogas para uso pessoal. Três anos mais tarde, a lei 5.726, de 1971, eleva as penas das condutas já criminalizadas. Por exemplo, impõe trancamento da matrícula de estudante que porte drogas, obriga diretores escolares a comunicar às autoridades sanitárias estes casos e determina a internação hospitalar para infratores viciados. Nesta década, a legislação passou a ser mais influenciada pela medicina, e substitui o termo legal viciado por dependente químico, na lei 6.368/76. Essa legislação propôs tratamento hospitalar e extra-hospitalar no sistema público de saúde, situando o tratamento não exclusivo às internações, e favorecendo, também, a ampliação da assistência à saúde de usuários de drogas ilícitas (MACHADO; MIRANDA, 2007). A lei estava direcionada às pessoas que usavam drogas ilegais, excluindo os problemas envolvendo substâncias psicoativas legais, e explicitando a conexão entre o discurso da saúde e o discurso jurídico sobre as drogas. Na década de 1980, foi criado e regulamentado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão normativo das diversas ações programáticas do governo que se dedicou, principalmente, ao campo da repressão ao uso e tráfico de drogas. Durante o período militar, as regulações estatais se ampliam na direção da repressão, conectada ao discurso médico.

Com a redemocratização do país, as propostas estiveram voltadas, também, à prevenção do uso e seu tratamento, além da repressão, buscando ações mais harmônicas. Os principais marcos destas ações estão na Política Nacional na Questão das Drogas, de 1988, e no Programa de Ação Nacional Antidrogas, de 1996 (MACHADO e MIRANDA, 2007). Através de centros e hospitais psiquiátricos, as políticas de drogas buscaram salvar, recuperar, tratar e punir os sujeitos ditos dependentes químicos, misturando os objetivos da medicina, religião e direito. Toda esta confusão discursiva e ética segue atravessando as práticas de cuidado na área da saúde nos diferentes serviços (MACHADO; MIRANDA, 2007). Em 2002, após diversos projetos terem sido apresentados para modificar a lei de 1976, foi sancionada, pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, a lei 10.409/2002 com muitos vetos devido a equívocos jurídicos escritos, permanecendo a disciplina da lei 6.368/76. Já em 2006, foi sancionada a nova legislação de número 11.343, que, na prática, não altera muito o campo de ação penal, deixando a responsabilidade de diferenciar usuário e traficante a cargo da polícia e poder judiciário. Logo, as duas posições seguem criminalizadas, cabendo ao usuário penas

alternativas.¹³ Em suma, as legislações brasileiras seguem o percurso da repressão sustentada pelas convenções da ONU.

A política proibicionista, que atua sobre a produção, comércio e venda de algumas substâncias psicoativas, traz diversas consequências. Na Holanda, na década de 1980, para inibir o consumo de heroína, uma droga injetável, foi dificultado o acesso às seringas, pois desejavam que os usuários tivessem menos acesso ao veículo de uso da droga. Esta medida de repressão ao uso, que não foi diretamente produzida pelo estado, fez com que usuários reutilizassem e compartilhassem suas seringas, e, assim, acabavam por se infectar ou reinfectar com doenças transmitidas pelo sangue, como hepatite e HIV. Neste caso, o proibicionismo atuou negativamente com usuários através do veículo de uso daquela droga e esta ação repressora culminou com a organização social de usuários que articularam com o governo ações de RD (NIEL; SILVEIRA, 2008), como veremos adiante.

Outra forma de atuação do proibicionismo, desta vez sobre a produção de drogas, foi a inibição do acesso a substâncias importantes para a produção de drogas sintéticas. É o caso da cocaína, que, para ser produzida, precisa de éter e acetona. O governo norte-americano dificultou o acesso a estas substâncias para prejudicar a produção de cocaína. Assim, o tráfico de drogas utilizou outros produtos para refino da pasta base da Coca¹⁴ (RAUPP, 2011), como querosene, cal virgem e água de bateria. Devido a experimentos da “indústria de drogas” para produzir a cocaína com substâncias mais acessíveis, outras drogas foram sendo criadas, como o crack e oxi, que são drogas mais rentáveis e com maior poder de ação sobre o usuário.

Através destes breves exemplos, podemos analisar que as consequências da política de repressão às drogas são bastante danosas para a saúde dos sujeitos que as usam, tanto por pouco diferenciar usuários de traficantes e por produzir mais risco para a saúde de usuários, como por produzir novas drogas mais baratas, rentáveis e ainda mais prejudiciais à saúde. As adaptações que o mercado de drogas realizou em resposta às políticas repressivas conduziram à elaboração de condições de apresentação, uso e circulação de produtos que, no seu conjunto, são mais portadoras de risco para os usuários do que a própria substância em si (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). Além disso, a criminalização do uso dificulta a busca por serviços de saúde e marginaliza a população usuária, expondo-a a violência.

¹³ As penas alternativas, segundo relatos de usuários, muitas vezes são a obrigatoriedade de participar de reuniões de grupos de ajuda mútua, como narcóticos anônimos, que impõem abstinência e misturam discurso patológico e religioso. Essa penalidade tem como argumento o tratamento do sujeito usuário, misturando discurso jurídico e da saúde.

¹⁴ Coca, ou Coca boliviana, são nomes populares da planta *Erythroxylon coca*, nativa do leste dos Andes e Bacia Amazônica, tendo seu uso empregado há mais de 4500 anos, segundo escavações no Peru e Bolívia (FERREIRA; MARTINI, 2001).

O proibicionismo está intimamente ligado à criminalização das culturas e à abstinência de prazeres que a moral religiosa impõe (ESCOHOTADO, 2005). As religiões cristãs atuam no campo das drogas e desenvolveram instituições, como comunidades terapêuticas, antes que as políticas de saúde efetivassem ações e serviços (SOUZA, 2013). A moral religiosa vê o usuário de drogas enquanto um pecador e prega a abstinência de prazeres, inclusive das drogas, sendo este o único percurso para os diferentes usuários com diferentes usos de diferentes drogas. O modo de subjetivação da moral cristã atravessa o discurso dos diferentes atores, inclusive dos usuários de drogas que se colocam no lugar discursivo de pecador e de trabalhadores de saúde que pregam um modo de cuidado moral. Este modo de ver as ações do usuário enquanto pecado não é privilégio do campo das drogas. Não é incomum, nos postos de saúde, que deveriam ser pautados pelo princípio do acesso universal do SUS, escutarmos os usuários pedirem desculpas ao trabalhador por não conseguirem realizar o cuidado prescrito, expondo que a ação de cuidado estava direcionada ao trabalhador e não a eles, que deveriam ser o foco destas ações. Muitas vezes, o trabalhador reafirmava a lógica de pecado, chamando o usuário de ‘danado’ ou alcunhas semelhantes, e prescrevia novamente algo que já não foi possível de ser realizado. Ou, ainda, prescrevia um cuidado mais complexo, sem aprofundar quais as dificuldades encontradas e como o trabalhador poderia ajudá-lo a ser incluído de modo diferente neste processo de cuidado que já mostrou seus limites. Ao insistir na mesma prescrição sem escuta ao principal interessado, que deveria ser o primeiro a enunciar-se acerca da ação de cuidar-se, o processo de trabalho em “saúde” reafirma que o usuário é que estava errado e que precisava dar conta do que o trabalhador pregava enquanto cuidado para que o “paciente” fosse salvo. Em alguns casos, também me via neste lugar de trabalhadora que impunha modo de cuidado e reconhecia que estava no limite de uma relação terapêutica, em que criação de estratégias não estava sendo possível naquele momento.

Acompanhamos brevemente os discursos jurídico e moral-religioso que atravessam as relações de cuidado em saúde no campo do uso de substâncias psicoativas, sendo que estes discursos se articulam e se apoiam. Um terceiro campo discursivo que também atravessa e é atravessado pelos demais, é o modelo biologicista, em que o uso de drogas é compreendido como uma doença, a dependência química, que tem por cura prioritariamente a abstinência através do tratamento medicamentoso (CFM, 2011). Esta perspectiva questiona de forma intensa os modos de cuidado que toleram¹⁵ o uso de drogas, e constroem um desenho de rede de cuidado que afirma a internação em hospital psiquiátrico, e não insere o CAPS ad enquanto

¹⁵ No livro citado, organizado por dois psiquiatras, é sustentado que tolerar uso de drogas como crack e cocaína é incongruente, ou seja, considera mais pertinente intolerância que a tolerância.

um serviço de cuidado (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). O direcionamento do cuidado é vinculado ao modo hospitalar e individualizado em ambulatórios, excluindo o serviço substitutivo ao manicômio enquanto parte da rede. Dentre os treze princípios do tratamento efetivo nesta visão, destaca-se que o “tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo” (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010, p. 19). Dito de outra forma, as ações, que deveriam ser excepcionais, se tornam a base do cuidado. Certamente, há casos que, em algum momento, possa ser necessária uma intervenção invasiva e involuntária. Porém, o fato da involuntariedade do tratamento estar entre os princípios deste modo biologicista exacerba a direção de cuidado heteronômico que esta visão propõe.

Estas três visões sobre o tema das drogas – jurídica, moral-religiosa e biologicista – se misturam e se reafirmam através do modo repressor de atuação. Se o drogado fosse um delinquente, como certa filosofia legislativa coloca, o alto índice de prisões relacionadas ao contexto das drogas demonstra o fracasso deste tipo de heterocontrole. Se o drogado fosse um doente, como certa visão da saúde enfatiza, estaríamos diante do fracasso da cura que a abstinência impõe (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). Se o drogado fosse pecador, como a igreja prega, o céu estaria pouco habitado por ocidentais consumistas.

A forma predominantemente negativa de compreender o campo das drogas afasta os trabalhadores das políticas de assistência social e da saúde dos sujeitos que, além de terem direito, necessitam dos cuidados propostos pelas políticas públicas. Considerando a complexidade do fenômeno, as políticas públicas relacionadas a esta questão necessitam abranger e relacionar diversos campos de saber, sobretudo, o saber produzido a partir da experiência do sujeito que usa drogas.

Nascimentos da redução de danos

Neste campo, onde saberes e práticas estão em disputa intensa, as recentes políticas de saúde procuram se deslocar do discurso da abstinência. Entretanto, inúmeros serviços de atenção – tais como espaços de internação, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e postos de saúde – ainda reiteram o abandono da droga como única opção de cuidado, antes mesmo de escutar o desejo do sujeito sobre o seu próprio cuidado ou analisar os diferentes modos de se relacionar com as drogas e seus efeitos que cada caso envolve (SANTOS, 2008).

A RD é um novo campo de discurso sobre este tema em que o sujeito pode falar em nome próprio e a partir de suas experiências, não precisando se identificar enquanto doente ou

criminoso. Abrir trilhas de comunicação que permitam falar sobre a experiência singular da alteração de consciência produz práticas mais conectadas às necessidades das pessoas. Esta é a **segunda contribuição da RD** que assinalo na direção libertária: a valorização das narrativas das experiências e dos quereres do usuário.

O tema das drogas dá visibilidade à contemporânea contradição dos modos de cuidar e entender os fenômenos sociais. Com as drogas passando a ocupar a agenda da SM, não podemos apenas transpor o modelo de cuidado do “louco” para o “drogado”, mas podemos redirecionar ou reafirmar propostas da RP e RS conhecendo as direções de cuidado a usuários de drogas já desenvolvidas pela RD.

A origem da RD está vinculada ao relatório Rolleston produzido na Inglaterra, em 1926. Nesta ocasião, um grupo de médicos estudou o comportamento de pessoas que usavam morfina e heroína por via injetável e recomendou a prescrição destes opiáceos para dependentes destas drogas para controlar sintomas de abstinência e ajudar a manter uma vida mais estável e socialmente útil (ANDRADE, 2004). Por considerarem o uso de drogas um fenômeno complexo, questionavam a imposição da abstinência de forma abrupta e indicavam o acompanhamento dos usuários de forma a propiciar um alívio dos sintomas e ajudando na administração de drogas aos que queriam continuar usando (VIDAL, 2009). Por este percurso, na Inglaterra, houve o primeiro nascimento da RD conectada à diminuição dos danos sociais através do acompanhamento do usuário e assegurando acesso mais seguro à droga para quem iria utilizá-la de qualquer modo. Entre as décadas de 1930 e 1970 as políticas proibicionistas avançaram, impondo a abstinência enquanto único percurso possível. Somente a partir da década de 70, diante das contaminações de hepatites virais e do HIV pelos usuários de drogas injetáveis, na Holanda, foram produzidas ações de políticas públicas relacionadas à RD. Em 1972, o Comitê de Narcóticos da Holanda definiu que a política de drogas devia ser coerente com os riscos associados ao uso de drogas. Em 1976, a Lei Holandesa do Ópio distinguia as drogas de risco considerável à saúde e as de menor risco (maconha e haxixe). Buscava-se proteger usuários de drogas “leves” do contato com usuários de drogas pesadas. A pragmática política que o país passou a adotar abriu campo para importantes movimentos e protagonismos. Em 1984, a associação de usuários de drogas injetáveis, chamada de *Junkiebonden*, preocupada com a difusão de informações sobre Hepatite B, buscou dialogar com poder público para cuidar das pessoas que usam drogas. Esse movimento teve participação determinante dos usuários que, diante da dificuldade de acesso a agulhas e seringas novas para uso de heroína, pleitearam as autoridades sanitárias de Amsterdã o acesso aos insumos de injeção. Obtiveram resposta negativa a partir do argumento que lixo séptico

espalhado nos espaços públicos poderia contaminar a população. Com o imbróglio, a associação de usuários e o poder público chegam à proposta de troca de seringas e agulhas usadas por novas, o que permitia o acesso ao material de injeção segura e garantiam que o material não ficaria espalhado. Essa experiência redirecionou as práticas de cuidado a usuários de drogas e incluiu, além da troca de seringas, programas de redutores de danos nas ruas e terapias de substituição de heroína por metadona (NIEL; SILVEIRA, 2008). Na Holanda, houve o segundo nascimento da RD a partir do diálogo entre usuários e poder público para cuidar das pessoas que desejam/precisam seguir usando drogas, através de substituição de drogas e troca de insumos para uso mais seguro perante o contágio das hepatites e HIV. Estas ações demonstram que a valorização do saber do usuário produz diálogo que zela pela saúde dos usuários.

Estas formas de cuidado foram se multiplicando em diferentes regiões do mundo no mesmo período. Portugal, por exemplo, tem o programa de administração de Metadona para heroínod dependentes (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). Em 1985, o governo australiano também desenvolve iniciativas deste âmbito para conter a epidemia de HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1987, Canadá adere à proposta, sendo seguido pelo Brasil, Suíça, Alemanha, França e alguns estados dos EUA (VIDAL, 2009). Com esta propagação, a RD foi sendo revista, ampliada e incorporada a ações de prevenção de doenças infecto-transmissíveis associadas ao uso de drogas.

