

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Leonardo Kozoroski Oliveira

**CLÍNICA, SAÚDE E EDUCAÇÃO:
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO COM USUÁRIOS DE DROGAS**

Santa Maria, RS
2017

Leonardo Kozoroski Oliveira

**CLÍNICA SAÚDE E EDUCAÇÃO:
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO COM USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Carlos Corrêa

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada por
Nome do(a) bibliotecário(a) e número do CRB
Biblioteca Central da UFSM

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Leonardo Kozoroski Oliveira. A reprodução de partes ou todo desse trabalho só poderá ser feita mediante citação da fonte.

Endereço: Rua Serafim Valandro, nº 263, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Fone: (055) 996168156.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o projeto de Dissertação de Mestrado

Clínica Saúde e Educação: estratégias de cuidado com usuários de drogas

elaborado por

Leonardo Kozoroski Oliveira

como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Educação

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Guilherme Carlos Corrêa

(Presidente/Orientador)

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Hoepers Preve

Prof^a. Dr^a. Michele Eichelberger

**Santa Maria, RS
2017**

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a todos aqueles que, de maneira mais próxima ou mais distante, fizeram parte do meu processo de escrita e de vida. Sem distinção de tamanho, os afetos neste percurso transformaram tristezas em diálogo, vazios em letras, letras em frases, enfim, em um movimento de saúde. A vocês todos: meu imenso carinho.

À Jaqueline da Silva Kipper que me fez conhecer o que pode o aMOR e que hoje vive em minha lembrança mais bonita. Na alegria indizível dos encontros que vivemos. Quando um dia a saudade acabar, o amor será uma recordação. Eu sentiria sua falta mesmo se eu não te conhecesse.

Agradeço Giulia Giuliani Kipper, por me fazer sentir responsável e amado.

Este trabalho não teria existido sem a ajuda de meu orientador Guilherme Carlos Corrêa que, aqui, farei questão de chamar, também, de amigo. A sua generosidade em escutar minhas tristezas para que eu pudesse caminhar... A ti meu querido amigo, o meu respeito, minha amizade e, acima de tudo, minha gratidão.

Às minhas colegas Tascieli Feltrin e Fernanda Rigue que fizeram parte deste crescimento intelectual e pessoal. Nossos encontros ficarão guardados pra sempre. Pesso desculpas por não ter sido um colega mais próximo, mas obrigado pelos sorrisos...

À minha colega Katusci Lehnhard pela confiança. Aos meus colegas de trabalho da FISMA, e a todos os alunos que me fazem crescer como profissional e como ser no mundo.

A todos os meus pacientes que, além de terapeuta, conseguem tornar-me um aprendiz. Seus relatos e seus movimentos são um presente para minha vida ser mais saudável.

Ao secretário de saúde do município de São Sepé, RS, Marcelo Marras
Ellwanger, e à equipe do Caps AD Aurora.

Aos frequentadores do Aurora, meus eternos professores, ensinaram-me que a relação de paciente e psicólogo pode ir além da profissão, mas ser uma relação de amor e de respeito.

À minha mãe, Liliam, pelo cuidado de sempre, e ao meu pai Sergio, por me darem aconchego e me ajudarem a viver. Aos meus irmãos, Luiz Alberto e Roberta Kozoroski, por serem meus irmãos.

Em especial à Franciele Druzian, à Melissa Dias, à Fabiana Tutida e ao Marcelo Egres, meus grandes amigos, meus presentes. A vocês o meu carinho eterno e, se sorrio hoje, é porque me ajudaram. Vocês tornam a palavra amizade sinônimos de amor.

Dedico este trabalho, também, à banca examinadora Deisi Sangoi, Michele Eichelberger e Ana Preve, pela paciência que tiveram no tempo de entrega deste trabalho e, além disso, em tornar minhas ideias de pesquisa rizomas inacabáveis.

Ao professor Everton Weber Bocca e toda sua equipe da Unidade de Tecnologia de Informação – LINCE pela dedicação que tiveram.

Também agradeço à professora Lucila Santi que, muito gentilmente, ajudou na formatação deste trabalho. Sua competência e sua elegância na discussão dos termos técnicos foram importantes.

E a todos que vão ser lembrados no futuro e não estão aqui registrados. Estes fazem, também, estão em meu coração.

O Andarilho

*Eu já disse quem sou Ele.
Meu desnome é Andaleço.
Andando devagar eu atraso o final do dia.*

7

*Caminho por beira de rios conchosos.
Para as crianças da estrada eu sou o Homem do Saco.
Carrego latas furadas, pregos, papéis usados.
(Ouço arpejo de mim nas latas tortas.).
Não tenho pretensões de conquistar a ingloria perfeita.
Os loucos me interpretam
A minha direção é a pessoa do vento.
Meus rumos não têm termômetro.
De tarde arborizo pássaros.
De noite os sapos me pulam.
Não tenho carne de água.
Eu pertenço de andar atoamente.
Não tive estudamento de tomos.
Só conheço as ciências que analfabetam.
Todas as coisas têm ser?
Sou um sujeito remoto.
Aromas de jacintos me infinitam.
E estes ermos me somam.*

Manoel de Barros

Este livro não é dirigido só a filósofos, psicanalistas, trabalhadores em saúde mental (embora a estes possa ser particularmente útil), mas aos que alguma vez já desconfiaram que essa vida morna e tola que nos é oferecida e alardeada como única possível. O desejável e saudável esconde outras tantas. O beleza e tentação cabe reinventar.

Peter Pál Pelbart

RESUMO

CLÍNICA SAÚDE E EDUCAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO COM USUÁRIOS DE DROGAS

AUTOR: Leonardo Kozoroski Oliveira
ORIENTADOR: Guilherme Carlos Corrêa

Este trabalho tem como proposta apresentar alguns atravessamentos educacionais a partir de questões clínicas no âmbito do cuidado junto a usuários de álcool e outras drogas. Através de uma perspectiva clínica, pacientes, profissionais, familiares, equipe e quaisquer que sejam os agentes envolvidos inauguram estratégias clínicas educacionais. Por meio da análise de uma clínica da experimentação dos diários de campo construídos a partir das estratégias de cuidado com os usuários, a cartografia assume um momento de experimentação e invenção clínica. Com a cartografia foi possível pensar a clínica como atitude educacional, sem que isso deixasse de lado a sua relação com a saúde. A multiplicidade dos movimentos de vida impulsionada através das estratégias de cuidado potencializou um aprender com vontade (STIRNER, 2001) no qual coexistem terapeuta-aprendiz-paciente-professor. Aqui todos os envolvidos estabelecem múltiplos papéis, sem que isso dependesse exclusivamente de um reconhecimento formal. A abertura de espaço de invenção, para que o frequentador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) pudesse experimentar novas possibilidades de cuidado, deu voz à potência de cuidador adormecido no paciente, outrora mero usuário de drogas – aqui se percebe a educação como horizonte de possibilidade.

Palavras-chave: Cartografia; Invenção; Clínica; Estratégia de Cuidado; Educação.

ABSTRACT

HEALTH AND EDUCATION CLINIC: DRUG USER CARE STRATEGIES

AUTHOR: Leonardo Kozoroski Oliveira
ADVISOR: Guilherme Carlos Corrêa

This study has as a proposal to present some crossings from educational clinical issues within th cara with the users of alcohol and other drugs. Through a clinical perspective, patients, professionals, families, stagg and whoever the agents involved are, the can inaugurate clinic educational strategies. Through a clinical trial analysis of field constructed diaries from caring strategies with users, cartography assumes na experimentation time and clinical invention. Cartography made possible to think the clinic as educational attitude, without leaving aside its relationship with health. The multiplicity of life boosted by care strategies enhanced a willingness learning (STIRNER, 2001) where therapist-apprentice-patient-professor had coexisted. Here Everyone involved have established multiple roles, without depending exclusively on a formal recognition. The opening of space for invention for which the one who is attending tbe Psychosocial Attention Center (CAPS-AD) could experience new possibilities of care, voiced the dormant caregiver inside the patient once mere drug user – here it is noticed the education as a horizon of possibilities.

Keywords: Cartography; Invention; Clinical; Care Strategy; Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Retrato de uma das reuniões do Grupo Ítaca.....	34
Figura 02 – Parte externa do CAPS AD Aurora.....	45
Figura 03 – Oficina/aula de dança ofertada pelo professor Salvador a alunos de escolas regulares.....	57
Figura 04 – Alunos de uma escola fazendo parte de uma inusitada oficina de dança, sem música.....	58
Figura 05 – Visita a uma rádio da cidade.....	61
Figura 06 – Equipe de profissionais da rádio da cidade e integrantes do Programa Aurora.....	71
Figura 07 – Ensaio para o Evento do Aurora.....	74
Figura 08 – Freqüentadores conversando comigo enquanto caminhavam pela cidade.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD AURORA – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Microrregional Aurora

Centro de Tradições Gaúchas - CTG

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 UM MAPA DO PROBLEMA DE PESQUISA	19
2.1 GRUPO ÍTACA.....	32
3 DA SAÚDE UNIVERSAL A UMA NOÇÃO DE SAÚDE EM MOVIMENTO	38
3.1 “HÁ MUITAS AURORAS QUE AINDA NÃO BRILHARAM”.....	44
3.2 AURORA COMO ENTRADA PARA O ADOECIMENTO, AURORA COMO POTÊNCIA DE VIDA.....	47
3.3 UM POUCO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	51
4 O CUIDADO A PARTIR DE PRÁTICAS INVENTIVAS	54
5 “DOUTOR, EU TE LEVO, SOBE AQUI”	75
5.1 UMA CLÍNICA DO ENCONTRO	79
5.2 ATRAVESSAMENTOS DA CLÍNICA E DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO	82
6 REFERÊNCIAS	85

1 INTRODUÇÃO

Escrever nem uma coisa Nem outra - A fim de dizer todas - Ou, pelo menos, nenhuma. Assim, Ao poeta faz bem Desexplicar - Tanto quanto escurecer acende os vaga-lumes.

Manoel de Barros

Esta dissertação tem o interesse de aprofundar questões clínicas e educacionais no âmbito do cuidado junto a usuários de drogas. A partir de uma perspectiva clínica Deleuziana (2008), busco apresentar os atravessamentos da saúde e da educação, em que estes âmbitos se entrecruzam promovendo situações nas quais – paciente e profissional – atuam com os agentes envolvidos inaugurando estratégias de cuidado.

Dentro da área clínica, no trabalho com usuários de drogas, o psicólogo vê-se na necessidade de inventar estratégias de cuidado. No entanto, se olhar para o tempo de sua formação inicial, dificilmente, encontrará subsídios práticos para lidar com as situações que se apresentam no campo de atuação que vão para além de dispositivos prontos de *performance*, os quais são, muitas vezes, engessados por conceitos que ditam o que fazer e como fazer diante de uma situação comportamental.

Esses dispositivos prontos podem cegar o pesquisador, trabalhador e profissional de qualquer área. Entretanto, não é por isso que se deixa de ter alguns aspectos positivos na linha do cuidado. Por isso, é importante frisar que, todavia, as experiências diárias, apresentadas neste estudo, ultrapassam as paredes dos consultórios tradicionais.

Aqui, o processo educacional e o conhecimento referentes às drogas, aprendido na universidade, pouco interfere no pensamento que o profissional adquire quando ingressa na prática profissional. Por isso, no contexto do trabalho, percebe-se a necessidade de buscar formas de conhecimento e de um fazer outro (do além aos processos educacionais extrínsecos à educação institucional), na

medida em que as várias situações no processo do cuidado foram se desenvolvendo no dia a dia.