No Brasil, a Luta Antimanicomial e a Redução de Danos tiveram suas primeiras experiências no mesmo cenário: em Santos, a partir de 1989. Porém, em um contexto macropolítico, a temática álcool e outras drogas caminhou à margem das lutas pelo cuidado em liberdade (ADAMY, 2014). O desenvolvimento da RD, no Brasil, enquanto política pública, estava vinculado aos altos índices de transmissão de HIV relacionados ao uso de drogas injetáveis, assim como ocorreu com diversas experiências internacionais daquele período. A cidade portuária de Santos era conhecida no Brasil como ‘capital da AIDS’ e a gestão municipal da saúde de David Capistrano e a Coordenação do programa de DST/AIDS de Fábio Mesquita propuseram estratégia de prevenção de HIV com usuários de drogas injetáveis através do Programa de Troca de Seringas. Estas ações, alternativas à lógica da abstinência, ampliaram as ofertas de saúde para esta população e tiveram que enfrentar a política antidrogas consolidada e fundamentada durante a Ditadura Militar brasileira. Neste cenário, os atores da gestão municipal de Santos sofreram ação judicial sob acusação de incentivarem o uso de drogas. Tal fato político evidencia a disputa entre forças conservadoras da política antidrogas – que sustentavam a norma de abstinência como único percurso para

quem usa drogas –, e forças progressistas da RD – que buscam ampliar a defesa da vida e da democracia (PASSOS; SOUZA, 2011).

Em 1994, os boletins do MS indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis, necessitando que as ações de RD não fossem pontuais e se inserissem em uma ampla política pública nacional. No mesmo ano, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) emitiu parecer favorável ao desenvolvimento de projetos de Redução de Danos, mesmo que estes fossem enquadrados como auxílio ou incentivo ao uso de substâncias ilícitas por algumas instituições na época. A interface drogas e AIDS culminou no ‘Projeto Drogas’ em uma articulação que envolveu ONU, coordenação Nacional de SM, Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) do Ministério da Justiça e Ministério da Educação. Com estas ações e legitimações, a RD foi progressivamente tornando-se uma alternativa a lógica da abstinência, ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas.

No mesmo momento histórico, o uso de crack, uma droga inalada, começa a surgir de modo mais intenso no Brasil, havendo diminuição do uso de drogas injetáveis. As ações de RD foram se transformando e manifestando de forma mais abrangente, indo além da entrega de insumos para diminuir riscos de contágio de doenças. Os programas de troca de seringas produziam mais que o acesso a veículos limpos de consumo de drogas; as seringas eram ferramenta de aproximação entre trabalhadores da saúde e usuários, sendo o encontro destes atores espaço rico de trocas e reflexões sobre a saúde a partir da realidade e experiência singular de cada usuário, construindo, juntos, o que é possível e desejável pelo usuário. As DST’s obrigam uma mudança de olhar sobre o fenômeno droga e os modos de cuidado, criando condições de reflexão na saúde pública.

A RD nasce, portanto, como estratégia de cuidado para UDI e, em seu percurso, vai se transformando e afirmando como algo mais do que uma técnica, sustentando uma ética de cuidado. Este é o terceiro nascimento da RD, um modo afirmativo do encontro lateral entre usuários e trabalhadores para além da substituição de drogas e entrega de insumos para consumo mais seguro. Aponta-se, aqui, a **terceira contribuição da RD para o cuidado em liberdade**: a direção de cuidado estar para além do problema que busca enfrentar, orientada para a defesa da vida.

Este modo de cuidar e a demanda de consumidores de álcool e outras drogas não eram legitimadas enquanto questões de SM nas políticas públicas brasileira. Conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo de assistência em SM, este ordenamento não explicita a demanda relacionada a álcool e outras drogas enquanto questão de SM. A

aprovação da RP enquanto lei foi difícil e o tensionamento produzido pelo campo das drogas teve que ser afirmado de outras formas enquanto política pública nacional de SM. Em 2003, as ações de RD tornam-se diretrizes da Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, ampliando seu escopo de atuação e articulação para além do controle de DST/AIDS. Na escrita da política, o MS reconhece o atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à responsabilidade de cuidado de sujeitos que fazem uso problemático de drogas. Também afirma que, na falta de políticas de saúde claras sobre o tema, surgiram, no Brasil, alternativas de atenção de caráter total, fechado e com único objetivo da abstinência para as diferentes pessoas (BRASIL, 2003). Em 2007, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde transforma seu nome para Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, assumindo para si a demanda desta população a partir das propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001. A Política do MS afirma que as práticas e políticas deste Ministério direcionadas a usuários de drogas devem estar integradas às propostas da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Percebe-se que as demandas de atenção a pessoas que usam drogas adentram o campo da saúde brasileira através das políticas de DST/AIDS nos anos 90 e ocupam massivamente o campo da saúde mental nos anos 2000.

Através da Política do MS para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), afirma-se a abordagem, não mais comprometida com o controle e repressão, mas com o cuidado integral através da Redução de Danos (MACHADO e MIRANDA, 2007). Trata-se de um marco político por romper com abordagens limitadoras e por considerar a presença das drogas nas sociedades contemporâneas um fenômeno complexo com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, não podendo ser objeto somente de intervenções psiquiátricas e jurídicas. A sua base é uma profunda mudança de concepções sobre o uso de drogas, assim com a mudança de olhar sobre as responsabilidades e os direitos do usuário. A Redução de Danos já não é mais vista como um conjunto de ações específicas ou produzida por Programas de RD, mas como uma forma de compreender a multiplicidade de sujeitos e de contribuir para a transformação de olhar da sociedade diante do tema das drogas.

Diversos países têm intensificado a discussão sobre o modo de lidar com o tema das drogas, reconhecendo o fracasso da política de guerra às drogas, protagonizado pelos Estados Unidos durante o século XX. O debate muitas vezes se centra entre a legalização ou criminalização das drogas, mas existem outras possibilidades jurídicas, como a regulamentação do uso para alguns fins, como uso terapêutico da *Cannabis*, que já é adotado

por 23 estados norte-americanos. O país precursor da guerra às drogas, hoje, além de ter regulamentado o uso terapêutico da *Cannabis* em quase metade dos seus estados, tem, também, 17 estados que não consideram crime o porte desta droga e, recentemente, quatro estados legalizaram a produção e fornecimento de maconha para fins recreativos (LEMOS; ROSA, 2015). No Uruguai, em 2014, legalizou-se a produção e consumo de maconha, já que a guerra às drogas matava mais pessoas que o próprio uso de drogas. Na Holanda, a venda e uso são legalizados, porém não a produção. Portugal despenalizou o consumo de todas as drogas em 2001, tornando contravenção social e regulamentou a redução de riscos,¹⁶ facilitando o acesso de usuários de drogas a serviços públicos de cuidado. Na Suíça, o programa de distribuição de heroína impactou na redução da criminalidade e no sentimento de insegurança, tendo papel pacificador social, segundo o Departamento de Criminologia da Universidade de Lausane (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

No Brasil, está em discussão, no Supremo Tribunal Federal, a legislação de drogas a partir do Recurso Extraordinário 635659, solicitado pelo defensor público Leandro Gomes pela condenação de seu cliente em função do porte de três gramas de maconha, questionando o artigo 28 da lei de drogas, 11.343/2006, que define como crime o porte de drogas para uso pessoal. O voto do ministro relator, Gilmar Mendes, declarou a inconstitucionalidade deste artigo e se direcionou à descriminalização das drogas, sem legalização, relacionando com a estigmatização do usuário que neutraliza os objetivos do sistema nacional de políticas sobre drogas e de Redução de Dano. Já o Ministro Luís Barroso votou pela descriminalização somente de maconha enquanto passo inicial para testar esta política pública, definindo a quantidade de referência para porte.¹⁷ O Ministro Edson Fachin também votou pela descriminalização do porte de maconha apoiado no direito à liberdade, autonomia e privacidade. Atualmente, o julgamento está suspenso pelo pedido de vista do Ministro Teori Zavascki, em setembro de 2015.

A RD vem sendo consolidada nas legislações de vários países: em Portugal, através do decreto de lei 183, em 2001; na França, em 2004, e no Brasil, em 2006; a Suíça tem optado por referendar sucessivamente os programas de administração terapêutica de heroína desde 1994; a Noruega abriu, em fevereiro de 2005, a primeira sala de injeção assistida, seguindo o exemplo de outros países europeus que, no seu conjunto, têm 78 estruturas deste tipo em 44

¹⁶ Em Portugal, a redução de danos é chamada de redução de riscos, que, na prática, produz ações na mesma direção.

¹⁷ Barroso propôs porte de até 25 gramas de maconha ou plantação de até seis plantas fêmeas da espécie, utilizando a experiência portuguesa para embasar sua argumentação da quantidade que diferencia usuário de traficante.

idades (HEDRICH, 2004). Em alguns estados norte-americanos têm havido fortes resistências à implantação de medidas de RD, assim como em países africanos da bacia mediterrânea, onde os quase inexistentes projetos de RD esbarram com medidas de forte perseguição aos consumidores, que vivem numa grande clandestinidade (FERNANDES; RIBEIRO, 2009).

Há muita discussão sobre o tema, mas, independente da posição ou opinião do trabalhador das políticas públicas de assistência, os direitos de todos os cidadãos, inclusive dos que usam drogas, estão garantidos por diversos tratados internacionais de direitos humanos, como a Convenção Americana de Direitos Humanos ratificada pelo Brasil, em 1992, além da nossa própria constituição federal.

Onde se cuida?

Estava acompanhando Força desde agosto, quando ela retornou para sua casa e buscava se reorganizar. Utilizava diversas drogas, sendo que álcool ela consumia em casa; as demais drogas somente na rua para preservar sua família. Mãe de três filhos, tinha períodos que ficava na rua usando de forma intensa cocaína e crack, se prostituindo nestes dias para comprar as drogas. O dinheiro recebido do emprego formal ficava sob responsabilidade da filha mais velha nestes períodos. Força fazia certa organização quando sentia necessidade de ‘ir para rua’ (sic). Nos primeiros atendimentos, disse não saber que podia fazer ‘tratamento para as drogas’ no posto de saúde, pois ela ou se internava ou ia no CAPS ad. Como este último estava mais distante agora da sua casa no território novo, não foi mais. Diz que não gostava muito do CAPS ad, mas sabia que era importante. Em que lugares se pode falar e cuidar da relação com drogas?

(Diário de Campo, Residência Integrada em Saúde, outubro de 2013)

O dispositivo CAPS abre a possibilidade de produzir transformações sociais, ao estar dentro e em contato com a cidade, intervindo com as comunidades e territórios em que se insere. Porém, no percurso da RP, o CAPS se tornou espaço prioritário de cuidado em SM e tem reproduzido, por vezes, o lugar de saber da SM na saúde pública, o que pode ser tão aprisionante quanto o asilamento. A centralidade de um dispositivo não abrange a multiplicidade própria dos sujeitos, suas necessidades e desejos. Pensando em afirmar a articulação, ampliação e descentralização dos espaços de saúde para pessoas em sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas para que, efetivamente, se

construa uma rede a partir da história e singularidade de cada caso, foi constituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir das experiências interessantes neste campo.

Em dezembro de 2011, o gestor federal institui oficialmente, mediante um conjunto de portarias e normativas,¹⁸ a RAPS. Esta estratégia reitera a diversificação das tecnologias de cuidado, assim como os espaços destinados ao cuidado, que são: Atenção Básica (UBS, ESF, Consultório na Rua, NASF, Centros de Convivência e Cultura), Atenção Psicossocial Estratégica (todas modalidades de CAPS), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, salas de estabilização, Hospitais Gerais) e Atenção Residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento e serviços de Atenção em regime Residencial).

O texto desta Portaria (BRASIL, 2011a) reafirma os direitos fundamentais previstos na constituição de 1988, institui o combate aos estigmas e preconceitos e traz a importância das estratégias de cuidado reafirmarem a liberdade, a autonomia do usuário e a constante construção da cidadania. Dito de outra forma, está se posicionando no campo de disputa dos modos de cuidado em saúde mental para avançar na construção da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, esta portaria insere as Comunidades Terapêuticas (CT) na Atenção Residencial de Caráter Transitório, ainda que esses serviços sejam majoritariamente vinculados a outro modo de cuidar, mais próximo da lógica asilar. Esses espaços são, via de regra, ligados a organizações religiosas, as quais recebem dinheiro público do SUS ou SUAS para internação de média permanência de pessoas que usam drogas. Estas comunidades terapêuticas, em sua grande maioria, impõem abstinência como o modo de cura e salvação, misturando os discursos moral-religiosos e biologicistas. Não é incomum relatos de usuários que se sentiam obrigados a orar conforme a religião da CT, que sentiam a si e/ou a sua religião desrespeitada por tal imposição. Tais espaços não configuram um serviço público de atendimento, mas instituições de cunho e interesse privado custeadas pelo estado como se fosse serviço de saúde pública, tendo muitos anos de atividade, inclusive pela falta de política pública de saúde por tantos anos. São, ainda, espaços conhecidos por não investir no cuidado no território, na articulação com a comunidade e família, na ética de Redução de Danos, na inclusão social, na promoção de autonomia e cidadania, no respeito à diferença e à singularidade. Não se relacionam com as diretrizes das políticas públicas de saúde e se enredam com o discurso moral-religioso-curativo-punitivo a ponto de o Conselho Federal de Psicologia produzir um

¹⁸ A principal delas é a Portaria/gm nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, *que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)*. Na mesma data, o Ministério da saúde decreta a PORTARIA n.º 3.099 e 3089, que alteram valores e modalidades de financiamentos dos CAPS; e, um mês depois, em janeiro de 2012, novas portarias regulamentam os consultórios na rua e seu financiamento.

relatório preocupante acerca dos modos de cuidado e das instalações em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2011).

Há contradições importantes entre o que preconiza a Política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas e o que os serviços públicos e os serviços não públicos financiados pelo estado ofertam – e, muitas vezes, impõem – de cuidado. Vemos, hoje, a reafirmação de discursos de afastamento do sujeito que faz uso problemático de drogas do seu território de vida para se “curar”, que significa ficar abstinente, mesmo que a Política reitere a ética de Redução de Danos e o cuidado no território. Este afastamento traz consigo o argumento de proteção do usuário e da sociedade deste “terrível mal”, transforma a droga e o sujeito que usa em sinônimos. É generalizado um modo de cuidado que não respeita a diversidade das vidas, relacionando a pessoa que usa drogas como a própria droga social e não como um sujeito singular, ator de sua vida. Nessa lógica, um sujeito pode ficar meses, quiçá anos, em um espaço bem distante das suas relações de vida e de afeto, recebendo visitas apenas uma vez ao mês, conforme constatado pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011). Tais espaços de internação são, muitas vezes, de asilamento, e são incitados pelo discurso dominante e pelo poder judiciário como principal e, muitas vezes, a única forma de cuidado como nossos velhos conhecidos manicômios (ROMANINI e ROSO, 2013).