Os saberes acerca da temática das drogas ganham influência pelos meios de comunicação de massa e da cultura nos quais estamos inseridos. Uma cultura advém de vários dispositivos operacionais, como: os programas de TV, incluindo as novelas e os filmes, o ambiente de vida, a religião e a própria ciência. Ocorre que, dificilmente, um desses dispositivos culturais trata o uso da droga como uma composição positiva na vida das pessoas. Talvez o mais próximo dessa questão seja o morador da periferia, de bairros afastados dos grandes centros. Embora esteja submerso no mesmo contexto de informações que qualquer outro estrato social, o entendimento geral e extramoral sobre as drogas vai ao encontro às práticas relativas à lida com as drogas e o narcotráfico na sua extremidade pobre.

Assim, aquilo que o profissional “sabe” sobre o tema fica engessado, um saber que, acumulado, não contribui para mover o pensamento, mas sim para conservá-lo. É nesse sentido que o profissional da psicologia fica restrito à multiplicação de censura, ao pensamento de polícia (um pensamento que busca encaminhamentos coercitivos para os ditos drogados) e ao usuário de droga como doente (o usuário antes considerado bandido, já que isso pode ser atualizado o tempo todo, é considerado como portador de uma patologia).

Dessa forma, neste estudo, propus, de um lado, o estudo e a apropriação do conceito de Clínica de Deleuze (1997) para pensar o que, segundo ele, ainda, não foi pensado. De outro lado, a presente proposta de investigação pretende pensar situações clínicas envolvendo usuários de drogas a partir de uma perspectiva educacional. Neste contexto, é imprescindível tomar emprestada a noção de Perspectivismo em Nietzsche (2009) e, sendo assim, possibilitar uma clínica voltada à educação e vice-versa, ou seja, que busque promover e avaliar aprendizagens.

No entanto, aprendizagem, aqui, não se limita à passagem de um não saber ao saber, mas sim uma aprendizagem inventiva tomada como experiência de problematização Virgínia Kastrup (2001). Tal aprendizagem não se consome na saída das problemáticas adjacentes, mas espaça suas implicações e sua potência de problematização. É nesse sentido que se pode tratar de um perspectivismo clínico-educacional como o campo de investigação em que se inscreve a presente

proposta. Afinal, é preciso transcender uma noção de clínica que percebe o tratamento com usuários de drogas, por exemplo, apenas pelo viés analítico, e sim pela possibilidade de atravessar saberes, como educação, em um processo clínico.

Na primeira parte deste texto, apresento uma reflexão acerca da (des)construção do meu pensamento em relação as drogas. Desde a constituição de uma ideia que se formou no núcleo familiar quando jovem, passando pela escola e depois os encontros com pessoas que fizeram a diferença no meu ponto de vista atual sobre o tema.

Aqui, a Cartografia ¹, a partir de Rolnik e Guattari (2011), mais especificamente do livro *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*, toma destaque como meio de apresentar como o trabalho desenvolvido aconteceu e transformou o modo de pensar, problematizar e agir quando o tema das drogas e seus usos se atravessavam na minha vida. Todo esse processo deu-se por meio dos movimentos do pensamento e seus dispositivos educacionais numa multiplicidade de encontros. Ou seja, a educação enquanto criança e os ensinamentos culturais por parte dos familiares, a adolescência em o contato a partir de observações na sacada do meu apartamento, a universidade com um olhar científico que pouco movimentou, mas, ainda assim, produziu rotas de fuga para além do currículo institucional. Isso por que, à medida que os encontros com os colegas movimentavam o pensamento e a participação em um curso de Redução de Danos (RD)², foi possível libertar o pensamento em relação aos limites que entendia sobre a questão das drogas.

Na segunda parte deste trabalho, será apresentada a noção de dispositivo, com base em Michel Foucault (2015) e Gilles Deleuze (1996). Recorre-se à

¹ O conceito de Cartografia não pode ser fechado ou único. Por isso, Cartografia é uma transformação que acontece nos territórios (estratégias de cuidado), e essa transformação não necessita ser somente no paciente, ou seja, o profissional, seja ele de qualquer área, pode se modificar a partir de sua sensibilidade com aquilo que ele encontra. Ele pode aprender, desaprender, enfim, não é mais o que era antes dos possíveis encontros que se deixa envolver ou até mesmo que é pego de surpresa.

² Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas (Fonte: <http://abordabrasil.blogspot.com.br/p/o-que-e-reducao-de-danos.html>).

investigação desse conceito como ferramenta para produção de novos campos de atuação. Campos esses que, através da linha do cuidado, abrem espaço para a produção de novos dispositivos, que estejam relacionados com educação, saúde, lazer, relações de amizade, etc..., e ampliam uma noção de clínica antes restrita aos padrões de atendimento individual e, agora, ligados ao acontecimento. Neste capítulo, ainda, farei uma compilação de referências de autores sobre a importância da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorrido a partir da implementação do SUS.

Na terceira parte, busquei olhar para a universalidade dos conceitos a partir dos filósofos Aristóteles, Platão e Kant. Dei destaque à influência desses pensadores em relação à noção hegemônica que se tem sobre aos modelos vigêntes de saúde e como ela se exercer. Porém, trabalhando a saúde no contexto do usuário de drogas, pois é onde este estudo tem mais interesse, bem como aos “melhores” tratamentos e modos de intervenção junto a esses indivíduos. Nesse sentido, o capítulo problematiza essa perspectiva através de um pensamento da diferença. Com a ajuda de Nietzsche, Foucault e Guattari, é possível pensar o cuidado com o usuário de drogas para além de uma saúde hegemônica. Aqui emergem potencialidades, *a priori*, de uma saúde em movimento. Em outras palavras, de uma saúde que não quer marcar-se como verdade única ou como metodologia clínica, mas que nem por isso deixa de ter sua força, baseada na criação e na autonomia.

Na quarta parte, apresentei a noção de perspectiva em Nietzsche, a partir de uma vivência clínica com usuários de drogas. Essa vivência demonstrou um horizonte possível na clínica e educação. A potência de vida oriunda do cuidado a partir da noção de perspectiva em Nietzsche abre caminho para olhar a saúde para além da dicotomia saúde/doença.

No último capítulo, busquei apresentar a multiplicidade das práticas desenvolvidas durante a experiência e a análise dos diários de campo. Aqui se destacaram os movimentos realizados pelo psicólogo nas ações de cuidado com os usuários. Nessa oportunidade, dei ênfase à experimentação na clínica e também a estratégias de invenção. A experimentação aliada à abertura de horizontes na clínica como modo de produzir significado na formação, que antes era engessada e aderida a uma noção hegemônica de clínica e saúde.

Com a multiplicação de possibilidades, para além da noção proibicionista das drogas – que basicamente foi uma política pública imposta no início do século XX com características de conceituá-la como prática danosa e, a partir daí, ter subsídios para a atuação ideal do Estado, sendo assim, combater as drogas criminalizando sua circulação e seu consumo – foi possível perceber as potências de vida, a partir de estratégias clínicas que não tinham como foco a droga, mas a multiplicidade de vida dos pacientes. Essa multiplicidade é aquela que põe em evidência o amor, a dor, a droga, a alegria, enfim, todos os afetos possíveis que são parte de uma pessoa, e não apenas um afeto como ponto a ser tratado em uma clínica. Logo, é por isso que esta dissertação se propõe a estabelecer não só a multiplicidade interior de cada indivíduo, mas o constante movimento educacional na produção de práticas inventivas.

2 UM MAPA DO PROBLEMA DE PESQUISA

Sim, eu acredito que exista um povo múltiplo, um povo de mutantes, um povo de potencialidades que aparece e desaparece, encarna-se em fatos sociais, em fatos literários, em fatos musicais.

Félix Guattari

Faz tempo, mas ainda me lembro do modo como se constituiu o meu primeiro entendimento em relação às drogas. Era final dos anos 80 numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. Lugar calmo, com a população, na época, com mais ou menos nove mil habitantes, e eu tinha uns sete anos de idade. Quando acontecia algo extraordinário, o que era raro, quase todas as pessoas ficavam sabendo.

O entendimento que se tinha sobre as drogas vinham das informações que chegavam de forma gratuita através de notícias em telejornais, novelas, filmes, conversas com familiares, etc. A noção mais forte sobre as drogas, ao menos que eu guardo mais viva em minhas lembranças, era de que elas podiam matar.

Meus amigos informaram-me que um homem que, às vezes, passava por mim e por meus amigos vendia drogas para crianças. Era um boato que tinha força para mim, como uma verdade potente. Esse homem tinha estatura média, magro, fisionomia tranquila e nunca nos dirigiu a palavra, porém, morríamos de medo de sua presença. Numa ocasião, percebi que o homem estava na parte externa do CTG que eu frequentava com minha família. Foi então que avistei o carro da polícia que devia estar fazendo alguma ronda de rotina e pedi para que parassem. Acabei, segundo minhas informações limitadas, denunciando aquele homem. Os policiais escutaram aquela denúncia com atenção – nada além de suposições – fizeram algumas perguntas, as quais não as guardo com exatidão e seguiram. Estava fazendo exatamente o que aprendera em situações assim (fugir, ter medo e denunciar). Independente de sua atuação se encaixar, ou não, nas minhas suposições ser verdadeiro ou não, se aquele homem tinha família, se era trabalhador, se passava por dificuldades, se era feliz, ou, se até mesmo era traficante, não interessava. Não sei qual foi a atitude dos policiais naquela noite, se

falaram com o homem, se o prenderam, ou se nem ligaram para minhas acusações... Acusações tão concretas, mas por motivos tão vagos.

O modo como procedi era coerente com o que eu havia aprendido e fazia parte do que imaginava ser o que se esperava de um "bom menino". E essa "pedagogia do bom menino" tinha várias fontes: a televisão, a escola, a família. A separação entre as pessoas trabalhadoras, justas e "de bem" era a base do modo de pensar que orientava aquele ato. Não era uma pedagogia da violência contra as pessoas, mas de se livrar do mal, para se tornar bom. E o mal era atributo dos maus, ou seja, daqueles que ameaçavam os bons.

Percebo, hoje, o quanto aquele exercício do bem levado era carregado por um desejo de recompensa. A delação como boa ação que me colocava no lugar de alguém, acima de tudo, justo. Percebo, também, o grau de imprecisão da minha certeza e, ainda, o quanto aquela atitude abrigava uma margem muito grande de injustiça e equivoco. Aquele preconceito, em relação às pessoas tomadas como "envolvidas com drogas" faz parte do cotidiano que vivemos sendo argumento de campanhas nos meios de comunicação de massa e até argumento para leis válidas em todo território nacional.

Mais tarde, no início dos anos noventa, junto com minha família, fui residir numa cidade com população superior a cem mil habitantes. Nosso apartamento ficava de frente para algumas casas noturnas. Do quinto andar do prédio, entretia-me com a movimentação das pessoas na calçada da frente do estabelecimento. Dali, foi a primeira vez que vi jovens cheirando cola de sapateiro e, também, brigas de rua, os jogos próprios entre pessoas interessadas em prostituição, encontros esfuziantes de alegria de pessoas alcoolizadas, relações de amizade, etc. Era interessante observar aquelas pessoas, alguns com menos idade do que eu, em um mundo que parecia ser perigoso para mim, enquanto eles pareciam seguros e contentes de estar ali.

A diversidade de relações avistadas da janela, lá em cima, não combinava com o "cenário das drogas" apresentado na escola, em que um "drogado" aparecia, simplesmente, como portador e executor de atos maus. Assim, a gama de intensidades das relações que eu podia ver da janela tinha pouca correspondência

com a experiência do modo como a escola que eu frequentava, na mesma época, referia-se a usuários e traficantes de drogas.