Redução de Danos e Atenção Básica como campo de cuidados revolucionários da rede

Neste cenário de disputa sobre o modo de cuidado, apesar de fazer algumas concessões, como no caso das CTs, visto acima, a RAPS reafirma o cuidado produtor de cidadania e, a partir do território de vida do usuário de saúde, respeita os direitos humanos fundamentais. Também coloca ênfase em serviços de base territorial e comunitária, como a Atenção Básica e os Centros de Convivência e Cultura, diversificando as estratégias de cuidado e com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. O movimento da Reforma Psiquiátrica aponta para a necessidade de ampliação dos investimentos na Atenção Básica à Saúde, enquanto estratégia contributiva para a substituição do modelo manicomial (PAULON; NEVES, 2013). A Atenção Básica é corresponsável pelo princípio garantido a todo cidadão brasileiro da integralidade da atenção à saúde, o que inclui a saúde mental (BRASIL, 2008; 2011).

As unidades de saúde são responsáveis pelo cuidado integral em saúde de um

determinado território de atuação, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm por princípio a resolutividade e corresponsabilidade dos problemas de saúde, que devem ser analisados e manejados com a comunidade, buscando o cuidado dos sujeitos, famílias e comunidade. Assim, investe na integração com instituições e organizações sociais e também é espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2011). A ampliação das ações, para além do modelo biologicista, coloca a importância da atenção ao contexto social, cultural e subjetivo da população (BRASIL, 2010). A capacidade de acolhimento com escuta qualificada através do vínculo direciona as ações que remetem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais recorrentes de saúde mental da população neste nível de atenção; processos estes que estão sendo estimulados pelo Ministério da Saúde (CORREIA, BARROS; COLVERO, 2011). Um dos importantes articuladores e produtores de saúde mental, portanto, é a Atenção Básica, já que é uma demanda com que os trabalhadores estão lidando no cotidiano. As demandas relacionadas aos usuários de drogas também atravessam de forma intensa o cuidado das famílias marginalizadas das cidades, regiões em que, prioritariamente a ESF, modelo de AB brasileira, está inserida. O campo das drogas tem tensionado as possibilidades de cuidado em Saúde Mental exercidas pelas políticas públicas, sendo que, inclusive a ênfase dos indicadores de Saúde Mental da AB estão marcadamente voltados ao tema das drogas.¹⁹ Mas como produzir este cuidado?

Ao final de cinco consecutivos dias intensos de formação no estado do Piauí, na roda sobre Redução de Danos, uma trabalhadora da atenção básica faz um apelo: “entendi que preciso pensar sobre as práticas de cuidado, que saúde mental está atravessando todos casos que atendo do território, que usuários de drogas também têm direito à saúde e não precisam ficar abstinentes para acessar seu direito, que precisamos investir em escuta produzindo bons encontros que permitam as pessoas pensar sobre si. Entendi, tô conseguindo entender a lógica de trabalho. Mas, e na escola, como faço? Não posso deixar de dizer que as drogas são terríveis!”. Enquanto o grupo ia respondendo, ela mostrava certo sofrimento em ver que não havia um protocolo em como lidar com essa questão na escola da comunidade em que trabalhava. Ela teria que pensar a partir daquela realidade o que é possível construir a partir da ética da RD. Após a devolutiva do grupo, ela, meio desanimada, me olha e pergunta com quem ela pode seguir pensando sobre essa ética e se nós iremos voltar ao Piauí. Conto que teremos o espaço virtual para conversar, mas o mais importante era ela criar junto à sua

¹⁹ Os indicadores da Atenção Básica estão sendo avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Especificamente em relação à Saúde Mental, tem-se quatro indicadores de monitoramento, sendo eles: 1. Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas; 2. Proporção de atendimentos de usuário de álcool; 3. Proporção de atendimentos de usuário de drogas; 4. Taxa de prevalência de alcoolismo.

equipe de saúde e sua comunidade. Pensei que podemos acompanhar o desamparo necessário para a criação. Ela estava titubeante na crença de que alguém podia ter a verdade sobre a melhor forma do cuidado, começou a questionar essa verdade e estava com medo do vazio criador.

(Diário de campo, Caminhos do Cuidado, abril de 2014)

Vimos que a produção da norma sobre droga, quando sai da regulação social e vai para o estado, impõe um modo interdito de relação entre sujeito e a alteração de consciência por algumas substâncias, que restringe o que se pode falar sobre esta relação proibida. Neste cenário, a pergunta sobre com quem se pode falar a respeito da RD é muito pertinente. Como suportar esta lógica da RD? Ou melhor, o que, deste modo de cuidado, beira o não suportável? Para quem?

O modo aberto e sensato que a RD produz relacionado a um tema interdito discursivamente implica uma atitude corajosa de falar francamente. Foucault (2011), ao discutir a coragem da verdade, diz que *parresía* se direciona à verdade que não é técnica, seu objeto são os modos de existência, os modos de vida. A RD articula discurso *parresiasta* na medida em que assume os modos de vida de forma franca, reconhece as práticas que acontecem e parte delas para cuidar das pessoas. “[...] O discurso socrático [da verdade] é aquele capaz de se encarregar do cuidado que os homens têm de si mesmo, na medida em que a *parresía* socrática é precisamente um discurso que se articula e se ordena a partir do princípio de ‘cuida de ti mesmo’” (FOUCAULT, 2011, p. 129-130). Para falar a verdade sobre os modos de vida, o sujeito precisa se olhar, estar atento às suas práticas de si. Esta atenção e olhar sobre si é o cuidado de si²⁰ que Foucault conceitua. É, portanto, o exercício de si que sustenta o modo ético, sendo que a ética não se relaciona às normas produzidas por comitês, mas, sim, enquanto análise do que produz para redirecionar suas práticas. Nesta perspectiva, é uma prática de liberdade. Este modo *parresiasta* implica, também, certo risco da relação com o interlocutor, pois desafia uma lógica ‘superior’ e enfrenta o modo hegemônico de dizer sobre o tema. No jogo *parresiástico* há uma espécie de pacto em que o *parresiasta* coloca a própria relação com o interlocutor em questão ao mostrar sua coragem em dizer. O outro a quem “é endereçada a *parresia* deverá mostrar sua grandeza de alma aceitando que lhe digam a verdade” (Idem, p. 13). A *parresia* desvela ou ajuda a reconhecer o que o interlocutor é, o que ele suporta escutar e permite colocar em questão o próprio sujeito que fala.

²⁰ Discutiremos no terceiro capítulo o conceito de cuidado de si a partir de Foucault.

Influenciada por estas considerações de Foucault, pode-se afirmar que dar suporte à ética da RD é olhar para suas práticas, atentar para os modos de vida e adentrar o jogo *parresiástico* que desafia o discurso ‘superior’ da abstinência ao colocar em questão a si mesmo e a relação com o outro. Assim como é necessária coragem para o trabalhador falar sobre RD, é também para o usuário que deseja falar sobre o uso de drogas, mas ocupa posição fragilizada para afirmar um discurso diferente do pecador-criminoso-doente no encontro com o trabalhador de saúde, portador de um poder simbólico social de cuidado, mas, também, de controle.

A confiança na relação com o trabalhador de saúde constrói condições para que o usuário possa praticar o jogo *parrisiástico*. Em narrativa anteriormente mencionada, por exemplo, Força descobre que pode cuidar do seu uso de drogas no posto de saúde e que, neste espaço, os trabalhadores podem (e devem) dar suporte para esta importante questão de sua vida: o uso de drogas com alguma frequência. No percurso que construímos juntas, Força analisa que tem alguns momentos em que pensamentos e lembranças a assombram, com diferentes disparadores, tais como datas comemorativas ou encontro com algumas pessoas de sua família. Ela precisou de um tempo para confiar na relação de cuidado e para sentir que havia possibilidade de esta relação suportar sua narrativa de cenas difíceis – como o seu abandono paterno e marital e abuso sexual na infância, percebendo que estavam relacionadas à necessidade de entorpecimento de si. Ou seja, para muito além da prescrição da abstinência, a intervenção de cuidado estava em dar suporte e contorno às experiências difíceis vivenciadas, possíveis de serem ditas e pensadas naquela relação através de uma relação de cuidado em que se sentisse respeitada, seja no momento em que desejava não ser internada, seja no momento em que sentia a si e a sua família apoiada para realizar uma internação. A internação compulsória ou involuntária é iatrogênica por quebrar a confiança e o diálogo entre usuário e trabalhador, por fragilizar muito o próprio instrumento de cuidado, que é o vínculo. Esta é a **quarta pontuação que faço sobre RD como libertária**: o suporte da relação de cuidado para a fala franca que permite o sujeito analisar de modo menos raso as questões que atravessam o abuso de drogas.

A RD recoloca o problema para além de um esquema maniqueísta de perceber as drogas, pois não deseja fechar as múltiplas possibilidades dos mais variados sujeitos. A RD pode ter se tornado política de gestão do ‘problema droga’, mas sua base é mais mudança profunda da concepção de droga, de usuários e de relação de cuidado. A compreensão de drogas, não limitada pelo discurso médico-jurídico-moral, coloca em questão as diferentes substâncias que usamos/consumimos para lidar ou suportar o cotidiano, seja o café, o

‘baseado’, o chocolate e outros açúcares, os ansiolíticos, as bebidas alcoólicas, o tabaco, a camomila etc. Drogas já não são necessariamente compreendidas como desfortúnio mundial; são parte da sociedade humana e de todos nós. O pensar sobre drogas já é ultrapassar a limitação discursiva dos slogans midiáticos, como a mensagem que o Instituto Crack Nem Pensar²¹ propaga.

A ampliação do olhar sobre o objeto droga alarga, também, o entendimento sobre os diferentes atores no campo das drogas. Essa franqueza de olhar para as substâncias faz olharmos para nós, para nossas relações com substâncias. Além de questionar a relação com substâncias, indaga sobre nossas relações de dependência. Uma atividade de grupo do Caminhos do Cuidado solicitava que cada trabalhador escrevesse algo muito importante para si num pedaço de papel e, depois, circulasse na sala mostrando aos demais colegas, e, num segundo momento, quem quisesse, poderia trocar com alguém aquele pedaço de papel que representava esta coisa muito importante para si. Nestes escritos apareciam sentimentos – como amor, sensibilidade, paz –, animais de estimação, pessoas e entidades – como Deus, família, filhos, amigos –, e objetos – como celular, carro, casa, jardim. Chamávamos de dinâmica da troca e era uma das ações mais sensíveis, pois fazia as pessoas se depararem com o vínculo muito intenso com aquele ‘objeto-sujeito-entidade-sentimento’ e da dependência estabelecida. As pessoas necessitam estabelecer relações, dependem de relações com outros seres humanos, objetos, territórios etc. Sobre a necessidade de relações e da dependência entre várias coisas e pessoas, Kinoshita (1996) destaca que:

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos (p. 57).

As atividades desenvolvidas com os grupos do Caminhos do Cuidado estimulavam os trabalhadores de saúde a olhar para si e para suas questões, repensando como estavam se colocando na relação com o outro, com os usuários. A dinâmica da troca fomentava a discussão sobre a forma com que os colegas ofertavam a troca do ‘objeto-sujeito-entidade-sentimento’ importante ao outro: uns argumentavam que era o melhor ao outro trocar, outros diziam que estavam precisando daquilo que o outro tinha, outros roubavam o papel porque

²¹ Instituto Crack Nem Pensar produz campanhas estigmatizantes de usuários de Crack e sua própria nomeação já marca a interdição sobre o campo das drogas: se não se pode pensar, imagine falar sobre isto. As campanhas preventivas foram analisadas por Denis Petuco (2011) em sua dissertação, questionando o consentimento social perante a morte destes monstros indesejáveis.

desejavam muito ou achavam que seria melhor ao outro, outros escondiam o papel para não ter que entrar no jogo de trocas. Conversávamos como era receber tais ofertas, como era ouvir do outro o que era melhor para si, como era fazer o que não desejava porque o outro queria, como era compartilhar com outro aquilo que sentia dependência. Debatíamos o sentido da palavra troca. Seu sentido poderia ser a perda do que se tinha enquanto abandono do seu objeto, ao mesmo tempo em que poderia ser, também, ampliar sua bagagem sem perder o que passou adiante. Não era incomum as pessoas se emocionarem ao reconhecer que também eram dependentes e que, por vezes, atuaram de forma violenta com usuários do seu serviço, desejando retirar algo que era imprescindível ao outro em vez de ofertar possibilidades adicionais. Estas são algumas das questões que tornam a RD difícil de ser sustentada: fazer o sujeito olhar para si e para suas práticas produz sofrimento importante e necessário para repensar o lugar ocupado pelo trabalhador e pelo usuário do SUS.

Durante as discussões, muitas vezes era repetida a fala de que era necessário se colocar no lugar do outro, de que o trabalhador precisava pensar como seria para ele estar na posição e contexto do usuário. Esta frase repetida tem importância inegável em deslocar a posição ao trabalhador para se aproximar do usuário. Porém, é um desvio sutil, já que ainda se centra na experiência do trabalhador, do que ele faria no lugar do outro, e não na experiência do outro, das possibilidades da realidade daquele sujeito diferente de si. Diminuir a distância entre os diferentes atores e afirmar que são posições e experiências diferentes desnaturaliza a posição que o trabalhador ocupa e desestabiliza o lugar de semi-humano,²² este sujeito-ruptura que o usuário de drogas ocupa na sociedade. Se o usuário passa a ter história, se seu uso passa a ter contexto, se ele passa a ser visto como um sujeito e não um assujeitado, ele já não é tão descartável, tão objeto. Ele é um ator e, nesta perspectiva, deixa de ser objeto de cura do trabalhador e se torna protagonista do seu estilo de vida. Assim, coloca-se em questão a posição de ‘salvador’ do trabalhador e de quem são os usuários, que já não são os feios, sujos e malvados incompreendidos pelo discurso midiático.