Lembro quando a diretora veio dar um recado com relação a uma informação que recebera por e-mail. Naquela época, a internet começava a ganhar espaço no Brasil e desfrutar desse meio de comunicação significava um sonho quase impossível. A informação que a diretora veio repartir era de que pessoas estariam dando chicletes gratuitamente nas saídas das escolas e as figurinhas que acompanhavam essas guloseimas continham drogas. No entanto, parecia que a diretora estava dando mais ênfase à chegada da internet do que propriamente às drogas, uma vez que o fato acontecido era em um estado vizinho e distante dali. Não se problematizou sobre as drogas, entretanto, aquela informação reforçou meu medo, minha vontade de fugir e manter a vigilância.

Todavia, na sacada do quinto andar do meu apartamento, semana após semana aqueles jovens continuavam ali com malandragem, como diz Carlos Guarnieri – um Redutor de Danos e Educador Social que trabalha com crianças e adolescentes na cidade de Porto Alegre - em suas palestras: “os meninos de rua precisam ter malandragem para sobreviver na rua, por isso são malandros”. Por um lado, eu vivia uma experiência nova que me permitia através de uma educação sorrateira sair um pouco do modelo universal de pensamento sobre os fatos, no caso específico, os usuários de drogas. Uma educação distinta daquela aprendida na escola, isto é, da informação sem discussão proferida disciplinar pela diretora que fechava um assunto ao invés de ampliar. Deleuze e Guattari (1997) difundem que a filosofia é movimento e criação de conceito e que o mais importante não sejam respostas, mas perguntas. Penso, então, que as indagações permitem esse movimento clínico educacional.

Desta forma, eu produzia o conceito de droga para além do bem e do mal, curioso com a vida daqueles jovens que cheiravam cola. O conceito de drogas que começava a se formar em minhas sessões de observação daqueles jovens permanecia, entretanto, sem expressão possível, uma vez que não era objeto de troca com ninguém. Quando o assunto eram as drogas, os *slogans* de televisão e de escola, e seus arrebatamentos de morte, crime e delação eram como possibilidade de expressão.

Esse pensamento, do qual eu era portador e representante, focaliza “alguns aspectos da obra platônica que colaboraram decisivamente para a solidificação de um modo de viver e de pensar calcado na moral, na lei, na razão e no Estado” (FUGANTI, 1990, p. 19). Esse modo de existência ligado a conceitos duros – como as trazidas por Kant (1980) no campo teórico – também é, e cada vez mais, efetivado em nossa “modernidade”.

Até aqui, minha formação daquilo que entendia sobre drogas moldava-se de duas maneiras: de um lado as informações, os conselhos que davam conta dos perigos das drogas; e de outro lado, o fascínio daquelas vidas geralmente alegres e marcadas por ousadias, perigos e laços de amizade. A primeira restringe o pensamento, projetando uma imagem sedentária do homem de razão e determinando os mecanismos de assujeitamento das paixões, pela desqualificação do desejo, delimitava a verdade numa perspectiva universal (dada através das instituições), com normas que regiam o que chamavam de aprender, nelas incluía escola e família. A segunda não partia de teorias, estava em frente aos meus olhos sem ninguém dizer que era dia de aprender alguma coisa, sem ninguém dizendo isso pode ver, aquilo não pode, não tinha boletim no qual constaria uma nota, nem hierarquias de diretores e professores.

O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade, que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. O que ele quer é se colocar, sempre que possível, na adjacência das mutações das cartografias, posição que lhe permite acolher o caráter finito e ilimitado do processo de produção da realidade que é o desejo. Para que isso seja possível, ele se utiliza de um “composto híbrido”, feito do seu olho, é claro, mas também, e simultaneamente, de seu corpo vibrátil, pois o que quer é aprender o movimento que surge da tensão fecunda entre fluxo e representação: fluxo de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, por sua vez, representações estacando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (ROLNIK, 2006, p.66 e 67).

O viés moral de tudo que relacionasse as drogas ilícitas era deixado de lado naquele momento. Ou seja, diante do olhar curioso, que apresentava aqueles jovens cheirando cola, existia um movimento sendo realizado que era o do aprender. Por alguns instantes, eu era capaz de pensar a vida daqueles adolescentes para além das drogas, ou com as drogas, mas de forma a dar um tempo no instituído (moral, lei e razão) que me impedia de pensar, estava para além do medo, ou junto com o

medo, porém, enfrentando com os olhos atentos aquela situação. Isto é, podia sentir medo, pois ficava imaginando o perigo que poderia haver se me aventurasse a ir, lá embaixo, com eles (de certa forma me imaginava lá com aqueles jovens). Um medo, no entanto, pleno de outros sentidos e outras intensidades, enfim, outra perspectiva diante de uma situação antes tomada como limitada misturado à sensação que impedia os fluxos.

Uma educação silenciosa construía-se por meio das minhas observações. O pensamento que me animou, quando criança, a protagonizar o episódio de delação deu lugar a inquietações, questionamentos e era movimentado por incertezas, em que aqueles jovens eram a base desse pensamento em silêncio. Era um mundo que parecia desaparecer quando o dia nascia, mas que recomeçava durante a noite.

Aquela mistura conectava ao meu pensamento. Perguntava-me se aqueles jovens tinham família, onde dormiam e até a sensação do cheiro da cola me despertava curiosidade. Silvio Gallo (2016) coloca em questão uma educação que se exerce no acontecimento, em que:

Tal ciência seria individual, própria a cada um que a constrói, sem qualquer apelo a uma universalidade, sem qualquer apelo a ser um moledo de pensamento e de conhecimento, válido para todos e para qualquer um. (GALLO, 2016, p. 23).

Para além de um ponto de vista científico que o autor apresenta sobre o conhecimento e sua diversidade de atuação, acredito que, por ser diversa sua maneira de expressão, também são diversas as áreas nas quais ela se apresenta (religião, contexto social, saúde, etc.). Sendo assim, a educação está para além do cientificismo, mas com ele também. Então, no momento que acontecia minha educação silenciosa, uma particularidade educacional era vivida.

Então, a educação precisa ser múltipla, ser pensada para além dos muros institucionais. Entendo por múltipla uma educação que “aceita” processos educacionais incididos de qualquer natureza humana e de qualquer fonte, assim como a educação silenciosa. No entanto, para uma perspectiva educacional vigente, nada foge de modelos estatais ou privados de ensino e, para isso,

vivemos sempre uma defasagem em relação à atualidade de nossas experiências. Somos íntimos desse incessante sucateamento de modos de existência promovido pelo mercado que faz e desfaz mundos: treinamos,

dia após dia, nosso jogo de cintura para manter um mínimo de equilíbrio nisso tudo e adquirir agilidade na montagem de territórios (GUATTARI; ROLNIK, 2013).

Assim como na escola, mais tarde, a questão das drogas surgiu suscintamente através de um professor. Porém, durante os cinco anos de minha graduação - formação em Psicologia (2004 – 2009), essa contextualização se deu timidamente, tanto que é impossível trazê-la na íntegra. Esse entorno não estava desassociado da doença e do diagnóstico que falava por si quanto à relação com o drogado. Parece que, se dependesse do programa das disciplinas e dos assuntos tratados em aula, sairia do período de formação com o mesmo pensamento em relação às drogas de quando entrei na universidade.

Ainda assim, uma pequena transformação, embora acanhada, no contexto do que se pensava sobre drogas, teve relativa importância nesse período. Foi a partir de alguns encontros com alguns colegas da psicologia, em conversas paralelas em sala de aula, corredores da universidade, bares da cidade, caminhadas em grupo até os locais de estágio e casas de alguns colegas que passamos a conversar sobre drogas. Conforme Rolnik (2006, p. 36), “Descobrimos que é no artifício, e só nele, que as intensidades ganham e perdem sentido, produzindo-se mundos e desmanchando-se outros, tudo ao mesmo tempo.”. Nessas ocasiões, discutíamos sobre os efeitos da droga em cada pessoa: tranquilidade, percepções aguçadas do olfato e do paladar pelo uso de maconha e, também, um possível empobrecimento do intelecto de quem fizesse seu uso. Perguntávamo-nos porque alguns artistas como Kurt Cobain, Cássia Eller³, Jim Morrison, Janis Joplin, entre outros que tinham produzido obras tão incríveis, sendo usuários de drogas.

Do tempo de formação acadêmica, posso dizer que meu pensamento frente às drogas ainda era muito limitado. No entanto, não estava mais restrito à linha que ligava diretamente drogas ao medo e ao crime. A admiração pela obra de artistas que sabidamente eram usuários de drogas e o contato com colegas queridos que

³ As notícias da época reportaram a morte de Cassia Eller devido à overdose. Porém, após uma longa luta envolvendo justiça e laudos periciais a família conseguiu provar, a despeito de tudo o que a imprensa noticiou e nos fez acreditar, que a causa da morte da artista foi infarto do miocárdio (Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ssia_Eller, consultado em 06/11/16).

também usavam alguma substância ilegal operou uma transformação na minha percepção sobre as substâncias ilegais.

Por mais que eu fizesse questões em minhas observações concretas que a vida me proporcionava, quando via alguém cheirando cola, por exemplo, eu me direcionava para outros aspectos daqueles sujeitos, que não as drogas (suas vidas em geral). A mídia tinha forte influência, nos filmes, por exemplo, quando o usuário de drogas virava “mocinhos” era pelo fato de ter saído do crime e, portanto, abandonado as drogas. Estar grudado em uma noção de bem e de mal das situações não dependia só de mim. A escolarização que se repetia no curso de psicologia, com os enquadramentos através dos diagnósticos apresentados como ferramentas universais de tratamento e não como uma ferramenta a mais, reforçava tudo o que aprendera sobre drogas, mas com tinha mais força (tornando-se científico).

Depois de formado (2011), participei de um curso em Redução de Danos (RD). O curso trabalhava com uma demanda norteadora que tinha a seguinte questão: ao ingressarmos em um curso universitário, teríamos, sem dúvida, uma compreensão sobre drogas; mas com que compreensão saíamos da universidade e iniciávamos a vida profissional? A constatação de que, raramente, os cursos universitários dão oportunidade de pensar e de produzir conhecimento sobre esse assunto foi o que animou os membros do Projeto Ítaca realizar o curso. Com o financiamento do Ministério da Saúde, o curso buscou redutores de danos do Rio Grande do Sul, em que, mais ou menos, oito horas diárias, durante seis dias, juntávamo-nos para realizar o curso.

Foi uma surpresa saber, no primeiro dia de curso, que não haveria especialistas – mestres e doutores – para nos ensinar sobre Redução de Danos, aliás, ensinar não era o sinônimo exato para a experiência que estava por vir, mas um aprender, um devir constante. O respeito pelos Redutores de Danos começou a ser maior à medida que relatavam suas experiências, em mim se desconstruía a imagem de que somente para um letrado pela perspectiva científica podia ter significância. Além disso, sentia-me perdido ao tentar encaixar as explicações daqueles Redutores de Danos em qualquer teoria que eu havia aprendido. Eles não

estavam preocupados em conferir um *status* científico para suas práticas, mas, mesmo assim, reconheci neles a autoridade no que faziam.

Discutíamos sobre educação, drogas, Redução de Danos, meninos(as) de rua, CAPS AD⁴, formação universitária, enfim, temas que tinham um paralelo com usuários de drogas e Redutores de Danos, a partir de um dispositivo educacional sem hierarquias. Vários pontos de vistas para novas ideias sem se prender em verdades ou querê-las como condições vigentes de atuação. “Vê-se que a linguagem [...] não é um veículo de mensagens-e-salvação. Ela é em si mesma criação de mundos” (ROLNIK, 2006, 66). Naquela roda de conversa, os relatos por meio de experiências vividas por quem as contavam, viravam novas experiências para aqueles que as escutavam. A maioria daquelas pessoas não tinha formação acadêmica e surpreendia-me, através de seus relatos, a inteligência e a criatividade no trabalho com usuários drogas.