Nas discussões do Projeto Caminhos do Cuidado sobre corresponsabilidade e protagonismo do usuário era frequente, também, o discurso que o considerava o único responsável pelas trilhas de sua vida, desresponsabilizando os demais atores/autores, como o trabalhador, pela construção do roteiro que se produz diretamente no palco da vida. Costa (2011) resgata a etimologia grega do termo **protagonista**. Esta faz alusão àqueles cidadãos

²² Lilia Lobo, em sua tese de doutorado, faz uma genealogia dos infames da história, analisando como os pobres, escravos e deficientes brasileiros foram sendo construídos, o que eles representavam, que forças atuavam sobre eles.

que abriam as assembleias do senado, referindo-se ao primeiro (*proto*) sujeito que iniciava a discussão da *Ágora*. A palavra traz junto a ideia de agonia (*agon*), que é a tensão das discussões políticas. Protagonista, neste sentido, é quem toma a frente das discussões e se inscreve na dimensão da *pólis*. Não é, portanto, um sujeito sozinho, independente; pressupõe relação com o outro e com seu espaço vivido. Diz respeito ao coletivo e à ação que a ele se dirige, disparando processos a partir deste sujeito. Esse olhar coloca os usuários no lugar de cidadãos, sujeitos com histórias, potências, desejos e fragilidades, ou seja, que retoma o cuidado territorial.

É sobre este olhar de cidadão que a RD incita em relação ao usuário de drogas. Domiciano (2013) compreende que existem três visões sobre o usuário: o olhar da justiça vê o uso de drogas como um delito, então o modo de lidar com o sujeito que faz uso é a punição; o olhar da religião, o mais antigo, vê como pecado, que pode ser superado a partir da conversão; o olhar biologicista, que vê enquanto doença e modo de lidar, com o tratamento em clínicas psiquiátricas. A RD, por sua vez, propõe um quarto olhar baseado na cidadania que vê o usuário de drogas enquanto sujeito de direitos. Portanto, parte da ideia radical de respeito ao sujeito e seu corpo, não enquanto objeto de intervenção, mas na afirmação de que o outro é um sujeito com potência e parte da realidade (FONSECA, 2012), apostando em um cuidado singular que respeite a multiplicidade de cada sujeito em cada momento de vida. Isto envolve certo risco, que reside na aceitação das escolhas e possibilidades do outro, tanto em suas potências e fragilidades do outro sujeito, como na diminuição do poder do trabalhador sobre o usuário. Ao partir dos limites e possibilidades da realidade vivenciada por determinado sujeito, contribui-se para o aumento da potência do outro, afirmando o que ele já é, como se constituiu e apoiando processos para ele se tornar além do que já é. As possibilidades de percursos de vida para e com usuários de drogas se ampliam com a horizontalidade das relações.

Por esta série de razões, a abstinência não pode ser a única oferta de um serviço de saúde, pois há casos em que esta trilha não é possível e desejável pelo sujeito. É imprescindível analisar com o usuário o que é possível e o que é necessário naquele momento para o mesmo. Parte-se das possibilidades daquele sujeito singular naquele determinado momento de vida e sustenta-se a intervenção na positividade e na defesa de sua vida. A criação e experimentação do possível é a própria liberdade (LESCHER, 1996), pois reconhecer os limites e possibilidades permite movimentos efetivos de olhar para si e sua experiência, redirecionando os percursos. Para isto, é importante avistar a vida cotidiana do sujeito, de seus vínculos, das possibilidades de vida que o rodeiam, sendo que o cuidado no

território permite olhar e adentrar aquela realidade.

Este modo de cuidar afirma a diferenciação das expectativas do trabalhador em relação ao usuário e as expectativas do usuário em relação a si mesmo. Necessita, também, que a expectativa destes dois atores existam e que precisem conversar sem sobrepor o trabalhador. É difícil, para o trabalhador, avaliar até onde pode ir, quando é necessária uma intervenção mais diretiva, quando o outro se aproxima muito dos riscos e limites, quando é preciso dar espaço para criação, quando aguardar o tempo do outro. É importante que tal avaliação se dê com o usuário e com a equipe de trabalho, colocando em reflexão coletiva aquelas práticas desenvolvidas para construir uma avaliação menos hierárquica. A ética da RD, em suma, coloca a importância das trocas e da reflexão entre pares, sejam trabalhadores e/ou usuários.

A questão da enfermeira sobre como atuar na escola a partir da RD, narrada acima, se relaciona com as imposições de saber conhecidas pelo higienismo que atravessam os trabalhadores de saúde. Criar respostas possíveis dentro daquela realidade com o usuário desafia o suposto saber do trabalhador e o lugar que ele assume na relação de cuidado. Criar estratégias com o usuário desestabiliza as relações de saber-poder entre trabalhador e usuário, gerando ansiedade naquele que foi ‘treinado’ a dar respostas e não a construir com o outro. A realização da prática de cuidado pode se dar sobre o outro e/ou junto ao outro. O imperativo ético nos coloca a pensar se estamos aumentando o coeficiente de autonomia e como estamos exercendo nosso saber-poder.

Este modo de cuidar sustentado pela RD pretende muito mais que informar ou orientar os sujeitos sobre cuidados de saúde e prevenção de doenças. Busca acompanhar a construção responsável de cuidado de si, sem impor juízos morais do trabalhador em relação à vida do usuário, estimulando o sujeito a olhar para si e suas práticas, fortalecendo-o em relação à sua vida e apoiando-o na apropriação dos seus percursos de vida. Para o trabalhador favorecer e sustentar que o usuário tome direção refletida de sua vida, é importante que estejam efetivamente ao lado um do outro, apostando na capacidade do outro. Para isto, é preciso supor conhecimento no usuário e apostar em sua capacidade de se conhecer para se transformar. Esta é uma das grandes colaborações da RD para o campo da saúde: a afirmação da aposta no outro.

Exercer essa função é reconhecer os riscos e equilíbrios vividos, avaliando constantemente, junto com o usuário, os caminhos que a relação de cuidado tem construído. É importante conseguir escutar o que o outro avalia que tem funcionado e o que não teve êxito para melhor direcionar as ações. Isto é construção conjunta, são os diferentes atores olhando para o que vem sendo produzido em conjunto e direcionando os passos nas trilhas. A RD

busca ser construída de baixo para cima, produzindo relações articuladas entre usuários e trabalhadores de saúde de modo lateral. É um modo à margem dos modos de cuidado em saúde hegemônicos (FERNANDES; RIBEIRO, 2002), criando excelentes condições de reforço de saberes até então marginais, como o saber da experiência.

A questão que acompanhou a narrativa da enfermeira do Piauí sobre como falar a respeito de drogas na escola, se relaciona, também, com as ações de prevenção que, em geral, não consideram os saberes das experiências dos jovens e produzem ações informativas bastante parciais. Chegar na escola dizendo somente os aspectos negativos do uso de drogas, como costuma ser feito, é negar o conhecimento prévio dos outros. Sabendo que é uma questão recorrente no período escolar, é ingenuidade supor que falar parcialmente sobre o tema irá fazer sentido. Afinal, muitos jovens já experimentaram ou conhecem quem já usou drogas e sabem que o uso de drogas vai bem além da visão negativa. As ações poderiam ser direcionadas a partir das questões que estes jovens têm sobre o tema, conhecendo o que eles já sabem e o que gostariam de saber, por exemplo, não antecipando questões e adequando-se às necessidades destes sujeitos.

O modo franco e aberto de diálogo; o olhar para o próprio trabalhador e suas práticas, a direção de cuidado estar focada na melhoria da qualidade de vida do usuário, a valorização do conhecimento e protagonismo do usuário, a aposta no que é possível para aquele sujeito e ampliação de sua autonomia são, portanto, algumas das contribuições que a RD produz no campo da saúde pública.



CAPÍTULO III

A LIBERDADE É TERAPÊUTICA?

Estamos estudando a construção da redução de danos como ética de cuidado, suas relações com a liberdade, as tensões das práticas de cuidado na Atenção Básica e os graus de autonomia e heteronomia que daí se produzem. A RP questiona a terapêutica patologizante em que o sujeito “louco” é destituído de cidadania e deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (TORRE e AMARANTE, 2001). Os campos desta pesquisa, apoiados pelas análises da RP, RS e RD, colocaram em questão a iatrogenia das práticas heteronômicas e a importante reflexão sobre os graus de autonomia das ações de cuidado. Esta concepção, muitas vezes, é dolorida ao profissional que ocupa um lugar central no cuidado tutelar e se depara com um modo de pensar o cuidado em que não há uma centralidade nos saberes, modificando as posições de poder e prestígio. Neste direcionamento, a Política Nacional de Humanização (2008) reitera a necessidade de produzir uma relação de cuidado calcada no protagonismo dos sujeitos na produção de si e do mundo, construindo responsabilidades laterais entre o cuidador e o sujeito cuidado – que permite transformações no processo de saúde-doença. Nesta perspectiva, o sujeito passa a criar formas de lidar com suas questões, tendo apoio da equipe de saúde, diversificando os vínculos de dependência para produzir sua própria saúde e modos de viver sua vida. É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos, sendo protagonistas e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2006). É importante analisar o processo de trabalho em saúde para construí-lo nesta perspectiva libertária.

Uma relação de cuidado libertária ou reforçadora de uma dependência e hierarquias instituídas não está, portanto, dada *a priori* ou definida pelo espaço organizacional em que um trabalhador se insere – serviços “abertos” de saúde mental ou espaços asilares. O que marca a prática libertária é, fundamentalmente, como suas relações se estabelecem no cotidiano, como se exercitam poderes de modo não hierarquizado em cada momento dos encontros e de que modo eles permitem o estabelecimento de outros vínculos. Esta prática também depende de como as ações se efetivam na vida, como se corporificam em relações concretas entre sujeitos e como eles farão com que um encontro seja mais ou menos potencializador de saúde e produtor de autonomia em cada momento da relação. Neste sentido, para entendermos as relações entre saúde e liberdade, faz-se importante ampliarmos a discussão acerca das

liberdades, tema de que se ocupará este capítulo.

Das liberdades

Quando Vontade aparecia na Unidade, os trabalhadores se avisavam e ficavam em alerta para não perder a oportunidade de abordá-la. Com apenas 15 anos, Vontade tinha uma história de vida dura, que contrastava com a leveza e a fragilidade de seu corpo. Suas demandas eram muito complexas e de diversas ordens, de modo que o tratamento da tuberculose estava relacionado à dificuldade no tratamento de HIV/AIDS. Outros fatores ainda a acompanhavam: havia falta de rede de apoio familiar efetivo, violência doméstica, fuga do abrigo, depressão, ansiedade, abuso de drogas, exposição à violência perpetuada pelo tráfico de drogas, desemprego, distanciamento involuntário da escola, entre outros. Obviamente, a demanda por cuidados em saúde mental não estava somente no sujeito identificado com o CID relacionado ao sofrimento psíquico. Ela atravessava diversos âmbitos da vida e de suas relações. As/os trabalhadoras/es estavam atentos(as) às necessidades da jovem e buscavam apoiá-la, inventando estratégias para que se mantivesse livre dos aprisionamentos de sua história. Neste cuidado, não impunham prescrições, construíam juntos formas. Não somente de se alimentar e tomar os medicamentos das diversas patologias, mas de inventar a cada momento algo que lhe singularizasse. Não diziam que era errado dormir com o vizinho 60 anos mais velho que ela; pensavam juntos o que ela estava buscando naquela relação. Não impunham a dureza das regras de acesso à Unidade de Saúde, pois ela não precisava de durezas adicionais à sua vida. O modo de produzir cuidado com Vontade era bastante questionado na equipe, que, ao mesmo tempo em que sentia que já havia falhado com esta família algumas vezes, também havia experimentado diversas outras formas de cuidado. Uma médica, por exemplo, brigava muito com o restante da equipe por não organizar a vida da Vontade. Porém, Vontade não conhecia tais ordenamentos de vida e fugia de cada aprisionamento subjetivo. A equipe sentia que não seria interessante regrar a Vontade, pois, além de produzir frustração em todos os envolvidos, produzia fugas (por vezes, mais longas) da Vontade. Acompanhar seu processo de vida produzindo reflexões, apresentando e inventando possibilidades para apoiá-la, era o que a maior parte da equipe entendia ser possível e desejável nesta situação. Os trabalhadores sentiam dificuldade em nomear este trabalho experienciado, pois a força insistente de vida não cabe em uma disciplina ou palavra. Esta situação produzia bastante insegurança e gerava constantes questionamentos na equipe – se tal prática era de liberdade ou de desresponsabilização dos trabalhadores com o usuário.

(Diário de campo, Residência Integrada em Saúde, julho de 2013).

A liberdade é uma palavra tão bonita quanto paradoxal que, por vezes, tem seu sentido esvaziado. É uma destas detestáveis palavras que tem mais valor que sentido (VALERY, apud

NOVAES, 2002). Na lógica hegemônica da nossa sociedade de consumo, impera um discurso que destaca o respeito e o incentivo às liberdades individuais. Este se fundamenta, basicamente, a partir da ausência de impedimentos e da não interferência de outrem para o livre exercício dos sujeitos. A concepção liberal da liberdade propõe que não haja impeditivos para os indivíduos atuarem, portanto, tal percepção de liberdade é negativa, compreendida a partir da ausência de algo que impeça a liberdade de ser exercida (RAMOS, 2011). Quanto mais vasta a área de não interferência, mais livre seria o indivíduo, ou seja, é a distância do outro que permite a liberdade nesta lógica. Seguindo a compreensão liberal de liberdade, poder-se-ia pensar que o cuidado direcionado à produção de liberdade equivaleria a não intervenção em relação ao outro.

A função do Estado em relação a esta liberdade é de proteção jurídica ao indivíduo como direito fundamental. A ideia de liberdade como independência pessoal, que é uma forma moderna de entendê-la, se relaciona com o direito do indivíduo, com o campo jurídico da proteção da esfera privada, de garantia da igualdade formal dos cidadãos. Esta liberdade é formal, pois se relaciona, fundamentalmente, com a lei. A lei, no entanto, se dá de forma externa e é anterior ao sujeito, além de direcionar-se à esfera privada. O sujeito é livre para cuidar de seus interesses privados, distanciando-se da dimensão política e coletiva da liberdade, como era praticada pelos cidadãos gregos (RAMOS, 2011). Nesta concepção de sujeito como independente, seria contraditório pensar um cuidado que liberte, pois a liberdade não se daria na relação, mas, sim, na distância ao outro. Aqui há uma separação binária e dicotômica entre o eu e o outro, sujeito e social, como se a construção de si não se produzisse na relação com o outro.

No campo das drogas, esta mesma lógica hegemônica, que defende determinada noção de liberdade, também sustenta a repressão enquanto via legal de práticas e de discursos. As políticas públicas são atravessadas por contradições, inclusive pela lógica neoliberal. Segundo Souza (2007), a política de drogas não é o governo de contradições, é o governo de elementos heterogêneos movidos por jogos de interesses que resulta em sistemas contraditórios. As drogas são objeto de interesse geopolítico (produzindo controles sobre as seguranças interna e externa), político-econômico (de mercado) e social (políticas sociais), estando a repressão e ilegalidade na base da organização do mercado mundial de drogas. O tráfico de drogas é uma engrenagem do governo liberal e suas organizações criminosas não são exceção, desvio ou anomalia, uma vez que são, também, um dos motores de sustentação de economias nacionais de sistema financeiro mundialmente integradas. O século XX pode ser narrado pela intensificação do poder estatal sobre as drogas, intensificando o mercado de drogas e, assim,

sua “guerra às drogas”. Aos interesses do livre mercado bélico, esta via repressiva faz sentido. Aos interesses de criminalizar culturas, também. O lícito e ilícito, no jogo financeiro internacional, deve-se a interesses de mercado. A política proibicionista situa-se como uma vertente que compõe os interesses e objetivos da lógica neoliberal. Como uma lógica repressiva, é sustentada em uma sociedade que prega a liberdade individual e de mercado?