Foram, então, escolhidas duplas para pensar um tema sobre Redução de Danos e discutir essa proposta com o colega escolhido. Depois apresentaríamos aos membros do grupo uma aula. Posteriormente essa aula construída nos encontros com os diversos Redutores de Danos seria oferecida para alunos de graduação (Psicologia, Medicina, Enfermagem, Assistência Social, Comunicação, etc.) das universidades e, também, trabalhadores das redes da Saúde, Educação e Assistência Social da região central do Estado.

Mergulhamos, então, de corpo e alma na geografia dos afetos (ROLNIK, 2006). Os poucos “especialistas” – doutores, mestres e graduados – que estavam ali, muito mais aprendiam do que ensinavam, embora o que mais se fazia era ensinar e aprender juntos. Observando e discutindo os processos de experiências de cada um, entrávamos em um debate que, tradicionalmente, organizava-se prioritariamente a partir da oposição entre métodos que, ali priorizavam sugestões e aprendizado, pois o que se escutava de cada integrante eram estratégias novas e “fortes”.

⁴ O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Fonte: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>)

Algumas dessas histórias, relatos de trabalho compartilhados no curso, levavam a conhecer sobre Redução de Danos para além do uso de drogas, ou seja, como foi o caso do trabalho com crianças em situação de risco⁵. Vimos, também, os diferentes espaços e pessoas nos quais o Redutor de Danos insere-se: além daqueles que trabalham com crianças, como já mencionei, há também, as comunidades rurais com a questão do alcoolismo (o álcool faz parte da cultura de quem vive no campo, o que potencializa a agressão de homens contra mulheres). Nas favelas, o Redutor de Danos precisa fazer vínculo com traficantes, drogados professores, equipe do posto de saúde, policiais e população em geral, etc.

Os Redutores de Danos em questão tinham múltiplas bases de conhecimento para realizar seu trabalho junto aos usuários de drogas. A maioria não era especialistas formados em instituições, alguns nem tinham Ensino Médio. Era desconcertante e, ao mesmo tempo, encantador presenciar tamanho conhecimento e propriedade em lidar com usuários de drogas que descobríamos através de seus relatos, um saber que livro algum me trouxera. O grupo também era

composto pelo professor da UFSM Guilherme Corrêa, que pesquisa sobre drogas e RD e foi coordenador deste projeto, Douglas Casarotto de Oliveira, psicólogo do CAPS-ad CIA DO RECOMEÇO que na época fazia mestrado em educação na UFSM e abordava o tema drogas em sua dissertação, Flávia Costa da Silva, Cientista Social, Sanitarista, também mestranda na época do mesmo programa da UFSM e responsável pela implementação do PRD na cidade de Santa Maria e Cláudia Emanuelli Magalhães, psicóloga do município [...] (PORAZZI, 2014, p. 42).

Além desses, sua composição contava com outros psicólogos, assistente social e professores. Neste sentido, vale a pena destacar a noção de quem pode ser um Redutor de Danos. Nas palavras de Porazzi (2014):

Também usei o termo redutor de danos quando me referi às pessoas do grupo da primeira série do projeto, mesmo que nem todos que estavam lá fossem profissionais redutores de danos, mas foi uma terminologia utilizada durante o projeto quando falávamos nos participantes e que usei durante a escrita. (PORAZZI, 2014, p. 44).

⁵ Um dos trabalhos feitos pelo educador social Carlos Guarnieri, que vendo jovens se banhando no rio Guaíba em Porto Alegre, RS, conseguiu parceria com um clube da cidade para a prática de vela. Assim, reduzia a possibilidade de afogamentos e da contaminação com o rio.

Estava numa espécie de cartografia, segundo Guattari (2013), de modo de construção singular, uma conjuntura de ideias daquilo que conflitava com minha história de conceitos e experiências limitadas, mas modificadas a partir de então. Enquanto contavam suas histórias de vida e trabalho profissional meus olhos e ouvidos captavam toda informação e ali eu podia indagar, discordar ou concordar. “É palpável para você em seu próprio corpo vibrátil [...] que estão se operando silenciosos movimentos de simulação em novas matérias de expressão” (ROLNIK, 2006, p. 34).

Rolnik (2006) descreve que uma aspiração incide também em um movimento contínuo de desencantamento, no qual surgem novos afetos e efeitos de novos encontros. Conceitos antigos, sejam eles adquiridos pela cultura familiar ou pelo estudo científico, no meu caso, a psicologia norteava minha forma de pensar, ganhavam uma enxurrada de questionamentos, algumas até dolorosas. Isto é, a dor não vinha por que eu discordava de uma inverdade, mas, sobretudo, por que era afetado com uma nova verdade que se chocava com o que já não era mais meu.

Na verdade, eu vivia um composto de surpresa e estranhamento. Isso já mostrava que eu não representava ser, naquela época, um Redutor de Danos. Fora transformado pela universidade em um psicólogo que busca o diagnóstico daquilo que sai dos padrões normais de conduta, com a finalidade de tratar. Mas ali, eu vivenciava pessoas buscando as potências ainda escondidas ou que, muitas vezes, só o Redutor de Danos via no usuário de drogas – artesãos, dançarinos, pai de família, enfim, vocações trazidas de suas culturas ou, até mesmo, situações que, por falta de oportunidade, não ganhavam vida, ou, ainda, vocações que estavam fortemente presentes, mas, no olhar do letrado, só aparecia o estigma de drogado – sem querer tirá-los das drogas. Perguntava-me a todo instante: sem querer “tirá-lo” das drogas? Foi um dos maiores choques de realidade que vivenciei desde os meus primeiros anos que, de alguma forma, pensava as drogas.

Essa realidade tirava o conforto que, há muito tempo, conduzia-me. Da comodidade do encontro familiar, midiático e acadêmico que tive sobre as drogas para os encontros proporcionados pelo Ítaca, um estranhamento acompanhado de medo fizeram-se presentes. Se enquanto criança o medo era da droga, o saber o que fazer com o drogado (delatar) me confortava e aplacava o temor, no Ítaca o

medo era dessa “liberdade” de não ter mais medo do usuário de drogas. Como aceitar a ideia de que a base do cuidado da RD era respeitar o uso de drogas do outro? Isso ia de encontro a tudo que eu aprendera até ali e a tudo o que eu não vira na universidade. No entanto, os relatos contados, através de roda de conversa por aqueles Redutores de Danos, contagiavam minha atenção e imaginação. Através de histórias reais, fruto de seus trabalhos como Redutores de Danos, um aprender tomava espaço onde antes era medo. Por um lado ainda me surpreendia, mas a consistência e a propriedade daqueles relatos potentes que estavam ligados a um cuidado com o usuário de drogas era minha liberdade de pensamento. Ao mesmo tempo em que eu me desterritorializava – da ideia moral e repressiva –, também, reterritorializava – de pensamento livre. Não trabalhava mais com o universal de uma ideia sobre drogas, mas aberto a outros pontos de vista. Ou seja, aquele tipo de educação na formação do Ítaca trazia diferentes conhecimentos.

Segundo Preve:

Mapas intensivos são instantes de sensação quando ela toma consistência e se efetua e, novamente, se abre a novos encontros. Enquanto a cartografia apresenta os movimentos de transformação das paisagens (o que se passa, o que acontece) os mapas intensivos apresentam as reterritorializações. Consistências. O mapa intensivo como consistência é aberto às conexões. Não é um todo estático ou definitivo de algo ou alguém, é a mobilidade dos afetos (PREVE, 2010, p. 85).

Neste sentido, duas questões me surpreendiam e moviam: por um lado, perceber a inteligência das pessoas que não tinham curso de graduação e suas potências para o cuidado com os usuários de drogas; por outro, ter que aceitar argumentos como o respeito do trabalhador (Redutor de Danos) por aquele que deseja usar drogas e a opção de escolher conjuntamente com o usuário um jeito peculiar de cuidado. A ideia central, então, era o usuário deixar de ser passivo e, mesmo em momentos delicados da vida, ter sua opinião.

Eu estranhava, e não era por discordar daquelas questões que os Redutores de Danos traziam na formação do curso - sendo que os vendo falar, eu formulava meu próprio tema para o curso, afinal, eu “caíra de paraquedas” – mas pela coerência prática deles que desqualificava anos de uma noção de drogas que me fora estabelecido como verdade suprema e que não me era mais confortável. Dentro do contexto de um saber que eu tinha em relação às drogas, tornava-me tímido

diante da potência terapêutica dos Redutores de Danos. No entanto, não podia desconsiderar a particularidade do conhecimento que eu havia adquirido nas experiências institucionais do CAPS AD, no qual frequentei no meu estágio de graduação em Psicologia e que fazia parte como trabalho voluntário naquele ano de 2010.

Terminada a etapa de preparação do curso no qual iríamos ministrar as aulas, era momento de apresentar o tema construído “A noção de campo na Redução de Danos” e atravessar em nossa apresentação muito do que aprendemos com nossos colegas experientes. No meu caso, sabia que não era redutor de danos, mas dispunha, naquele momento, de um conhecimento muito importante que, com toda certeza, tornava-me diferente do que era quando comecei o curso.

A noção de droga é uma noção ampla, pois engloba uma diversidade cultural que transcende o tempo. O mundo espiritual indígena, por exemplo, tem uma espécie de médico-pagé que entra em estado de êxtase no qual “a alma sai do corpo e percorre diversos lugares”; os Yanomami, também, nos rituais de cura, o xamã cheira um pó alucinógeno, o qual abre a floresta para os “Xapori”, os assistentes que auxiliam nos rituais. Para entender a medicina indígena, é indispensável entender os mitos e rituais que cercam um povo.

Do uso medicinal ao uso por prazer e até mesmo ao uso por necessidade (vício), a droga tomou proporções espantosas. No contemporâneo, virou estigma de sofrimento alavancando uma enorme indústria medicamentosa promovida pela psiquiatria na ideia de uma saúde retomada através de tratamentos como internação em hospitais e o uso de medicamentos. Essa noção de saúde é acompanhada pelos meios jurídicos que esteriotiparam de bandido os usuários de drogas e, com isso, passaram a obrigar internações – internação compulsória – aliando justiça e saúde como concorrentes indissociáveis de tratamento. Segundo Corrêa (2010),

Se não for por essa via, explicitamente punitiva, qualquer um que esteja envolvido com um uso classificado como abusivo de substâncias ilegais deve ser tratado; ou seja, quando entra pela via do tratamento, o usuário de drogas é doente. [...] E, nessa barafunda criada pela aceitação passiva do discurso e das práticas proibicionistas, é comum pessoas que usam drogas ilegais – mas que, devido à posição que ocupam na sociedade, não se acham e nem são considerados drogados – identificarem-se com a proibição e suas consequências, justificando a necessidade de aprisionamento e tratamento obrigatório aos bandidos. (CORRÊA, 2010, p. 174).

Logo, para mim, foi preciso uma vida em movimento, experiências numa educação das vivências contrapondo – desde a criança, adolescente e adulto – com o aparato da escolarização (escola) e da ciência mais ampla (universidade) para ter uma chance de problematizar as drogas para além do conceito moral e proibicionista.

A apresentação dos conceitos sobre as drogas, ora pelo viés do medo, ora através do conhecer com vontade, passou por percursos importantes na minha constituição de pensamento. Da educação pelo medo, própria da educação escolar (que não colocava em discussão os temas, mas que eram impostos), até aquela autoeducação taciturna do meu apartamento (onde meu deleite em ver seios nus de uma jovem que mostrava aos homens para, muito mais, arrancar sorrisos do que oferecer seu corpo e também cheirava cola), eu me transformava enquanto ser pensante.

Apesar disso, em minha cabeça, prevaleceu um saber que considerava o usuário de drogas com uma particularidade universal, considerando todo e qualquer ato de uso na perspectiva imoral, também o drogado como sinônimo de marginal, sem negociação de pensar a droga como mais uma das tantas características que existe em determinada pessoa. Naquela época, para mim, a saúde ainda não tinha ganhado uma amplitude e a ciência não se apropriara da noção de drogas relacionando doença com uso de drogas e, assim, oferecendo tratamento como sinal de saúde.

Anos mais tarde, fui contratado para trabalhar como psicólogo em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Naquela ocasião, iria desenvolver minha prática profissional em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Seria a primeira vez que assumiria, como psicólogo, a responsabilidade por um grupo de usuários de drogas. Seria, também, a oportunidade de utilizar as ferramentas conceituais e práticas que havia recebido/produzido nesse meu itinerário até o exercício profissional como psicólogo.

Minhas impressões, ao chegar para o trabalho ocupando a vaga de psicólogo em um CAPS AD, mostraram que existia um grande investimento das pessoas pelo tratamento com base em internação e medicação para o usuário de drogas. Três

instâncias propriamente ditas buscavam tal recurso: profissionais de saúde, familiares dos usuários de drogas e o próprio usuário de drogas. Sem contar que a população em geral conhecia a internação a medicalização como principais formas de tratamento.

O tratamento para os usuários de drogas tinha por base internações, consultas psiquiátricas, grupos terapêuticos (para usuários e familiares) e algumas Visitas Domiciliares (VD's) realizadas por membros da equipe. Cada uma dessas abordagens do tratamento tinha sua importância, mas se baseavam no cuidado das ações de saúde cujo fim era a abstinência pela via da internação.

Foi, então, que tive a oportunidade de aproveitar os encontros com a equipe e os usuários de drogas acessados pelo CAPS para desenvolver outras estratégias de trabalho. Ao invés de Tratamento, chamei tais estratégias realizadas por mim de Cuidado. Dessa forma parte-se de uma atenção maior em relação ao usuário de droga (juntamente com ele), trabalhando com sua responsabilidade numa perspectiva para além da abstinência, ou seja, agora, estando baseado na Redução de Danos. Isso só foi possível por que tive uma questão viva, em que todo o tinha interesse. Fundamental foi, portanto, abrir espaços para a criação de dispositivos que permitam ao pensamento liberar-se da recorrência constante, por parte da comunidade e daquele CAPS, das práticas orientadas pelo proibicionismo.

2.1 GRUPO ÍTACA

Se partires um dia rumo à Ítaca, faz votos de que o caminho seja longo repleto de aventuras, repleto de saber.

Kavafis

Tudo começou quando fiquei sabendo pelo meu amigo, hoje orientador de mestrado Guilherme Carlos Corrêa, que haveria um curso de longa duração em redução de danos, o qual se chamava *Redução de Danos: ferramenta para atuação no campo das drogas*. Na época, redução de danos, para mim, era basicamente e unicamente a qualidade de não ter preconceito com quem usasse drogas.

Foi, então, que perguntei ao Guilherme como fazia para participar do curso, em que tive como resposta imediata que precisaria falar diretamente e com a equipe de organização do evento, da qual ele também fazia parte. Isso por que as pessoas que iriam frequentar o curso eram todas convidadas, mas o fato mais preocupante foi outro: era importante ter vínculo ou ter tido vínculo com a rede de saúde. Eu que, há pouco tinha saído da graduação de Psicologia, na outra semana já tinha começado um trabalho voluntário em um Caps AD, na ocasião o Caps Caminhos do Sol, para que não houvesse limitações para minha inserção no curso. Embora soubesse que um evento organizado pelo Guilherme não seria apenas um simples curso, a minha maior pretensão era engrandecer o currículo *Lattes* com um curso de longa duração. No entanto, foi um grande equívoco, pois foi o início de muitas mudanças e aprendizados na minha vida.

Iniciado o curso, no primeiro encontro, reunimo-nos em uma sala, em um hotel do centro de Santa Maris, RS. Em círculo, logo ficou clara a proposta do curso que iria me proporcionar, no mínimo, dois certificados (um do curso que estava realizando e o outro da aula/palestra que, mais tarde, eu iria dar). Para minha felicidade, eu iria melhorar meu currículo mais rápido que imaginava.

Entre uma fala e outra das pessoas que iam se apresentando, eu começava a ter múltiplas sensações, boas e ruins, sobre estar ali. Primeiro que eu teria que me apresentar, o que, naquela época, falar em público me provocava uma desordem emocional, “coração na boca”, tremura, vontade de sair; segundo que, para mim, apenas psicólogos teriam questões que pudessem chamar a minha atenção, e ali o que menos tinha eram psicólogos, aliás, mais da metade daquelas pessoas nem o Ensino Fundamental tinha completo.

Concomitantemente aos meus questionamentos (silenciosamente) sobre o que eu estava fazendo ali, devido meu preconceito com pessoas sem formação “psi”, fui me questionando como aqueles redutores de danos, muitos sem formação acadêmica, tinham tanta qualidade, força, coragem e, acima de tudo, inteligência no trabalho com usuários de drogas.

Neste caso, percebi que, para eles, o trabalho com usuários de drogas não tinha como foco a abstinência do uso, mas importava dar qualidade de vida. Porém, essa doação trazia um processo dual de cuidado, ou seja, tanto o RD ajudava o usuário de drogas a reduzir danos quanto o usuário de drogas ajudava o RD a

pensar sobre a vida como um todo. Isso foi transformando meus critérios a respeito da significância dos diversos convidados.

Foi, então, que aquela roda de conversa me fez esquecer que logo chegaria a minha vez de falar, mas falar o quê? Todos tinham uma experiência ampla com a RD, e a minha pequena experiência no estágio de voluntário em um CAPS não considerava a redução de danos como perspectiva de trabalho, mas sim, a clínica psicológica. Entre o medo de falar, o de me apresentar e aquelas histórias lindas que eram relatadas (histórias de vida e do trabalho em redução de danos), eu me entregava e “viajava” naqueles relatos. O Projeto Ítaca ou Grupo Ítaca consistia em juntar redutores de danos do interior do Rio Grande do Sul para, em alguns encontros, conversar sobre a redução de danos. Além disso, sua proposição principal era a de organizar duplas que, por meio de temas escolhidos por elas mesmas, fariam uma apresentação para os colegas do curso. As duplas eram animadas pela pergunta que, por em si mesma, encerrava um programa de ação: o que da sua prática, em Redução de Danos, você acha que as pessoas deveriam conhecer?

Na Figura 01, ilustro os nossos encontros com uma fotografia que bati para comprovação e ilustração do narrado.

Figura 01 – Retrato de uma das reuniões do Grupo Ítaca



Fonte: Acervo pessoal/2010.

A primeira etapa, com duração de um semestre, transcorreu com vários encontros, ensaios/aulas apresentadas para os colegas, experiência com o tempo

de apresentação (nos ensaios de apresentação sobre o tema que escolhíamos cronometrávamos o tempo), almoços temperados de histórias, o Ítaca não se realizava apenas nos encontros na sala, mas se estendia aos corredores do hotel, ao banheiro, à calçada em frente o hotel, em casa quando se ficava rememorando as situações e os encontros vividos etc. No semestre seguinte, iniciou a segunda etapa, quando colocaríamos a prova toda vivência do curso.

Embora o Ítaca tenha tido uma segunda fase, como mencionado acima, minha maior lembrança, aquela que volto com nostalgia quando quero partir “rumo à Ítaca”, relembro os amigos que fiz e, também, quando tenho medo de novas partidas, volto-me nesse tempo dos encontros alegres e cheios de aprendizados. Logo meu medo encarna-se de coragem, tenho “nortes”, horizontes incertos, mas esperançosos, mais audazes para novos desafios.

Lembro-me, ainda, da primeira vez que falei na roda de conversa, quando cada um, em sequência, ia apresentando seus estudos. Chegou a minha vez: meu diploma de psicólogo não me tornava maior, ele não tinha relevo num clima de trocas amistosas e interessadas. Ali todos queriam aprender, atentos para minha humilde experiência com a redução de danos – que, de verdade (só eu sabia), começava ali, há algumas horas, desde os primeiros relatos dos primeiros redutores naquela roda de conversa adorável. Prontamente relatei como tinha parado ali, ainda tremia, gaguejava e, ainda, não articulava bem as frases de modo a ficar claro quem era eu. No entanto, todos prestavam a atenção, queriam aprender o meu pouco.

Hoje, percebo que a educação pode estar em qualquer lugar, às vezes vemos ela acontecendo, às vezes vamos saber só depois, outras nunca vamos perceber, mas ela aconteceu. Saber só depois que aprendi, quando imaginei estar cumprindo uma obrigação ou entabulando uma conversa despreziosa, acrescenta à experiência boas sinestésias, como o sabor da infância muitos anos depois na vida adulta.

Descobri, no Ítaca, que até ali, tanto os modelos educacionais que tive (escola e universidade) até o meu conceito sobre as drogas, tudo havia inibido minha presença nas situações vividas à medida que imprimia nelas os protocolos e os *ademics* do profissional da psicologia.

No restaurante, ao meio dia, seguiam as conversas que se iniciavam sempre pelas manhãs na sala de atividades, misturava-se uma relação de afeto, na qual

sabíamos mais da intimidade de cada redutor de danos (família, religião, time de futebol etc.). A droga tinha um contexto de aprendizado, o que era certo ou errado, feio ou bonito, saudável ou doentio, estava um pouco distante de nós. Na verdade, todas essas questões eram tratadas, mas com caráter de fazer pensar. Ou seja, produzir pensamento, não se deixar satisfazer com a resposta de uma ideia que enquadra, fecha e se torna palavra de ordem; sendo assim, um ato de pensar propõe a criação muito mais do que enquadramentos. Fugíamos dos universalismos, mas partíamos deles para produzir pensamento na medida em que o exercício era o de nunca desprezar o acontecimento.

Se por um lado conversávamos sobre o cuidado com o usuário de drogas, o que refletia diretamente pensar sobre saúde; por outro, simplesmente conversávamos, os quais eram momentos repletos de possibilidades de aprender.

Assim, deu-se um dos momentos mais importantes da minha vida, pois influenciou meu lado pessoal e profissional. Não via mais tudo com a certeza depois que elas eram ditas (na mídia, religião, livros, etc.), cada dizer era convocado a pensar, mas acima de tudo a senti. Uma vez ditas não ocupavam mais o lugar do que eu deveria pensar, tornavam-se argumentos para o pensar.

Lembro-me de Elizandro Farias ao se apresentar como “um redutor de danos desinstitucionalizado”. Seu jeito sereno de expor as situações que viveu como redutor de danos, a simplicidade de chegar para conversar com pessoas não importando se eram usuários de drogas, professores de escolas ou autoridades constituídas. Para minha surpresa, ele afirmou que era mais difícil lidar (no que tangia a redução de danos) com a polícia do que com o próprio usuário de drogas. Isso revirou, para mim, a noção de uma polícia como guardião e protetora da sociedade contra os que usavam drogas ilegais.

Os argumentos de Elizandro e o modo como ele contava, com riqueza de detalhes, um número de situações em que a polícia agredia e fazia calar sem se importar com qualquer elemento real das situações e totalmente possuída pela noção de bem e mal. Ela inscrita no lado do bem, do qual era a representação, e o agente e os jovens de periferia, por mais inteligentes, sensíveis e amorosos que fossem, tomados como representantes e agentes do mal.

Quando Carlos Guarnieri, um educador social da cidade de Porto Alegre, RS, e participante do Ítaca trouxe seu trabalho com um grupo de jovens, mais uma vez fiquei surpreso. Ele destacou que esses jovens banhavam-se às margens do rio

Guaíba. Segundo ele, a água poluída e o risco de afogamento daqueles jovens fizeram com que Guarnieri buscasse parceria com um clube de velas da cidade. Os jovens, então, aprenderiam a velejar, continuariam sua relação com o prazer das águas, mas com menos risco de afogamento e contaminação. Fiquei imaginando aqueles jovens, meu pensamento brincava, jovens da periferia velejando. Aos poucos me dava conta que o Ítaca tinha uma particularidade, quase uma descoberta. Deparava-me, também, com a ideia de que a RD visava a um trabalho para além das situações de uso de drogas.