As práticas repressivas, deve-se destacar, não se limitam às práticas estatais. Com a consolidação do “modo-indivíduo” de subjetivação, uma nova forma de exercício de poder passa a ser constituída, não mais centrada unicamente no Estado, mas articulada a ele de várias maneiras, materializando-se em práticas, instituições e saberes. Essa forma de exercício do poder impõe normas aos corpos dos indivíduos, que são modelados para se tornarem produtivos (TORRE e AMARANTE, 2001). Da mesma forma, os interesses morais-repressivos não são menos reais do que interesses econômicos e diplomáticos, de modo que é sobre o tema da vida que a política de drogas pode se apoiar, estender seu controle e expandir tecnologias de poder. Muitas vezes, a construção de intervenções que articulam poder da repressão é sustentada por interesses econômicos diversos.

Há segmentos sociais significativos na sociedade atual, defensores da ideia de que o usuário de drogas não tem capacidade de saber o que é melhor para si, cabendo ao Estado a obrigação de interdição desses atores. A ampliação e facilitação de interações involuntárias e compulsórias, defendidas por setores proibicionistas através do Projeto de Lei 7663/2010, de autoria do parlamentar Osmar Terra, que está em tramitação na Câmara Federal, sintetiza esta posição e determina a melhor forma de cuidado do outro sem a necessidade de o principal ator, o usuário, atuar. A abstinência, enquanto regra máxima estruturante e superior de tratamento, desconsidera outras possibilidades de caminhos, outras formas de expressão de singularidades. Em suma, desconsidera a liberdade do sujeito de escolher e atuar sobre sua vida.

Zamora (2012) questiona quais os limites entre controle da saúde e liberdade, entendendo liberdade como restrição da regulação estatal vinculada a assuntos que não seriam reguláveis pelo Estado, como hábitos individuais, modos de vida, mérito do que seja uma vida boa ou valiosa. A partir de alguns casos, como dengue, tabaco e álcool, o autor questiona qual o argumento que produz limite na ação do estado, pois estabelecer como limite a ação individual causar danos aos demais membros da sociedade parece-lhe insuficiente, já que qualquer ação influencia os demais. O uso de sal, que gera hipertensão, por exemplo, impacta em custos ao sistema de saúde que é de todos cidadãos, assim como sedentarismo, obesidade, entre outras condições e hábitos. Se este argumento efetivamente pudesse se sustentar, levaria

a uma espécie de totalitarismo da vida saudável, autorizando o Estado a invadir a vida privada para impor hábitos. Tal fator, em si, porém, não é suficiente para análise de certo entendimento acerca da liberdade no campo da saúde. Danos causados aos demais sujeitos, portanto, é um dos fatores que merece reflexão acerca dos limites entre a liberdade formal e ação de controle sanitário. Refletir sobre tais limites é uma das direções que permitiram cuidado mais conectado com as necessidades dos mais variados usuários, como o caso de Vontade, narrado anteriormente.

Esta concepção de liberdade negativa faz-nos retomar parte da discussão dos capítulos anteriores sobre liberdade enquanto independência, já que, muitas vezes, a liberdade é entendida como o inverso da dependência ou como autossuficiência. Aqui se faz imprescindível pensar nestes dois conceitos, pois, para falar do tema da SM e do campo das drogas, é ainda mais importante analisarmos esta relação com a dependência. Kinoshita (1996) argumenta que a questão da reabilitação psicossocial é reconstruir o valor social, aumentar seu poder de contratualidade, já que, para o usuário de SM, inclusive relacionado ao uso de drogas, um dos pontos fundamentais de atenção é a diminuição das trocas sociais, afetivas, de comunicação. Como vimos, não é possível sermos independentes, uma vez que todos dependemos de relações. A questão é quantitativa; somos mais autônomos quando dependemos de tantas mais relações – sejam com coisas, pessoas, sentimentos etc. (KINOSHITA, 1996). Não é a partir da independência que queremos abordar a liberdade, pois entendemos que a independência é inatingível e, no entendimento aqui discorrido, em certa medida, também não desejável. Não é este modelo de liberdade, sustentado pela lógica neoliberal, que buscamos trabalhar aqui, pois esta não diz da liberdade do sujeito em relação a si; diz de uma lógica moral-jurídico-econômica que, inclusive, sustenta práticas em direção oposta ao de uma sociedade libertária.

Até este trecho da construção da nossa trilha, analisamos o entendimento de liberdade formal no campo da saúde que, se entendida enquanto independência, seria contraditória àquela que o cuidado libertário visa. Afinal, este modo quer-se produzir com “um outro”, em relações de alteridade que promovam variabilidade de encontros e relações; são as múltiplas dependências na compreensão de Kinoshita (1996). Buscando administrar o contraditório, o controle da saúde e o direito à liberdade em uma sociedade neoliberal, a reflexão sobre os danos a outros é importante, porém, não pode ser o único fator em análise. No campo das drogas, o contraste se apresenta com outra intensidade. Desejamos pensar sobre “uma outra liberdade”, baseada na possibilidade de deslocar-se subjetivamente e construída, também, na relação com os outros. Esta capacidade de interagir consigo mesmo, de ir definindo suas

normativas, se relaciona com a capacidade do sujeito em protagonizar a sua vida. Estamos vendo que a liberdade é paradoxal, mas em outros sentidos. Sigamos, então, com os desdobramentos a que estas reflexões nos conduzem.

Cuidado de si

Força já havia passado por várias internações, e ao longo do processo de cuidado também relacionado ao seu uso abusivo de drogas, tiveram dois momentos em que relatou precisar de internação. Nestes momentos, trabalhamos que esta era uma possibilidade e que faríamos contato com o serviço de urgência para passar seu caso e ela ter atendimento alinhado ao que estávamos trabalhando no posto de saúde. Junto a isso, problematizávamos o que ela buscava na internação naquele momento, como ela esperava ajudar este seu momento atual. Nas duas vezes em que pedia internação, Força relatava a vontade de que alguém fizesse o controle por ela, que fosse administrada e controlada por outrem, pois sentia que estava no limite de sua própria dominação. Nas duas vezes em que discutíamos isso e articulávamos com pronto-atendimento e família, ela desistiu das internações. Parecia-nos que nosso consentimento e apoio para pensar seu cuidado e articulá-lo junto com a família permitiram-na retomar certo controle através do suporte. Uma terceira vez, ela foi para o pronto-atendimento e ficou algumas horas, não internando no Hospital Psiquiátrico, como em outros momentos da vida. Entendíamos que, em certos momentos de sofrimento, a internação era uma possibilidade para que um outro produzisse o controle sobre Força e apostávamos em dar suporte para ela produzir o seu controle, reconhecendo seus limites.

(Diário de campo, Residência integrada em Saúde, dezembro de 2014)

Casos como este, que flertam com o limite da vida com certa frequência, fazem os trabalhadores questionarem-se acerca de como apoiar movimentos do sujeito cuidar de si, produzindo liberdade e atentando ao nosso desejo de dominação sobre o outro. Rajchman (1987), analisando a obra de Foucault a partir da filosofia da liberdade, destaca que o autor busca compreender a liberdade real, e não fundamental ou formal. Seu foco não é a liberdade redigida em tratados e leis, mas aquela exercida pelos sujeitos. Foucault (1984/2004) estabelece diferenciação entre liberdade e liberação, sendo esta última a independência do indivíduo a qualquer coerção exterior ou interior. Por exemplo: quando um povo se libera do seu colonizador; quando as relações de poder que estavam bloqueadas, imóveis e cristalizadas (por instrumentos econômicos, militares e/ou políticos) se transformam, teríamos a liberação; em suma, ocorre quando não estamos em um estado de dominação. Dominação é compreendida, aqui, não como repressão ou mistificação ideológica, mas como corpo de

técnicas e práticas vinculadas ao saber.

Acompanhando esta definição de Foucault, no momento em que aprisionamos um sujeito em um manicômio ou acionamos uma internação compulsória, é sobre a dimensão da liberação que estamos atuando, impedindo sua atuação econômica, política e subjetiva. Porém, somente não estar sob estado de dominação, não significa que os sujeitos e a sociedade estejam definindo formas aceitáveis e satisfatórias da sua existência, para si e para a sociedade política. As liberdades formalmente garantidas figuram no âmbito de alguma prática histórica e contribuem para a liberdade real ao expor a natureza nominal das liberdades formais. Efetivamente, a indagação de Foucault não se direciona a esta dimensão de dominação ou da liberdade formal.

A liberação abre campo para novas relações de poder, que devem ser controladas pelas práticas de liberdade. A garantia da liberdade, pelo menos em nome, ou formal, abre campo de ação para a liberdade real e essa se encontra na dissolução ou mudança das comunidades organizadas que constituem nossa existência. Nenhuma sociedade ou comunidade poderia basear-se em tal liberdade real, na medida em que esta reside precisamente na possibilidade de constante mudança, não sendo finalizável, legislável ou natural. A liberdade, para Foucault, não é o fim da dominação, não é prescritiva ou descritiva, nem anterior ao sujeito. Diferente da concepção neoliberal vista anteriormente, Foucault afirma que nossa liberdade se encontra não em nossa natureza transcendental, mas em nossas capacidades de contestar e mudar aquelas práticas anônimas que nos constituem (FOUCAULT, 1984/2004).

Esta noção de liberdade como prática traz consigo a ideia de ação, de atuação, de movimento. Liga-se à análise de como o conhecimento sobre nós mesmos está vinculado de formas complexas a técnicas de dominação. Portanto, a liberdade como prática é política, é uma revolta pela qual a história pode ser constantemente mudada. Liberdade não é o fim da dominação, mas ações de revolta dentro de suas práticas, não estando assegurada, nem garantida: é risco, é desafio, centelha e permanece sempre sem fim (RAJCHMAN, 1987).

Retomando a narrativa, Força foi experienciando diferentes formas de lidar consigo ao longo da vida, conhecendo espaços que a apoiavam em momentos de crise, pessoas que acompanhavam sua vida, ajudando-a a olhar, pensar, sentir, caminhar, atravessar suas dificuldades. Inclusive se organizava, em certa medida, quando sentia o seu limite se aproximar. Pelejava contra os aprisionamentos da sua história de vida. Por vezes, precisava asilar-se de si e a internação se apresentava como possibilidade. Por vezes, outrar-se (EPS EM MOVIMENTO, 2014) permitia-lhe refugiar-se de si, através de atuação cultural na comunidade. Intervinha sobre si com frequência, mudava de opinião, voltava a falar com

quem havia brigado, inventava saídas para impasses próprios da sua vida de mulher, negra, mãe, pobre e usuária de drogas.

As práticas de liberdade foram entendidas por Foucault como **exercício de si**, olhar para os “poderes que se exercem sobre si e sobre os outros, através do qual procura se elaborar, se transformar e atingir certo modo de ser” (FOUCAULT, 2004/1984, p. 265). A prática de liberdade refere-se ao cuidado de si (*epiméleia heautoû*) através do conhecimento de si, ocupando-se de si, pois não é possível cuidar de si sem se conhecer. Porém, não é somente conhecer-se no sentido cartesiano. Muchail (2011) discute diferentes entendimentos de cuidado de si a partir de duas vias de acesso à *verdade*, sendo a primeira marcada pelo pensamento helenístico e romano, enquanto a segunda pelo pensamento cartesiano. Este segundo entendimento se relaciona com o conhecimento de si (*gnosis*) a partir do sujeito da razão, precisamente sujeito cognoscente, que tem identidade já dada, na qual se aloja à sua *verdade* – a ser descoberta ou decifrada. A compreensão do cuidado de si centrada no conhecimento foi tomada como privilegiada a partir e depois de Sócrates, fragilizando a via ética do cuidado de si. “As duas noções – ‘cuidado de si’ e ‘conhecimento de si’ – ensaiam uma espécie de cenário bifurcado no próprio destino histórico da filosofia” (MUSCHAIL, 2011, p. 47). O direcionamento do foco de luz sobre o sentido *gnosis* e seus procedimentos racionalistas na filosofia deixam à meia-luz outras formas de cuidado de si, como curar-se, ou reivindicar-se a si, ou desobrigar-se, ou satisfazer-se. A concepção de cuidado de si é alcançada por atos ou práticas envolvendo e transformando o sujeito. Ou seja, extrapola a compreensão de consciência e atenção sobre si, sendo uma prática constante de estabelecer-se junto a si mesmo, residir em si, conversão a si enquanto movimento da existência pelo qual se retorna sobre si mesmo com objetivo de estabelecer algumas relações consigo mesmo, para ter domínio de si e prazer consigo. O foco no conhecimento de si marginaliza outras compreensões pela centralidade de um dado modo de conhecimento. Este foi um dos paradoxos do cuidado de si que Muchail (2011) afirma no seu texto.

Um segundo paradoxo apontado pela autora em relação à compreensão do cuidado de si refere-se à tônica individualista que a direção autorreferente que o cuidado de si pode passar a inverter em uma leitura a partir da moral. A própria construção de cuidado de si enquanto modo de fazer política na cidade grega apoia a tônica coletiva do conceito. Os cidadãos que se ocupam mais consigo mesmos, se ocupam do modo em que se relacionam com a cidade e os demais sujeitos, permitem que o poder sobre si regule o poder sobre o outro. Pensando em si, pensa-se no outro. Além disto, a multiplicidade de relações sociais é importante para apoiar os movimentos de si, e, para isto, havia mestres na Grécia Antiga para

dar suporte, entendendo que ninguém é tão forte para livrar-se de si (FOUCAULT, 2006).

Nesta perspectiva, podemos pensar a função de apoio pedagógico que o trabalhador de saúde pode exercer. Foucault (2006) traz três funções pedagógicas exercidas pelos mestres na Grécia Antiga: a primeira é de crítica em relação ao seu conhecimento, da tarefa de desapreender para criar espaço a outras compreensões; a segunda função é de luta, de fornecer armas e coragem para batalhar; a terceira função é de cura do *pathos*, das paixões que fazem nos perdermos de nós. Considerando a incumbência de educação em saúde que os trabalhadores de saúde praticam, a direção do cuidado de si parece indicar trilhas de cuidado em saúde interessantes às práticas de liberdade.