Lembro-me, ainda, de Oswaldo Martins e da estratégia que ele usava para se aproximar dos usuários de drogas, a qual não conhecia. Sua diferença era distribuir preservativos para além do controle social de doenças sexualmente transmissíveis. O preservativo tinha outra função: servia como ferramenta de aproximação que ajudava a criar vínculo. Outra maneira que Martins usava era de chegar em quem não conhecia com panfletos informativos.

Nas amizades que fiz durante o tempo do curso, a relação de amizade e de aprendizado andavam juntas. Hoje, posso ver uma particularidade educacional no Projeto Ítaca, a qual acompanhava os integrantes nos inúmeros espaços físicos (restaurante, sala de reunião, calçada em frente ao hotel etc.). Todos eram professores e alunos também. Em outras palavras, os integrantes ensinavam e aprendiam concomitantemente.

E o meu currículo *Lattes*? Aquele curso me ajudou muito nas pontuações para algumas provas de títulos que fiz; no entanto, as experiências que dividi e aprendi no Projeto Ítaca valeram e valem muito mais pontos na minha vida, os quais são inesquecíveis. Por isso, deixo esta epígrafe com o intuito de representar todo o meu sentimento de transformação e satisfação.

*Tens todo o tempo de Ítaca na mente.
Estás predestinado a alí chegar.
Mas não apresses a viagem nunca.
Melhor muitos anos levares de jornada
e fundeares na ilha, velho, enfim,
rico de quanto ganhaste no caminho,
sem esperar riquezas que Ítaca te desse.
Uma bela viagem deu-te Ítaca.
Sem ela não te ponhas a caminho.
Mais do que isso não lhe cumpre dar-te.*

*Ítaca não te iludiu, se a achas pobre.
Tu te tornaste sábio, um homem de experiência,
e agora sabes o que significam Ítacas.
Kavafis*

3 DA SAÚDE UNIVERSAL A UMA NOÇÃO DE SAÚDE EM MOVIMENTO

Toda unanimidade é burra.

Nelson Rodrigues

O conceito de saúde, que se tornou majoritário na atualidade, foi se constituindo ao longo dos tempos, bastante atravessado pela cultura. Tudo com base em um princípio de verdade que se universaliza a partir de uma noção de saúde como oposta à doença. Segundo esse princípio, torna-se indispensável sair de um sintoma o mais rápido possível, para que se estabeleça novamente a condição de saúde.

No mundo contemporâneo, existem, pelo menos, dois modos de propagação da noção da saúde vigente: a mídia e a produção científica. Tais modos, ou âmbitos, aparecem em favor da produção de modos de ser. Para isso, são ofertados tratamentos alinhados a estilos de vida e a concepções de normalidade para tratar corpo e mente.

Uma noção única de saúde ganha, então, vigência. É a partir de diagnósticos que ela se justifica para disseminar modelos de tratamentos. Neste contexto, a indústria farmacêutica ganhou força: desde o tratamento para usuário de drogas, passando por crianças e adolescentes em escolas e clínicas particulares e por idosos em asilos. Nessas instituições, a indústria farmacológica impera pela via de prescrições, de prontuários, de receitas e de adequação do pensamento. Uma vez prescrito um psicofármaco, o paciente toma a medicação como agente fundamental do seu tratamento, o qual, mais e mais, estende-se por toda vida.

Assim, temos um aumento da medicalização e formas coercitivas de tratamento como, por exemplo, a internação compulsória, em que uma das consequências disso é a redução dos processos de autonomia, impedindo o paciente da saúde mental a ter mais independência e compreensão de seus processos de saúde. “Certo ou errado, a psiquiatria e a psicologia já entraram na vida cotidiana dos homens. Quebram os limites da especialização e influenciaram nas relações sociais, na cultura, nos costumes” (BERLINGUER, 1973, p. 01).

O pensamento e o desejo tiveram, no ocidente, uma elaboração precedente daquilo que entendemos como saúde/doença. Encontramos nos gregos, como Platão e Aristóteles, formulações que inauguraram aspectos daquilo que pensamos e desejamos.

Nesse sentido, para Platão, pensar jamais significa produzir ou inventar uma realidade nova, pois o valor de verdade só pode ser atribuído a um conhecimento que imite ou reproduza – por semelhança – as relações internas do modelo inteligível e imutável (FUGANTTI, 2008, p. 26).

Pode até existir aquilo que chamam de novo: uma nova educação e uma nova saúde. Porém, vão reproduzir a mesma perspectiva coercitiva de obrigações e de modelos que não farão pensar. Ao contrário disso, vão se impor como fontes de saúde e de educação para o homem.

Uma separação do pensamento e da vida é o que Platão está operando na esteira de Sócrates. Ele está construindo uma máquina de pensar fundada no negativo e reduzindo o pensamento à razão e ao reconhecimento; ele denuncia os corpos indóceis como obstáculo à razão e à virtude, reduzindo a vida a vida reativa (FUGANTI, 2008, p. 28).

A verdade, a partir da visão socrática, foi apropriada por religiões, pelos estados em suas constituições e animou (ou anima) muitos âmbitos da experiência humana, tais como a ciência, a tecnologia, a informação e instituições. Entre eles, são importantes destacar a escola, mercado de trabalho, família e, por extensão, instituições dedicadas ao campo da saúde. Desse modo, a verdade fundada em ideais (de homem, de instituições e, ainda, de objetivos e meios que conduziriam a situações ideais) tem como efeito prático a produção de processos cujo principal é a falta.

Comparados aos ideais estamos sempre em falta. Em constante regime de falta, produzimos nossas vidas e, nelas, a naturalização de oposições – bem-mal; certo-errado; bonito-feio; real-irreal e assim por diante. Fuganti, referindo-se ao desejo e ao pensamento, apresenta que Platão:

os dirige para as alturas das formas puras; funda uma crença, a crença nas essências inteligíveis como valores supremos que existem separadas dos corpos sensíveis, e opera uma hierarquia de sentidos apreendidos ao mesmo tempo como causas da ordem universal e paradigmas da existência humana (FUGANTI, 2008, p. 29).

A falta em relação às formas puras ideais foi o efeito que se obteve da apropriação e do grande investimento em que, historicamente, empenham-se as instituições que conformaram religiões e Estados. Nosso modo de pensar, nossas instituições, nossos desejos e nossas recusas são, na medida em que nascemos e crescemos dentro dessas instituições, marcados pela falta. É nesse sentido que se pode falar dessas instituições como agências de universalização da falta pela via da moralização decorrente da preponderância de ideais e seus correspondentes opostos. É daí, portanto, que se pode falar de uma saúde universal, ou seja, de instituições voltadas a realizar as operações que se julgam necessárias para nos aproximar e nos comparar constantemente a um ideal de homem, com sua saúde ideal.

Assim o pensamento, no prisma platônico, não pode ter uma evolução num sentido de desvio, de inovação. Ao contrário, ele deve se adequar a um só sentido, aquele dito e fundado como valorativo a uma só linha, mas não qualquer linha, a linha de definições preestabelecidas que adequa valores. Em Platão as “doenças são frutos dos vícios e da escravidão do homem às suas paixões inferiores. Um corpo saudável, equilibrado e harmonioso é aquele que obedece às ordens dietéticas ditadas pela alma racional, é um corpo comedido.” (FUGANTTI, 2008, p. 27 e 28).

No contemporâneo, se deslocarmos essa questão para o contexto de uma doença, terá uma noção de tratamento preestabelecida, uma noção de comportamento ideal e uma saúde a se buscar; logo, tudo que ultrapassa essas concepções de saúde, torna-se desvio e deve ser ajustado.

No momento em que a saúde pode ser pensada em termos de bem-estar (físico, psíquico ou social), este passa a ser considerado como valor. [...] E, assim, será pensado como contravalor, como seu reverso patológico e passível de assistência, tudo aquilo que possa ser considerado perigoso ou não desejado (CAPONI, 2000, p. 17).

Perigoso ou não desejado seria, então, tudo aquilo que desvia da figura difusa, imaterial e louca do homem ideal, tomado como índice de normalidade e sua conduta em sociedade.

Uma pessoa com situação diferente ao ideal de saúde pertence àqueles que precisam se adequar a normalidade, como forma vigente de qualidade de vida, um doente, por exemplo, diagnosticado com depressão. Como desvio em relação ao ideal, faz com que se queira um reestabelecimento da saúde em função da correspondência dele ao mesmo ideal de homem e de saúde. É isso que constitui as práticas de saúde majoritárias que são universalizadas, as quais acabam desqualificando práticas menores. Nelson Rodrigues salienta que aquele que “pensa com a unanimidade não precisa pensar.” (RODRIGUES, 1997, p. 50). A unanimidade nos conforma: que a depressão é doença, que o drogado é doente, que o álcool leva a outras drogas, enfim, que existe um único modo de se explicar as situações, quase todos impositivos.

O trabalho a se pensar não é se opor ao pensamento platônico, mas afirmar a coisa platônica como múltipla ao invés de se dar valor como único. Viver pela falta é violento, estipular métodos para preencher um vazio que foi imposto como não valorativo é violento. É o caso do usuário de drogas, por exemplo, que “vitimizados pela captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas lhes provocariam, de tal maneira que eles deixaram de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos.” (MERHY, 2012).

Esse processo atual tem mobilizado muitos recursos por parte de variados setores sociais, como expressão das conquistas que o pensamento conservador e reacionário tem produzido, inclusive com o apoio de uma ampla rede multilinguística de produção comunicativa, que utiliza dos mais variados veículos de comunicação de massa imagéticas, orais, textuais. Além disso, conseguiram se aliar a um certo agrupamento social que advoga para si as formulações tidas como “científicas” e, portanto, produtoras das verdades sobre o problema que eles mesmo nomeiam, como as expressas por certas entidades corporativas do campo da saúde, como: conselhos profissionais, sociedades de especialidades, e mesmo por figuras populares que atravessam todos esses lugares, como os médicos midiáticos, por exemplo (MERHY, 2012, s/p).

É no sentido de tornar a doença como um “clamor” para aprendiagens em nossa vida, a ponto de fazer um movimento que liberta ao invés de ser aquela que aprisiona o pensamento e, por consequência, o desejo perpassa que depositemos um investimento na doença, mas não em sua busca, e sim na relação que vamos com a sua presença. É um movimento, então, que vai ao encontro do cuidado, para

a busca da saúde, o qual partiu da doença. Logo, uma “curiosidade científica é mobilizada pela doença até sua máxima intensificação, no sentido de adquirir o esclarecimento, por experiência própria, sobre o que acontece ao pensamento sob a pressão da doença [...]” (GIACOIA, 2013, p. 180).

Em muitos casos, a compreensão sobre o que consideramos saúde limita o pensamento frente a possíveis experimentações na linha do cuidado. Constantemente, reivindicamos para o Estado qualidade na saúde (mais profissionais qualificados, mais medicação, mais hospitais); porém, a noção de saúde-doença continua a mesma, ou seja, aquela que se opõe e entende que inovar é criar mais ambientes de trabalho. É como se não quisesse pensar a partir da doença, e sim a eliminar.

Hoje, temos um vasto campo de oferta de saúde no que se refere ao tratamento das drogas: as clínicas privadas, alas psiquiátricas em hospitais, fazendas terapêuticas, CAPS AD, sendo que alguns centros de reabilitação oferecem modelos de tratamentos dos mais amplos para tratar pessoas. Do grupo-terapêutico até internações, o campo da saúde mental em relação ao tratamento das drogas está funcionando, e bem. É nesse sentido que cada instituição pode se comparar ou se diferenciar. E é nesse contexto que se determina sobre: “Os termos instinto e instituição são empregados para designar essencialmente procedimentos de satisfação” (DELEUZE, 2010, p. 29).