A liberdade, então, é produzida nos momentos em que se dirige a vida por si mesmo, através da capacidade de dar forma a si próprio e de modular seus próprios valores. Em outras palavras, a liberdade também está relacionada à capacidade de conduzir a vida liberta da moral em termos de juízo de valor (DIAS, 2012). Uma relação de cuidado que seja libertária, seguindo tal linha argumentativa, não pressupõe o fim da dominação ou do eixo vertical que atravessa a relação entre usuários e trabalhadores da saúde. Mas é o desafio não finalizável que, em ato, possibilita transformação a partir do conhecimento sobre nós mesmos e das formas que o poder atravessa a relação. Ao historicizar os problemas do saber e do sujeito, Foucault introduz um novo conceito de liberdade, sendo sua filosofia do conhecimento aplicada a casos em que a objetividade do conhecimento suscita questões éticas ou políticas sobre nossa liberdade.

Ao sermos tomados como objetos de novas formas de conhecimento e prática, como a psiquiatria, não significa que nossa essência estivesse sendo de algum modo tolhida, reprimida, ofendida ou exteriorizada. Pelo contrário, ao sermos constituídos como objetos de tal prática, participamos involuntariamente de formas de dominação. Assim, nossa liberdade não reside em alguma natureza que teria sido alienada em tal prática (e que poderia ser resgatada), mas em nossa capacidade de questionar as próprias práticas. As formas objetivantes (e subjetivantes) anônimas de saber exigem de nós uma complexa participação que podemos contestar e mudar. Mas em casos de doença mental, o que torna o saber “objetivo” é parte do que torna objetivante (RAJCHMAN, 1987, p. 90).

Rajchman (1987) vincula a concepção de liberdade como contingência histórica a algo que possamos realmente fazer, criticar, mudar. É a possibilidade de revolta prática no cerne da dominação, é a luta no seio da ‘política de verdade’ do nosso saber sobre nós mesmos. Retomando o que discutimos no segundo capítulo, a RD, enquanto ética, seria libertária ao partir da criação de possíveis através do contexto e do percurso daqueles sujeitos do encontro de cuidado. O desordenamento do ponto em que parte a ação de cuidado relaciona-se com o sentido de liberdade, pois, ao ser desencadeado pelas possibilidades do sujeito cuidado e não

pela heteronomia, insubordina-se a um saber externo hierárquico que afirma normas para boa vida. O saber, além de partir do que é possível e de suas experiências, transforma o jogo de forças da própria relação de cuidado.

Em sua filosofia do conhecimento, Foucault percebe a liberdade como limite da nossa natureza e como alienação da nossa natureza que devemos superar através da transformação da sociedade. Ou seja, reconhecer a limitação do nosso conhecimento nos faz desconfiar do que conhecemos, nos instigando a questionar o que conhecemos, e, assim, transformar a compreensão. Uma visão antropológica de liberdade, portanto, aponta para a percepção de nossa natureza finita, nosso desconhecimento fundamental que nos permite a transformação. A questão da liberdade, em Foucault, se dá através da crítica objetivação e subjetivação (RAJCHMAN, 1987), e elabora uma filosofia que liberta nossa experiência de nós próprios, propiciando análises para problematização da subjetividade moderna. Esta filosofia produz olhares analíticos sobre as experiências de modo a transformar as inter-relações. Nesta direção, a RD busca reconhecer os limites singulares de cada sujeito em cada encontro, momento e contexto, e, a partir do que é possível, ampliar as possibilidades de vida dos sujeitos.

Estamos vendo que a liberdade enquanto prática é produzida pelos sujeitos através e apesar da garantia da liberação, e se relaciona com o cuidado de si, com a autonomia e protagonismo do sujeito. É composta pela possibilidade de criar ativamente reflexão sobre si, de modo a estabelecer relação consigo mesmo, tendo domínio de si e prazer consigo, protagonizando sua vida. As questões que Foucault traz potencializam as ações da saúde mental, pois são possibilidades do sujeito apropriar-se de si mesmo e criar a si, transformando as relações de poder que o assujeitam e adoecem. Entende-se, portanto, a saúde mental como produção de vida, capacidade de colorir a sua vivência no mundo, de qualificar a própria existência, de (re)constituir o direito à palavra, refletir e sentir a si.

Criação de liberdades

Na formação do Caminhos do Cuidado, no Piauí, narrada no segundo capítulo, em que a enfermeira questionou como exercitar a ética da RD nas atividades de saúde da escola, não afirmando as drogas como terríveis, o grupo recusou um modo ideal para lidar junto à sua comunidade, afirmando uma direção de trabalho a ser construída a partir daquela realidade, com aqueles atores. A RD enquanto ética de cuidado se tornou um modo crítico de olhar e

atuar sobre a relação de cuidado. Crítico no sentido foucaultiano (RAJCHMAN, 1987), que não propõe um modo certo e indiscutível a ser aplicado, não pretende uma maneira plena de lidar, por exemplo, com a educação de crianças e jovens para autocuidado em relação a drogas. Esta atitude crítica aumenta a relutância com que as pessoas participam de certas configurações de forças, deslocam o entendimento sobre as ações, e, por fim, sua realização sofre desvios. Ao se deparar com a falta de uma forma ideal, a trabalhadora questiona se seguirá falando conosco sobre este modo de cuidar. Parecia-me que a profissional se deparou com a insegurança da sua capacidade criadora, para além da capacidade normativa de profissional da saúde. Reconheceu sua possibilidade de engendramento que sempre esteve presente em sua prática, porém vista com menor valor e potência. Para aprofundar esta discussão, proponho olhar esta dimensão criadora a partir da filosofia trágica, sendo o niilismo um conceito importante para análise desta dimensão.

A concepção de niilismo, em Nietzsche, é ambígua, aparecendo como negativa e positiva. Este conceito pode ser compreendido enquanto sintoma da decadência e aversão pela existência e, ao mesmo tempo, expressão do aumento de força, condição para um novo começo (PELBART, 2013). Em um primeiro movimento niilista, o sujeito se depara com o desamparo dos valores considerados superiores a si; a crença nas verdades estabelecidas já não tem sentido e o sentimento de um vazio se instala. Os valores historicamente construídos, antes mesmo da existência do sujeito, encadeados pelo cristianismo e cientificismo, já não dão conta das questões existenciais. Este primeiro movimento, em que se depara com o vazio de sentidos, produz descrença no mundo, de que tudo é em vão, e uma certa passividade. Este movimento é importante para o sujeito se haver consigo mesmo e, em um segundo movimento, transformar os valores, para que o sujeito crie sentidos a partir de si, impondo novos valores que for produzindo. Neste segundo movimento, a vontade de potência é reconhecida como fonte de valores, como processo de intensificação do poder que se é (e não do que se tem). Essa reversão de posição é o que permite a criação de si, em que necessita renunciar às heteronomias e atravessar o encontro com o vazio, com a falta de sentidos, para ter espaço para a criação emergir.

Giacioia Jr. (2001), ao trabalhar a questão da vontade interpretada por Nietzsche, aprofunda o conceito de liberdade que desejamos sustentar na trilha desta escrita. Segundo este autor, a vontade, o querer, é inseparável do pensar e sentir, consistindo em uma disposição de ânimo movida pelo afeto de comandar, pelo sentimento de dispor de algo, que obedece. O ato volitivo é um jogo de forças, onde quem quer supõe ter comando para agir em direção à satisfação e ao desejo. Quando o desejo e sua concretização se encontram, teríamos

a **liberdade da vontade**. Esta seria a reunião do afeto de comando e da obediência, quando o sujeito do desejo ocupa paradoxalmente o lugar de quem comanda e de quem obedece a este desejo, ele é o produtor e o realizador deste desejo. Neste lugar, o sujeito desejante teria domínio de si, domínio de agir em relação ao seu desejo.

O niilismo se conecta à ideia do eterno retorno em Nietzsche, que coloca a interrogação aos sujeitos sobre a perspectiva de sua vida repetir-se eternamente do modo idêntico, impondo-lhe um teste de valoração da vida a partir do critério de imanência, livre de qualquer ideal transcendente. Segundo o autor, em *A gaia e a ciência* (2001), tal questionamento pode levar a duas atitudes: desespero ou entusiasmo. A segunda postura busca assumir a vida em sua radicalidade, tal e qual o sujeito a vem construindo. Com todas as dores e aprendizagens, reconhecendo alegrias e desejos, coloca-o como autor e ator da sua vida e das possibilidades que dela advirem, protagonista de seu destino. Esta posição faz com que o sujeito não permita ser determinado por outro, deixando a posição de objeto de intervenção para ser ator de sua trajetória, podendo recriar a si e suas relações, sejam com drogas, com trabalho, com doenças, com família, com sua comunidade, com sua cidade. Esta postura lateral aos demais, que se responsabiliza por sua vida, é terapêutica na medida em que explora diferentes formas de cuidar a si e a mediar as relações com outros.

Esta potência de agir na direção do seu desejo, que é a consciência da liberdade, seria inversa à posição do ressentido. O ressentimento é trabalhado pelo filósofo como uma descarga afetiva que busca alívio do sofrimento vivido, de modo reativo. O ressentido busca sempre um culpado pelo seu sofrimento, vive de ruminações acusadoras e fantasias vingativas que não são postas em ato, pois a “vítima” não se sente à altura do agressor para responder de fato. O ressentido se subjetiva como vítima inocente, cujas queixas e acusações dirigidas silenciosamente a um outro reasseguram sua inocência para manter sua passividade. Ele também não luta para recuperar aquilo que cedeu, e, sim, para que o outro reconheça o mal que lhe fez, para se desresponsabilizar da própria existência. Este lugar traz como ganho secundário uma fantasiosa e frágil imagem de si como melhor que os outros, por não responder à ofensa e se manter passivo, tornando-se uma vítima que renuncia a seu desejo em nome da submissão a um outro. Sua implicação em relação ao seu próprio sofrimento não é colocada em questão, pois a produção do sofrimento é vista como externa ao sujeito, como se essa posição passiva já não fosse produtora de sofrimento. Nietzsche, ao escrever sobre o ressentido, argumenta que este responsabiliza algo ou alguém que está externo ao sujeito pelo que vivencia, e não põe em análise a sua produção de vida (KEHL, 2004).

A posição do ressentido se relaciona com o modo de vida contemporâneo, com a

impossibilidade de implicar-se como sujeito do desejo. Kehl (2004), ao analisar o ressentimento como sintoma social, compreende que o afeto ressentido é “característico dos impasses gerados nas democracias liberais modernas, que acenam para os indivíduos com a promessa de igualdade social que não se cumpre” (KEHL, 2004, p. 18). O pressuposto simbólico de igualdade entre rico e pobre, poderoso e despossuído, produz sentimento de inferioridade individual que resente. O autoritarismo paternalista gera expectativa popular de que os líderes tenham poder e obrigação de resolver os problemas da sociedade, produzindo passividade da ação política da população, já que a solução é externa ao sujeito que demanda. A política brasileira se produziu e se produz a partir do lugar ressentido da população, que aguarda o conhecimento e ação do governo que sabe o que é melhor ao outro, apesar do outro. O ressentido pode dizer, por vezes gritar, o que não considera justo consigo, o que não quer, mas, efetivamente, não reconhece sua responsabilidade para propor mudanças em si, e, portanto, na injustiça vivida.

Direcionando a análise de Kehl (2004) para o campo da saúde, podemos pensar sobre a posição assumida, com alguma frequência, por trabalhadores que provocam nos usuários afetos ressentidos. Essa posição, que atravessa a todos nós, incluindo trabalhadores, convida o outro a se sentar na cômoda e passiva posição de queixa.

Podemos analisar, no campo das drogas, se o tensionamento em relação aos modos de cuidado produzem posição de ressentimento ou de liberdade. A persistência da contrarreforma, manifestada, por exemplo, nas discussões e tentativas de consolidação de internações compulsórias, escracha a política produtora de ressentimento, de desresponsabilização e passividade do sujeito perante uma substância, como vimos no segundo capítulo. A questão das drogas, assim como da saúde mental, não consegue ser resolutiva sem a transformação do lugar social do sujeito. A política autoritária sempre vai produzir ressentimento por não conseguir atingir o objetivo resolutivo sem a ação e participação efetiva do sujeito que tem a demanda de cuidado. Neste sentido, a falta de estímulo para ação do sujeito em seu próprio cuidado, a falta de espaço para que ele crie a sua vida a partir de si e de seu mundo, produz sujeitos passivos que atribuem sua dificuldade e sofrimento a algo/alguém externo, não transformando as relações e elementos produtores de adoecimento.

A RD, apostando no cuidado em liberdade, traz alguns princípios para o campo da saúde mental, e, portanto, também para a Atenção Básica, apoiando as práticas de cuidado e atentando a nuances das práticas, para o que está à margem do discurso e do visível. No caso das trabalhadoras em formação no Piauí citadas anteriormente e narradas no segundo capítulo, demonstra que essa posição passiva – que supõe um estudante que sofre ações de prevenção

ao uso de drogas na escola – também é mantenedora de posições de saber e fazer hierarquizadas. Ao não se permitir ir à escola fazer algo que não seja afirmar somente uma visão sobre o uso de drogas, visão esta que os jovens sabem, por experiência própria, ser insustentável, as trabalhadoras negam o direito ao questionamento, ao espaço de dúvidas que os jovens têm e ao que lhes interessa saber sobre o tema. A enfermeira supunha possível falar aberta e francamente com usuários que já consomem drogas, pois estes já têm o saber legitimado da experiência. Mas, por que, na escola, isto soava mais impertinente, ou, até, impensável? De modo genérico, os jovens ainda ocupam lugar do menor que o código de menores de 1979 estabeleceu e que o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 ressignificou. Para sujeitos menores, é justificável uma prática menor. O receio de tais trabalhadoras é consequência da afirmação do lugar do jovem como receptor de informações parciais sobre um tema que, em geral, ele próprio vivencia. A posição que o estudante é convocado a ocupar, no caso, é de menoridade, estado da vontade que aceita autoridade de um outro para conduzir os domínios em que convém fazer uso da razão. Foucault (2005/1984) compreende que o uso ilegítimo da razão faz nascer a heteronomia, sendo preciso coragem para recusar tudo que se apresenta simplista e autoritário e, assim, atravessar a linha que divide a posição de menoridade e maioridade. Para não ocupar a posição de menoridade, precisamos ter criticidade no que dizemos, pensamos e fazemos. Crítica é análise dos limites e reflexão sobre elas, porém, é mais do que conhecer limitações, por se tratar de práticas de ultrapassagens possíveis, situando-se nas fronteiras, nas zonas de passagens, nas margens. Maioridade é entendida como possibilidade de não mais ser o que se é, pensar como se quiser, obedecendo à liberdade da consciência, construindo a si a partir do possível.

Mais do que afirmar limites da relação de cuidado, é a produção de limiares que é terapêutica, sendo bastante difícil de reconhecer quando estamos produzindo limites e limiares no cotidiano de trabalho. A produção de um cuidado que seja libertário se coloca à reflexão permanente em alguns pontos que a sustentam, e estes pontos estão em alternância. Talvez estejamos sempre em permanente transformação, porém, de diferentes questões. Uma mesma questão precisa se instituir em alguns momentos para ser instituinte em outro. O instituinte precisa do instituído para existir. E este movimento é construção da liberdade. Liberdade é possibilidade de movimento, para além do desejo e intenção de transformar, é a abertura ao movimento. Não existe cena ou relação perfeita, sempre restam buracos, e em alguns momentos estes buracos precisam trocar de lugar na trilha. É o movimento de uma questão e de posição que produz liberdade em ato, atuando a partir do que pode ser, existir e praticar. É o exercício de possibilidades.

A relação de cuidado, para ser libertária, talvez precise produzir certos vazios, espaços intersticiais que provoquem a criação de novos sentidos e desejos a partir do próprio sujeito. Isto não significa que o cuidador não tenha desejo em relação a este cuidado. Não se trata de negar tal desejo em relação ao outro, pois ele também é importante, mas que este desejo esteja conectado ao desejo do outro e tenha aberturas e vazios que estimulem ao outro recriar a si e ao seu mundo a partir, também, desta relação de cuidado. Para tal, é importante haver abertura ao inesperado, permitir a incerteza e o risco próprio à criação.

A liberdade é a possibilidade de se fazer responsável pelas suas escolhas, nos diz Giacoia Jr. (2014). Esta posição de assunção e transformação da vida em relação ao seu desejo relaciona a liberdade à vontade de potência. A abertura à criação na relação usuário-trabalhador pode produzir um espaço de experimentação do cuidado libertário. O cuidado que se coloca à reflexão, que busca revisitar as relações de poder que se produzem no cotidiano, transforma o lugar do sujeito cuidado, abre brechas para que o sujeito e seu desejo sejam visibilizados. Ao estimular a autonomia e protagonismo do sujeito, estamos produzindo transformação do lugar social. O usuário deixa de ser “o doente” e sua diferença passa a ser respeitada enquanto tal, valorizando sua história, sua responsabilidade e sua ação sobre si. Estas orientações permitem mudar o lugar social – e o curso produtor de doentes – próprio da lógica manicomial.

Uma das importantes estratégias de apoio aos sujeitos para assumirem sua vida é ajudá-los a construir narrativas de si, falarem de suas experiências, possibilidades, reflexões, história e sentimentos. Ao contar a um outro sobre o que vivemos, já nos colocamos no exercício de cuidarmo-nos, de refletir sobre como contar a um outro e escutar/ler o que contamos. Desta forma, vamos aprendendo o que se passou conosco, o que vivemos, que relações aquela experiência têm com outras questões nossas, que limites e possibilidades temos de mudar o curso de um sofrimento.

Ao nos movimentarmos em relação à liberdade, caminhamos em algumas direções escolhidas. Caminhar é preciso, e não correr, pois o tempo do passo precisa acompanhar o tempo de refletir e sentir. Esse caminhar pode (e precisa) se apresentar para cada sujeito de forma singular. Em alguns momentos, é necessário que o corpo esteja se deslocando também, colocando em ato os movimentos que mexem o pensamento e o sentimento. Em outros, o deslocamento se dá com o corpo parado, mas os olhos em movimento, como na leitura, ou ao assistirmos a um filme. Outros são os movimentos das notas musicais que nos mexem. Outros é o movimento da linguagem, como na análise. Dos dedos, na escrita ou artes plásticas. Outros é no movimento da aparência. E outros movimentos que existem virtualmente, estão

em devir. São as possibilidades de movimentar, de diferentes formas, que libertam. É o espaço vazio que permite a criação, é o reconhecimento do não-saber que abre espaços para novos saberes.

No caminho de tessitura de tal cuidado, é difícil encontrar equilíbrio nos passos; é preciso estar sempre instável em algum ponto da relação, um ponto que esteja aberto para mudar. É como se o cuidador estivesse percorrendo uma corda bamba, em que precisa estar atento aos passos que dá, e a cada passo vai sentindo como será o próximo, criando, a cada passo, qual a direção e forma que está desejando, conectado aos passos já realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso de Mestrado, a questão guia se acomodou com certa frequência, interrogando a pesquisa e pesquisadora de modo intenso, extrapolando os campos de pesquisa, inclusive por ser uma questão que indagava as relações com e entre vidas. Implicada com o trabalho no campo da saúde, pela posição de trabalhadora que ocupo, questiono-me acerca da utilidade de uma escrita direcionada mais a leitores acadêmicos, ao mesmo tempo em que interrogo o alcance efetivo de uma dissertação a outros atores. Este processo parte deste lugar de trabalhadora que busca espaço acadêmico para conhecer e se colocar no processo investigativo das práticas.

Narrar, estratégia assumida aqui e apoiada pelo método cartográfico, é uma forma de produção de conhecimento que não se propõe totalizante, nem fechada, mas um exercício de análise e experimentação de suas produções. É provocador de pensamento, sensações, interpretações, experiências comunicáveis, e desvia-se de explicações, conservando suas forças e intensificando outras formas de conhecimento, outras formas de aprendizagem. Em alguma medida, se propõe extrapolar limites científicos, na mesma medida em que não cumpre a função científica tradicional integralmente. Constrói-se nas bordas da academia, do científico. Propõe-se a ser uma zona passagem entre os modos de conhecer, que quer comunicar para além dos limites entre acadêmico e trabalhador da saúde do campo.

Merhy (2004), ao questionar a construção e validação de conhecimento científico, coloca que o sujeito estar implicado com sua ação protagônica não o compromete, necessariamente, com a produção de conhecimento. Ao mesmo tempo, a necessidade de o trabalhador epistêmico se impor dentro de certa ciência instituída em nossas sociedades contemporâneas pode nos convidar a ver outras ciências sendo feitas por aí. O desafio de expor implicações do trabalhador epistêmico a interlocutores acadêmicos ou científicos conduz o processo de validação através de diálogos das várias implicações em jogo, que se reconhecerão dando sentido entre si, se opondo e se posicionando no espaço público.

A identificação de situações problemas ou positivas que mapeamos em cada situação. As disputas e tensões que as operam. Os modos como os sujeitos se encontram e se validam. As suas implicações em ato, consigo e com os outros. Isto em si, produz conhecimento e intervenção, individual e coletiva. Este saber é também em ato e se implica com o agir militante, além de poder ser validado em uma ampla rede de conversação, mais pública. Inclusive a acadêmica (MERHY, 2004, p. 24).

Talvez este outro modo de produção do conhecimento esteja mais próximo a construir dispositivos autoanalíticos no campo de estudos, viabilizar interrogadores em ato de várias implicações em jogo (MERHY, 2004).

Nos percursos de formação e trabalho na Atenção Básica, muitos estranhamentos atravessavam a relação com colegas e usuários. A vigilância sanitária desempenhada pela AB interroga como produzir, também, autonomia entre trabalhadores e usuários em meio às normatizações dos corpos. Tanto a vigilância quanto a produção de autonomia são responsabilidades deste nível de atenção, e são forças que se atraem e repelem em alguma medida. A condição de saúde favorável propicia ao sujeito conduzir sua vida de forma soberana, ao mesmo tempo em que o monitoramento da condição de saúde dos usuários posiciona o cuidador em saúde como um soberano sobre a vida do outro sujeito.

O desenvolvimento do cuidado em saúde, segundo Nogueira (2003), colocou o usuário como espectador do seu próprio processo de cuidado, não mobilizando seus poderes de curar-se, e atribuindo valorização exagerada à heteronomia, no caso, ao conhecimento produzido anteriormente pela ciência. Assim, este modo de cuidado é iatrogênico por limitar possibilidades de compreensão e atuação sobre as questões da saúde e vida pelo próprio sujeito. As diferentes relações de cuidado constroem graus de hetero e autonomia diversos, segundo o vínculo entre usuário e trabalhador, situação de saúde etc. A reforma psiquiátrica busca transformar formas de cuidar, apostando na autonomia enquanto produtora de saúde, e tendo diferentes concepções deste termo e diferentes efeitos nos serviços de saúde (LEAL, 2001). O entendimento de autonomia como independência, por exemplo, pode produzir responsabilização somente do usuário por sua condição de saúde, e/ou a lógica individualista neoliberal de consumo da saúde. Já a compreensão de autonomia como ação e autoprodução de si, de suas normas, pode direcionar a prática de apoio à criação de si através da conexão com sua história, afetos, pensamentos.

As relações inerentes entre autonomia e heteronomia no campo de atuação da AB nos fazem atentar a nuances das práticas, para o que está à margem do discurso e do visível. Uma destas modulações é a posição inventiva e lateral do ACS, ator híbrido que, mais do que do conhecimento técnico-científico, tem sabedoria da experiência. Sendo seu instrumental mais permeável e menos instituído, ao se encontrar com angústias próprias dos processos de criação, recorre com outra intensidade a respostas técnicas-científicas construídas anteriormente, e se torna ator potente para invenção e ampliação dos recursos de cuidado, transformando os modos de cuidar. Ao mesmo tempo, este lugar mestiço muitas vezes deslegítima e silencia estes atores, que, não incomumente, reproduzem discursos arbitrários

validados pelo senso comum, contrastando com as ações e relações que estabelecem no cotidiano. Assim como o ACS, o trabalhador residente também possibilita a transposição de algumas barreiras, pelo lugar de passagem que ocupa nas equipes. Personagens como estes resistem às durezas do asfalto e da estrada de chão vividas na AB que, em alguma medida, endurecem seus atores. Ao buscarem se proteger das intensidades cotidianas, enrijecem regras e delimitam contornos fixos de suas ações, como delimitação, muitas vezes, inflexível de horário e de território, fazendo um uso bastante divergente da noção existencial e construtora de sentidos de vida do território.

A relação com drogas parece desorganizar o cuidado proposto pela RP e RS, mas, ao mesmo tempo, oferta uma reconstrução a partir da RD. É necessário afirmar a importância de um cuidado que aponte à liberdade, ainda mais no atual contexto de frequentes internações compulsórias, asilamento de usuários de crack e reabertura de antigos manicômios. Os aprisionamentos produzidos no campo das drogas tensionam a liberação e a liberdade nas práticas de cuidado, explicitando contradições vivenciadas para além do cuidado direcionado a usuários de drogas. Coloca em análise em que medida as políticas de cuidado estão provocando os usuários a dominarem a si mesmos, a se relacionarem melhor e mais consigo e o quanto estão provocando domínio sobre o usuário, produzindo um modo específico de relação com pessoas/coisas, inclusive do sujeito consigo mesmo. As experiências de cuidado são bastante complexas, as forças assujeitadoras enredam a todos, seja na unidade de saúde, no CAPS, na sala de aula, no grupo de pesquisa. Analisar em que medida a ação de cuidado está produzindo liberdade é um dos desafios dos encontros.

A atenção a usuários de drogas era um dos maiores provocadores de estranhamentos em práticas vivenciadas no Consultório na Rua durante a Residência Integrada em Saúde que, com leveza e sinceridade na relação com usuários e demais trabalhadores dos serviços, desconstruíam barreiras e aprisionamentos. Aquela forma de trabalho que partia da Redução de Danos incidia com intensidade sobre tais estranhamentos e se conectava com as leituras feitas sobre reforma sanitária e psiquiátrica, levando-me à necessidade de produzir um conhecimento acerca deste modo de cuidar no campo da saúde que resultou na pesquisa que aqui se encerra.

Da confluência das experimentações que os campos de residente, pesquisadora de um grupo de pós-graduação de psicologia social e saúde coletiva, formadora em uma política pública de saúde mental me permitiram e diálogo com autores, usuários, leitores, companheiros de percurso militante das reformas sanitárias e psiquiátrica brasileira, retiro quatro contribuições da ética de RD que apoiam a prática de cuidado libertária e que passo a

apontar:

A primeira contribuição da RD para o campo da saúde que pontua é o olhar para o sujeito e suas relações (inclusive com drogas) e para a história do fenômeno que se quer intervir, permitindo falar de modo aberto e franco. Para ampliar o olhar sobre um fenômeno em que se quer intervir, é importante descolar-se de moralidades construídas anteriormente, afastando-se um pouco de velhas concepções que embaçam as lentes. Assim, podemos ver a questão para além de nós, direcionando-nos efetivamente àquele que cuidamos enquanto um sujeito que tem fragilidades e potências, que estabelece diversas relações de diferentes modos ao longo de sua vida. Produz liberdade na relação ao reconhecer o outro enquanto sujeito e não assujeitado, ao apoiá-lo na condução de sua vida e ao favorecer a construção de outras palavras do sujeito sobre si mesmo.

A RD é um novo campo de discurso em que o sujeito é convocado a falar em nome próprio e a partir de suas experiências, não precisando se identificar enquanto doente ou criminoso. Abrir trilhas de comunicação que permitam falar sobre a experiência singular da alteração de consciência produz práticas mais conectadas às necessidades das pessoas. Esta é a **segunda contribuição da RD** que assinalo, a qual aponta na direção libertária, à valorização das narrativas das experiências e dos quereres do usuário. Entendendo a palavra enquanto um dispositivo de poder, de construção de relações que validem a palavra do outro, o que é democratizar em ato. É ensaiar formas do sujeito apropriar a si, pois, ao contar sobre suas experiências a um outro confiável, damos contorno àquelas vivências, conseguimos reconhecer e compreender outros elementos envolvidos. É uma das formas de produzir reflexão sobre si, de compreender os sentimentos que fragilizam e fortalecem o sujeito.

Narrar é uma das estratégias de produzir liberdade, ao ampliar as possibilidades de dizer e ver as vivências, produzindo outras formas de conhecer a si e de se constituir como sujeito. Essa outra linguagem aberta à criação que habita as experiências, e que tem no ACS anteparo é importante; pode habitar, também, o discurso acadêmico, ampliando as possibilidades de construção do conhecimento a partir da transformação para a prática comunicável. A educação permanente em saúde vem tensionando os modos de produção de conhecimento direcionados ao SUS,²³ em que o trabalhador possa dizer em seu próprio nome, possa ser autor de reflexões de suas práticas. Retomando a linguagem como campo de forças, provocar os trabalhadores a falarem, contarem, articularem pensamentos, sentimentos,

²³ Inclusive dentro da própria academia, como o curso de especialização ofertado pela UFRGS em Educação Permanente em Saúde em Movimento, que propõe espaços presenciais e virtuais de aprendizagens a partir das práticas dos trabalhadores do SUS, que se tornam especialistas em movimentos de produção de conhecimento a partir das experiências.

reconhecendo movimentos e tensões, é investir de poder esse ator, outro poder para além do saber técnico-científico. Tal investimento de autonomia não garante que contagie sua prática a produzir o mesmo com o usuário, mas é uma forma importante de o trabalhador se deparar com sua produção e debater com mais atores que outros possíveis podem ser elaborados. Narrar, nesta perspectiva, produz liberdade também por amplificar possibilidades, sem negar os limites, nem priorizá-los, mas criando transitáveis. Através da estratégia metodológica de narrativas, saliento a pertinência deste próprio procedimento enquanto produtor de liberdade, enquanto apropriação de si e de mediação das relações com outros. Faz bastante sentido estudar práticas de liberdade através de procedimentos que produzem liberdade.