Existe um número de especialistas que inaugura demandas específicas com denominações práticas tornando universais modelos de tratamentos para determinados comportamentos. Isso pode trazer muitas consequências, visto que, uma força vinda de fora, por exemplo, que dita tendências pode captar nosso desejo a tal ponto que não controlamos mais nossas vontades. “Às vezes, reagindo por natureza a estímulos externos, o organismo retira do mundo os elementos de satisfação de suas tendências e de suas necessidades, elementos que, para diferentes os animais, formam mundos específicos” (DELEUZE, 2010, p. 29). É por isso que, dificilmente, no campo institucional, uma demanda de drogas é percebida como movimento de vida, como força querendo chamar a nossa atenção para aprendizado.

Não só a ciência, mas a mídia, pelos meios de comunicação (jornais, programas de TV, sites, etc.) encarregam-se – através de informações gratuitas – de mostrar aspectos do comportamento que foge a uma noção de normalidade e, então, propor soluções para esses mesmos aspectos. O telespectador, na frente da TV, não discerne sobre um determinado tema quando há um só ponto de vista, ainda mais se o profissional/pesquisador envolvido vende uma só noção sobre determinado aspecto.

No caso das drogas, por exemplo, dificilmente vamos ver, nos meios de comunicação, um psiquiatra e um redutor de danos discutindo sobre o mesmo tema. Aliás, raramente, vamos ver um redutor de danos sendo entrevistado.

Minha abordagem da Psiquiatria como uma empresa essencialmente moral e política levou-me a reavaliar numerosas situações que, de acordo com essa perspectiva, pareciam mais promissoras para alcance de novas compreensões – tais como a educação, a lei, o controle da natalidade, o abuso de drogas, a política e, é claro, a própria Psiquiatria. Em cada caso tentei demonstrar que, por um lado, na procura de alívio para a carga de suas responsabilidades morais, o homem mistifica e torna técnicos seus problemas da vida; e que, por outro lado, a demanda de “ajuda”, assim gerada, é satisfeita atualmente pela tecnologia da conduta que está pronta e disposta a libertar o homem de sua carga moral, tratando-o como a um enfermo. Essa necessidade humana e a reação profissional-técnica a ela formam um ciclo autossustentável, semelhante ao que o físico nuclear chama de reação autogeradora; uma vez iniciada e, tendo atingido um estágio “crítico”, o processo se mantém por si, transformando mais e mais problemas e situações humanos em “problemas” técnicos especializados, a serem “resolvidos” pelos chamados profissionais da saúde mental (SZASZ, 1980, p. 10).

A saúde pode ser, também, efeito de uma invenção? Entendo que, quando tratada como necessidade e tendência, sua implicação vai muito mais produzir um tipo de sofrimento do que uma saúde em si. Entretanto, quando tratada como tendência, os procedimentos para a sua satisfação trará dor e alegria. A busca de um corpo “ideal”, por exemplo, que será perseguido a todo custo é um comprovante de que haverá dor. Szasz (1994) diz que podemos influenciar as pessoas de duas formas básicas: pela força ou pela palavra. Logo, a coerção é a ameaça ou o uso da força para compelir outras pessoas à submissão.

A verdade Sócrática estabelece-se como fórmula universal a partir do que se estipula como valor em uma direção. Assim, em relação à saúde, abre-se, no contemporâneo, caminho para uma demanda do saudável e, em contrapartida, do

não saudável. É “justamente no momento em que elas dizem auxiliar, parecem reforçar formas coercitivas de controle, seja em nome da utilidade e da felicidade do maior número, seja em nome de uma piedade compassiva pelos que sofrem.” (CAPONI, 2004, p. 10 e 11).

A invenção não está necessariamente na inovação enquanto sentido, muitas vezes a inovação é a reprodução do mesmo. Isto é, se inventam estratégias novas de lidar com o usuário de drogas, mas sem ter propostas de processos de pensar sobre as drogas ou até mesmo para além delas. É por isso que temos usuários de drogas passando por inúmeras clínicas de reabilitação que se tornam pessoas *experts* institucionais, prisioneiros de hospitais sobre a desculpa da desintoxicação. Sem contar na área da segurança pública que se constroem mais presídios para “acabar” com o tráfico de drogas, justificando à população com *slogan* “bandido bom é bandido preso”. Com isso, podemos dizer que o novo, muitas vezes é velho.

Se o profissional se recusa a respeitar a visão que o cliente tem de seu mundo, ou se o cliente se recusa a colaborar com o profissional, os dois chegam a um impasse que só pode ser resolvido de duas formas. Ou o profissional deve abandonar o cliente, ou o Estado deve conferir ao profissional o poder, e na verdade impor-lhe a obrigação de coagir o cliente a aceitar a ajuda, da forma como o Estado a define (SZASZ, 1994, p. 13).

O trabalho com o usuário de drogas, por exemplo, precisa ter uma ampliação da sua vida em vez de um fechamento. Por mais forte que seja a relação com a droga, é potencializado quando se trata como problema, quando o usuário de drogas é diagnosticado como doente. Logo, o sofrimento é intensificado quando o tratamento foca unicamente na abstinência.

3.1 “HÁ MUITAS AURORAS QUE AINDA NÃO BRILHARAM”

Houve um tempo em que eu comprava, com frequência, jornais da cidade, foi um tempo de agonia e esperança, pois eu não encontrava trabalhos na área da Psicologia. No entanto, foi no jornal que encontrei a notícia que mudou minha vida,

não era apenas uma proposta de emprego, do qual, antecipo aqui ter tido êxito, mas me levou para o Aurora, um CAPS AD onde tive as experiências mais significativas, até o momento, de práticas inventivas, aprendizados e amor no âmbito da saúde e da educação.

Figura 02 – Parte externa do CAPS AD Aurora



Fonte: acervo pessoal/2013.

Cheguei, então, naquele que seria chamado de CAPS AD Microrregional Aurora. O nome foi uma escolha dos frequentadores⁶ da instituição depois de algumas sugestões, em um grupo terapêutico que fazíamos. Esse era um processo importante do cuidado que realizava, ou seja, por o paciente como parte ativa, em seu tempo, no Aurora⁷. Não era necessário apenas que o profissional percebesse o paciente uma potência de vida para além da droga, mas que o frequentador se visse assim. Foi difícil essa construção de dar autonomia, pois o frequentador estava acostumado a ser paciente, a fazer o que os profissionais o dissessem. Foi por meio

⁶ Este nome foi dado quando os pacientes queriam ir comigo em rodas de conversa em escolas, programas de rádios etc. Enfim, recebia convites e os frequentadores queriam ir junto. Não queria apresentá-los como pacientes, mas como frequentadores do Aurora.

⁷ A partir de então, chamarei o CAPS Ad apenas de **Aurora**, pelo motivo de que os frequentadores escolherem essa denominação para se referirem ao grupo terapêutico que participavam.

de estratégias de cuidado que, aos poucos, essa noção de sujeito passivo para sujeito ativo foi sendo desconstruída.

Trabalhar com usuários de drogas dispõe de um amor pelo que se faz, pois são muitas as demandas de situações fortes como o uso abusivo de drogas. Ter passado pelo Ítaca fez com que eu tivesse um maior suporte, mesmo nas situações que eu não sabia o que fazer. Percebi que prestar a atenção no frequentador entristecido e deixar fluir suas questões com olhos atentos nele trazia não apenas um alívio, como dizem os psicanalistas, mas, ao perceber que um profissional parava para lhe escutar aquilo que ninguém queria saber com atenção, tornava o encontro especial. Eram nesses encontros que o frequentador saía agradecido e eu não sei por que o agradecia apenas em meu silêncio.

O Aurora tinha tudo o que as outras instituições possuíam: protocolos de internação, horário de funcionamento e atendimento (médico, psicológico, social, etc.). Tinha um trabalho em REDE, era construído uma relação com outras instituições, às vezes tímida e outras mais intensas, para pensar, encaminhar e trabalhar em conjunto com outras equipes como Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, Hospital, ESF`s, e muito mais. Porém, percebi que esses lugares eram praticamente todos institucionais, era preciso fazer REDE com o desconhecido que estava diante de nossos olhos, era preciso fazer REDE com o próprio usuário de drogas que tinha mais para dar do que seus corpos e mentes para cuidarmos.

Assim, o Aurora passou, também, a ser mais do que uma instituição, quer dizer, passou a ser uma espécie de casa à medida que acolhia e aconchegava os pacientes. Partia do princípio de tratamento institucional, por isso não perdeu seus protocolos de internação, horário de funcionamento, atendimentos psiquiátrico, psicológico, enfim, de saúde em geral. A sala de espera se tornava um local de afeto onde esperar a consulta era apenas mais uma função, ela dispunha de um lugar de promover encontros. Ali na sala de espera, alguns frequentadores chamavam-se (a equipe estava incluída) de família. Nem tudo era perfeito, pois existiam desavensas, discussões pesadas sobre tudo, ou seja, do mais simples de um chiste que “ofendia” a um não concordar com uma internação. Pensando que existem brigas entre as famílias, concordo com os frequentadores, acho que realmente éramos uma família.

3.2 AURORA COMO ENTRADA PARA O ADOECIMENTO, AURORA COMO POTÊNCIA DE VIDA

O primeiro contato feito no Aurora partia de uma entrevista inicial realizada por qualquer membro da equipe, menos o motorista e serviços gerais⁸. Através da entrevista inicial que fazíamos para quem chegava é que era definida qual atividade o frequentador iria começar o tratamento.

Pela entrevista inicial, descobríamos aspectos interessantes além do convencional que era o tipo de droga que usavam, frequência de uso, como começaram, etc. Descobríamos que alguns usuários de crack só procuravam o Aurora porque algum familiar descobria seu uso e ficava extremamente preocupado; ou devido ao uso, em uma única ocasião provocavam algum acidente a si próprios ou a outrem. Quase que em toda maioria eram pessoas organizadas, mesmo com o uso de crack, já que se notava, na entrevista, que eram pessoas que trabalhavam e gastavam de seu próprio salário sem deixar faltar nada em casa, tinham compromissos com as famílias, etc. Às vezes, tinham desconforto como ressacas e momentos de depressão, mas conseguiam viver com tranquilidade. Sem contar os usuários de drogas que tinham sofrimento aparente e, supostamente, relatavam que era o excesso de droga o motivo principal.

Entretanto, a partir de mais ou menos duas semanas de tratamento, essas pessoas que, antes tinham em suas vidas certa organização com o seu uso da droga, estavam muito tristes e abatidos no CAPS; e aqueles que usavam e sofriam, parte estava bem e outra parte continuava em sofrimento. Essa tristeza passou a movimentar uma questão: como era possível o tratamento disponibilizado por mim e pela equipe do Aurora como medicação, grupo terapêutico, atendimento individual, etc. não solucionar os problemas do uso de drogas daquelas pessoas; ao contrário disso, ser um dispositivo gerador de tal sensação de desconforto? Por muito tempo, essa pergunta ficou em meu pensamento.

⁸ Neste caso, tentei com que a pessoa com o cargo de serviços gerais pudesse realizar a primeira entrevista, mas não foi possível.

A resposta só veio diante de um evento no Aurora que consistia em um almoço, mais especificamente um churrasco⁹. Esse encontro tinha a intenção de organizar equipes, entre frequentadores e profissionais, para realizarmos uma confraternização através do churrasco. Formávamos a equipe de assadores (geralmente uma pessoa que sabia assar e outra que iria aprender), equipe da limpeza (uma pessoa que tinha trabalhado com limpeza em geral e outras duas que ainda não sabiam o detalhe deste trabalho), equipe que era responsável por buscar o que faltava, pois sempre esquecíamos de alguma coisa, como sal grosso, refrigerante e carvão (essa equipe era composta por aqueles frequentadores que tinham em seu histórico pequenos furtos em mercados), equipe de recepção, etc.