Todos estes entendimentos nos ajudam a pensar na importância dos atores que estão acompanhando a vida dos usuários, e, portanto, sua saúde, de terem espaços reflexivos e afetivos que permitam falar das dores e amores do processo de trabalho, narrando. Esse exercício de narrar sua experiência de trabalhador provoca, em alguma medida, a narrativa dos usuários sobre suas experiências, convocando ambos a olhar, sentir e pensar acerca de qual saúde seus encontros estão produzindo. Narrar é capacidade de dizer sobre a experiência sem fechar em uma compreensão, abrindo para a composição com outro.

A ampliação e diversificação de formas de olhar sobre a questão que se quer intervir nos aponta a **terceira contribuição da RD**: a direção de cuidado estar para além do problema que busca enfrentar. Orientada para a defesa da vida. Entendendo os diferentes atravessamentos daquilo que se pretende cuidar, analisando, de distintas perspectivas, complexificando a forma de entender as questões, produzimos intervenções mais contextualizadas e efetivas. Entendida enquanto ética, a RD não se orienta para o problema, e, sim, zela pelo sujeito apostando em suas potencialidades e no que é possível de ser criado para atuar sobre as dificuldades vividas. A centralidade no sujeito e não no problema apoia a construção de segurança na relação e abre espaço para que o sujeito expresse o que sente e pensa. Esta é a **quarta pontuação que faço sobre RD como prática libertária**: o suporte da relação de cuidado para a fala franca que permite ao sujeito analisar de modo menos raso as questões que o atravessam. Ao articular discurso *parresiasta*, a RD assume, de forma sincera, a existência de diferentes modos de vida, e reconhece as práticas que acontecem e parte delas para cuidar das pessoas. Construir espaço para que o outro diga de modo mais aberto o que vive, sente, pensa, quer, possibilita o outro a refletir sobre o que se é, se apropriar de sua vida e, portanto, a produzir formas de cuidar de si.

No atual momento da RP e RS, que privilegia a Atenção Básica enquanto campo de cuidado em saúde mental e ampliação das práticas de cuidado, vivenciamos, além de avanços

nos modos de cuidado, a institucionalização de práticas, o forte tensionamento provocado pela guerra às drogas, em específico o crack, outras formas de clausura. Ao mesmo tempo, a RD oferta possibilidades de movimento no campo do cuidado conectadas às práticas de liberdade. Neste sentido, a função do trabalhador de saúde pode se aproximar da pedagógica que era exercida pelos mestres da Grécia Antiga, de questionar as certezas e conhecimentos, de fornecer coragem para lidar consigo e de curar paixões que nos fazem perder-nos de nós mesmos.

Reconhecer a limitação do nosso conhecimento nos instiga a questionar o que conhecemos e, assim, transformar a compreensão. Porém, estes processos são angustiantes, então, fortalecer o sujeito para enfrentar a si, apostando e suportando o que é potencial e assumindo os riscos disto, ampara o sujeito a não omitir-se de si, ou seja, corresponsabiliza o sujeito por suas vidas e escolhas, mas não de forma independente. Considerando a incumbência de educação em saúde que os trabalhadores de saúde praticam, a direção do cuidado de si parece indicar trilhas de cuidado em saúde interessantes às práticas de liberdade.

As tensões vividas na AB e as durezas suportadas pelos seus atores são moduladas pela ética da RD enquanto produtora de movimentos e apropriação do sujeito sobre si a partir da relação de liberdade. Assim como apoiar o sujeito a olhar para si e narrar sua experiência, os trabalhadores, ao construírem tal sincera relação, ampliam seu grau de liberdade nas suas ações. A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir, saúde) posiciona tanto trabalhadores quanto usuários do sistema de saúde no cotidiano como plano de experimentação e invenção dos modos de vida. A criação e experimentação do possível é a própria liberdade (LESCHER, 1996), pois reconhecer os limites e possibilidades permite movimentos efetivos de olhar para si e sua experiência que redirecionam os percursos. A posição dos trabalhadores de saúde é como seres limiares, sujeitos que produzem passagem. Na relação de cuidado libertária é este o lugar do trabalhador: ser limiar (PASSOS, 2013). A produção de relação libertária movimentada todos seus atores a ocuparem-se de si e, portanto, a mediar a relação com os outros. Liberdade, esta bonita palavra que tem mais valor do que sentido, se ressignifica como ética de redução de danos e se arrisca, corajosamente, nas transformações do campo da saúde em direção a diversidades. Foucault (2004) entende liberdade enquanto prática, para além dos estados de dominação, sendo possibilidade de mudança, movimentos que contestam práticas anônimas que nos constituem através do conhecimento e apropriação de si e das formas de poder que atravessam as relações. Este exercício de si é desafio e risco, sem certezas e não finalizável (RAJCHMAN, 1987).

E, por que e como a liberdade é terapêutica? Por ampliar as possibilidades, o sujeito a cuidar de sua saúde a partir de diversos métodos, de diversas relações que estabelece, inclusive, com base técnico-científica. Pela multiplicidade de possibilidades de expressão de si, de refletir e sentir a si de modo a se conhecer, a se curar, a se dominar e de lidar com sofrimentos. Por conectar a vida a expressões marginais, performatizando a transformação de realidade e mediando experiências. Por produzir zonas de passagens e criação de outras possibilidades de si, de ampliar os possíveis da vida. A terapêutica liberdade é afirmação de um valor estrangeiro à racionalidade psiquiátrica e perturba o papel profissional e os limites das práticas de cuidado. É desvio das amarras objetivantes do cuidado em saúde que assujeita e limita as possibilidades de ser e curar-se. Pois viver é terapêutico, e a vida não se quer aprisionada.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Paula. **Das rodas e dos modos de andar a redução de danos: territórios e margens do trabalho vivo**, 2014. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS, Porto Alegre.

ALARCON, S. e JORGE, M. A. (Orgs.). **Álcool e outras drogas – diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALVES, Vania Sampaio. “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2009.

AMADOR, Fernanda & FONSECA, Tânia Mara Galli. “Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009.

ANDRADE, Tarcísio Mattos de. “Redução de danos: um novo paradigma?”. In: ALMEIDA, Alba Riba de; FERREIRA, Olga Sá; NERY FILHO, Antonio; MacRAE, Edward (Orgs.); TAVARES, Luiz Alberto (Coord.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA, 2004.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e emancipação**. Saúde em debate 77. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2002. (Saúde em debate 77) Juliana: veja o que eu consegui. Verifique se está correto (se estiver, você precisa colocar na ordem alfabética): MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. “Epidemiologia e emancipação”. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 1995.

BARROS, Manoel. **Poesia completa**. São Paulo: Leya, 2010.

BARROS, Regina Benevides de; KASTRUP, Virgínia. “Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia”. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BENJAMIN, Walter. “O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”. In: _____. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

_____. **Passagens**. Belo Horizonte: UFMG; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Caderno de textos – Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2010a.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7663/2010 do Sr. Osmar Terra, acrescenta e altera dispositivos à **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**, para tratar do Sistema Nacional

de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde/GM. **Portaria nº 154, de 28 de janeiro de 2008**. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

CARNEIRO, Henrique. “As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX”. **IES**, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002.

_____. “A fabricação do vício”. VIII ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, Belo Horizonte, v. 13, p. 9-24, 2002.

CASAGRANDE, Attiliana de Bona; WADI, Yonissa Marmitt. “De loucos e drogados: a reinvenção do espaço da exclusão assistencial no estado do Paraná”. **Anais do XIX EAIC**, Unicentro, Guarapuava, 2010. Disponível em: <<http://anais.unicentro.br/xixeaic/pdf/2476.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

CFM - Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack**. Brasília, 2011.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2011.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. “Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da. **Loucos para prot(agonizar): micropolítica e participação em saúde mental**, 2011. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v I., São Paulo: Editora 34, 1995.

DIMENSTEIN, Magda. “Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental”. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 16, n. 3, p. 285-288, 2011.

EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo. “A noção de autonomia e a dimensão do

virtual”. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

EPS EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz Gestão**, 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/todo-mundo-faz-gestao>>.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia general de las drogas*. Madri: Espasa Calpe, 2005.

FERNANDES, Luís; RIBEIRO, Catarina. “Redução de riscos, estilos de vida *junkie* e controlo social”. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n. 39, p. 57-68, 2002.

FERNANDES, Luís. “O que a droga faz à norma”. **Revista Toxicoddependências**, v. 15, n. 1, p. 3-19, 2009.

FERREIRA, Pedro Eugênio M.; MARTINI, Rodrigo K. “Cocaína: lendas, história e abuso”. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.

FONSECA, Tania Mara Galli. “A reforma psiquiátrica e a difícil reconciliação. In: FONSECA, Tania Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina, 2007. p. 29-52.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa da. “Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética”. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A Coragem da verdade: O governo de si e dos outros II**. 1.ed. Tradução de Eduardo Brandão. Curso no Collège de France (1983-1984). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

_____. “A ética do cuidado de si como prática da liberdade”. In: _____. **Ditos e Escritos V – Ética, sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. [1984]

_____. “A hermenêutica do sujeito”. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. O anti-Édipo: uma introdução à vida não fascista. In: **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos de Pós-Graduados da PUC/SP, v. 1, n. 1, 1993.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. [1974]

GIACOIA Jr., Oswaldo. **Nietzsche como psicólogo**. São Leopoldo: UNISINOS, 2001.

_____. **Filosofia e liberdade**, 31 jan. 2014. Entrevista concedida ao Saraiva Conteúdo. Quinto e último episódio do especial “Filosofia no dia a dia”, produzido pela Novelo Comunicação.

HEDRICH, Dagmar. **European report on drug consumption rooms**. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction, 2004.

KEHL, Maria Rita. **Ressentimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção Clínica Psicanalítica)

KINOSHITA, Roberto Tykanori “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LANCETTI, Antonio & AMARANTE, Paulo. “Saúde Mental e Saúde Coletiva”. In: CAMPOS, Gastão. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, Antonio. **A Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

- LARROSA, Jorge. “O ensaio e a escrita acadêmica”. **Educação e Realidade**, v. 28, n. 2, p. 101-115, 2003.
- LEAL, Erotildes Maria. “Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. In: FIGUEREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. v 1. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental, dez. 2001. Rio de Janeiro: CUCA – IPUB/UFRJ, 2001, p. 69-83.
- LEMOS, Clécio; ROSA, Pablo Ornelas. “No caminho da rendição: cannabis, legalização e antiproibicionismo”. **Argumentum**, v. 7, n. 1, p. 69-92, 2015.
- LESCHER, Auro Danny. “O mais profundo é a pele”. In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xaver da. **Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MACHADO, A. R. e MIRANDA, P. S. “Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública”. In: **História, ciência e saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2007.
- MARTELETO, Regina Maria. **Almanaque do agente comunitário de saúde Santa Maria: Brasil Ltda.**, 2014.
- MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES Eliana Corrêa. “Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.
- MERHY, Emerson Elias. “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER–SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.
- MOURÃO, Henriette. “NASF: concepções e desafios”. Seminário Nacional sobre a participação da Psicologia nos NASFs. Brasília, 3 a 4 de julho de 2008. In: **CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: CFP, 2009. p. 43-47.
- MUCHAIL, Salma Tannus. **Foucault, mestre do cuidado**. São Paulo: Loyola, 2011.
- NIEL, Marcelo & SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2008.
- NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia Ciência**. 1.ed. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminari, 2003.
- NOVAES, Adauto. “O risco da ilusão”. In: _____. **O avesso da liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 7-13.
- NUNES, Deise Cardoso; SANTOS, Loiva Maria De Boni; FISCHER, Maria de Fátima Bueno; GÜNTZEL, Paula. “...outras palavras sobre o cuidado de 15 pessoas que usam drogas...”. In: SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. 1.ed. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 15-26.
- PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina Benevites de. “Por uma política da narratividade”. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia & ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do método**

da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia & ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PASSOS, Lucas. “Limiar e História na Poesia de Paulo Leminski - Uma Leitura Benjaminiana”. **Elyra**, v. 2, n. 12, p. 127-146, 2013.

PAULON, Simone Mainieri et al. “Práticas Clínicas dos Profissionais ‘Psi’ dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio Dos Sinos”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2012.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane. “Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado”. In: _____. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEKELMAN, Renata et al. “Território, território existencial e cartografia”. In: **BRASIL. Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC, 2013.

PELBART, Peter Pál. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. São Paulo: N-1, 2013.

PEZZATO, Luciane M. & L'ABBATE, Solange. “O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

RAJCHMAN, John. **Foucault: a liberdade da filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

RAMOS, Cesar Augusto. “O modelo liberal e republicano de liberdade: uma escolha disjuntiva?”. **Trans/Form/Ação**, v. 34, n. 1, 2011.

RAUPP, Luciane Marques. **Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidado**, 2011. Tese (Doutorado), Programda de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **O tratamento do usuário de Crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. “Midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas”. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013.

ROSA, João Guimarães. **Estas Estórias: Entremeio com o vaqueiro Mariano. Ficção completa**, v. II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

SANTOS, Vilmar. **O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva**, 2008. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem em Saúde Coletiva, USP, São Paulo.

SOUZA, Tadeu de Paula e CARVALHO, Sergio Resende. “Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória”. **Polis e Psique**, v. 2, p. 37-58, 2013.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (Perspectivas da Redução de Danos), 2013 Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

_____. **Redução de Danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento, 2007. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. “Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. “Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VIDAL, Sérgio. “A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de Redução de Danos”. In: NERY FILHO, Antonio; MacRAE, Edward; TAVARES, Luis Alberto; RÉGO, Marlize. **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2009.

VILHENA, Junia de et al. “Medos infantis, cidade e violência: expressões em diferentes classes sociais”. **Psicologia clínica**, v. 23, n. 2, p. 171-186, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/11v23n2.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

ZAMBILLO, Marciana. **Autonomias errantes**: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si, 2015. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS, Porto Alegre.

ZAMORA, Ricardo. “Polícia Sanitária e liberdade individual”. **Revista Direito e Liberdade**, v. 2, n. 14, p. 219-233, 2012.