Além disso, outras duas estratégias uniam essa clínica em experimentação, pois fazer churrasco em uma instituição pública era um sonho que passou a ser desafio sem nenhuma certeza do resultado. A primeira estratégia era convidar idosos que tinham passado pelo Aurora e que sabíamos que usavam álcool em excesso e que, ainda, pouco saíam de casa. Vincular essas pessoas através do churrasco era uma tentativa válida. Foram mais ou menos sete churrascos durante o tempo que estive no Aurora.

Chamou-me a atenção que não teve um dia sequer que presenciei tristeza nas pessoas. Além disso, era um momento em que se podia observar os frequentadores, ou seja, o comportamento no churrasco poderia ser diferente daquele que seguiam os métodos tradicionais.

A clínica da experimentação por meio do churrasco tinha interesse de interação, em que se podia falar sobre tudo, inclusive sobre drogas. Além disso, o paciente da clínica tradicional respeitava tanto a opinião do profissional que lhe acolhia que acreditava ser a droga seu único mal. Era o profissional que lhe dizia que a droga era ruim, alguém que para o paciente estudou e estudou mesmo, mas agora, era alguém de muito valor que conduzia o tratamento usando saúde como oposição a droga e, por isso, ter a ideia ou a vontade usar droga já era sinônimo de doença. O churrasco não tinha o reconhecimento na droga como ponto principal de tratamento, como em outras atividades terapêuticas. “Quanto à noção de saúde,

⁹ Esses encontros eram realizados na garagem do Caps que tinha churrasqueira e um amplo espaço para receber vinte pessoas, alguns pacientes traziam pessoas que consideravam importantes.

entendemos que ela é apenas sintoma, efeito do modo como se relacionam o desejo e o pensamento, uma vez que o problema da saúde e da doença no corpo e na alma depende dessa relação” (FUGANTTI, 2008, p.20).

Percebi o quanto nós profissionais da saúde tínhamos uma parte no sofrimento do usuário de drogas à medida que conduzíssemos um tratamento numa expectativa de abstinência. Como mencionado, o paciente acreditava que voltar a usar seria um equívoco. Por respeitar aquilo que nós profissionais pensávamos como “normal”, fazia os pacientes do Aurora se acharem “anormal”, caso voltassem a sentir vontade de usar drogas. Não era, então, apenas a droga a causadora de um sofrimento e isso mudava tudo.

A questão, aqui, não era tornar um tratamento a partir de uma ótica da abstinência errada. Tão pouco defender a ótica da Redução de Danos como verdadeira e mais importante e vice-versa, mas estar aberto ao encontro de uma clínica e desse encontro tornar possibilidades múltiplas a própria clínica.

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir (DELEUZE, p. 11, 2008).

Mas esse escrever pode ser clínico, um devir-escrever-clínico. Porém, o devir clínico pode ser múltiplo e se apropriar na configuração do churrasco, um devir churrasco clínico, uma clínica do devir pode se dar numa esquina comendo chocolate. O devir apropria-se do não convencional. A clínica pode ultrapassar o instituído e ser qualquer ato que faça se sentir bem.

No entanto, essa clínica que foge a tradicional tem processos de subjetividades singulares. Um fenômeno que movimenta o pensamento dispõe de uma força de subjetividade que transcende qualquer movimento social que define subjetividade como força em massa.

A sociologia, as ciências econômicas, políticas e jurídicas parecem, no atual estado de coisas, insuficientemente armadas para dar conta de uma tal mistura de apego arcaizante às tradições culturais e entretanto de aspiração a modernidade tecnológica e científica, mistura que caracteriza o coquetel subjetivo contemporâneo (GUATTARI, 2012, p. 14).

Parece, então, como se as mudanças em nós fossem apenas parte de um contexto de fora para dentro, mas um fora máximo que inaugura o que somos. Isto é, religião, sociedade, instituições etc., ditando como agir, como ser no mundo e que se manifestam, como diz Guattari (2012), através da família, da educação, do cinema, da religião, da arte, do esporte, etc. Nesse sentido, a psicanálise, por exemplo, que definiu normas da existência e um método de cuidado pré-definido para o tratamento. É como se existisse um campo psicológico de produção da falta em nós.

A psicanálise tradicional, por sua vez, não está nem um pouco melhor situada para enfrentar esses problemas, devido a sua maneira de reduzir os fatos sociais a mecanismos psicológicos. Nessas condições, parece indicado forjar uma concepção mais transversalista da subjetividade, que permita responder ao mesmo tempo a suas amarrações territorializadas idiossincráticas (Territórios existenciais) e a suas aberturas para sistemas de valor (Universos incorporais) com implicações sociais e culturais (GUATTARI, 2012, p. 14).

É nesse entorno que é importante tratar sobre os artifícios de subjetivação do Aurora. Se existe um processo de subjetivação que impõe, há, também, aquele que produz pensamento e que movimenta esse pensamento, em vez de instituir formas. Penso nas estratégias de cuidado que era oferecido no Aurora, em que se distinguiam algumas vezes de todas as outras estratégias tradicionais, ou seja, não se pretendia torná-las um sistema, mas movimentos de criação que não se unificam e fazem do encontro/estratégias de cuidado um momento singular de subjetividade. A arte de criar, então, parte do terapeuta em direção ao frequentador, mas torna possível uma criação do frequentador para o terapeuta. É nesse processo que terapeuta e frequentador misturam-se.

A clínica pode dar lugar para além dos diagnósticos e dos enquadramentos, mas, para isso, precisa se desprender de certas realidades que entram em conflito com o novo absoluto da criação e que resistem por imaginarem que podem perder seu lugar. A clínica precisa se dispor a receber os atravessamentos; no Aurora, por exemplo, exerceu-se atravessando pela educação, mas também colocou o terapeuta como paciente e aluno à medida que esse trabalhador/profissional permitia-se conhecer um mundo além da teoria, no qual o saber do usuário de drogas poderia trazer conhecimento, colocando, assim, frequentador como professor.

3.3 UM POUCO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei 10.216), também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi propagada no ano de 2001. Contudo, desde o final da década de 1970, mobilizações sociais e políticas impeliram o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, seguindo a influência de outros países, principalmente da Europa. Essa lei, então, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de “transtornos mentais” e redirecionou um novo modelo de saúde mental baseado na autonomia dos pacientes.

Antes, o tratamento nos chamados manicômios consistia em uma reeducação do doente de maneira coercitiva e de segregação, ou seja, isolando os chamados doentes para realizar um tratamento. Até então, o argumento clínico de alguém diagnosticado com transtornos mentais tinha por consequência a internação em manicômios. Com o intuito de tratar, essas pessoas seriam segregadas por um tempo relativo, sendo que algumas passariam toda a vida dentro dos hospitais. "A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social" (AMARANTE, 1994, p. 74).

Mas, para isso, foi preciso que a psiquiatria se aliasse à ciência. Assim, puderam-se denominar métodos de tratamentos com mais propriedade de aceitação, imposição e até ser reivindicada. Deram métodos de tratamentos (como: indeterminação do tempo de internação, excluir o paciente da sociedade, sessões de choques elétricos etc.) e o nominaram como doente mental.

No Brasil, a loucura só se tornou a ser objeto de interferência por parte do Estado em meados do século XIX, com a chegada da Família Real, depois de ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos. Nesse tempo de atualização e solidificação da nação brasileira como um país independente, a loucura tem caracterização como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública”. As pessoas com loucura que exibem “comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável, e “seu destino passou a ser os porões da Santa Casa de

Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado” (PASSOS, 2009, p. 104).

A caracterização da doença mental não era desenvolvida pela sociedade, mas embutida a ela pela medicina e psiquiatria. Isto é, existia todo um investimento científico na padronização da doença mental e, portanto, a constituição de um homem diferente que precisava se adequar. O contexto de homem diferente justificou os hospícios como lugares de correção de corpos e mentes.

O asilo, este espaço cientificamente ordenado, como insistiam Pinel e Esquirol seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina. Tratado, o alienado perderia esta condição miserável e, somente então poderia ser considerado cidadão, homem livre, pleno de direitos e deveres. Passamos assim à dimensão jurídico-política do processo: rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2009, s/p).

Acontece que, muito mais do que ajudar, essa disposição de tratar calcada na segregação estava excluindo do mundo pessoas vivas. Tudo isso justificado pela condição de melhora dos pacientes.

Foi preciso instituir um novo modelo de tratamento, neste caso, a Reforma Psiquiátrica que almejou estabelecer um novo estatuto social para a pessoa em consternação psíquica, que lhe garantia cidadania, respeito a seus direitos e sua individualidade, promovendo e resgatando a capacidade do indivíduo de participar dos meios sociais, dos afetos e das afetações. Assim, comporia não apenas seus direitos como seus deveres de cidadão.

Numa dimensão cultural do processo de Reforma Psiquiátrica, poderíamos resumir da seguinte forma: o objetivo maior deste processo não é a transformação do modelo assistencial (que, como vimos, é um elemento apenas de uma de suas dimensões), mas a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência (AMARANTE, 2009, s/p).

Nesse contexto, a liberdade não acompanhou apenas os pacientes que se livraram dos hospícios, mas o profissional da saúde que teve a oportunidade repensar seu papel de atuação. O profissional, além de ampliar seus conhecimentos, teve que transvalorar o sentido de tratar, desvencilhando-se do

modelo asilar como tratamento universalista. Contudo, não se livrou das amarras institucionais que continuaram exercendo funções de tratamentos.

Esse novo modelo de estatuto social em que a Reforma Psiquiátrica propôs para os portadores de transtornos mentais teve como foco a humanização em hospitais, ou seja, pacientes mais graves continuariam sendo internados, mas com intuito de um cuidado que disponibilizaria um tempo de retorno para voltar à sociedade. Além disso, redes extra-hospitalares descentralizaram e subdividiram em territórios o atendimento em saúde como os Centros de Atenção Psicossocial CAPS e Estratégia de Saúde da Família ESF, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

O que hoje reconhecemos por Luta Antimanicomial ou por Reforma Psiquiátrica não é uma ação que nasceu particularmente no interior da psiquiatria, mas sim no campo da filosofia das ciências, da epistemologia e das lutas políticas antiinstitucionalistas. A Reforma Psiquiátrica trouxe a possibilidade de tornar a vida das pessoas consideradas como doentes mentais mais autônomas. Para isso, seria importante que as estratégias na linha do cuidado desenvolvessem práticas que ligassem o paciente a um pensamento livre:

a clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano, para tornarse criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (AMARANTE, 2009, s/p).

A partir dessa trajetória que apresentei, é importante destacar que o intuito do trabalho não é fazer um amplo estudo em relação à Reforma Psiquiátrica e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Porém, considero relevantes essas propostas de pensamento como fontes imprescindíveis no trabalho que exerci com os usuários de drogas. Autores como Amarante (1995), Merhy (2010) e Delgado (2007) foram importantes pensadores que deram embasamento teórico para as práticas.

4 O CUIDADO A PARTIR DE PRÁTICAS INVENTIVAS

As ideias são forças.
Nietzsche

Desinventar objetos. O pente, por exemplo. Dar ao pente funções de não pentear. Até que ele fique à disposição de ser uma begônia. Ou uma gravanha. Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma.

Manoel de Barros

Conforme Deleuze (1998), o pensamento acontece somente quando é violentado pelo encontro, por um fator que o leve a pensar. Quando não acontece essa violência, o pensamento acaba ficando enclausurado nas formas como é reproduzida a subjetivação dominante. Uma noção de clínica, para além dos modelos tradicionais baseados em quatro paredes, pode, então, ser considerada em tudo o que movimenta o pensamento. Ou seja, da leitura de um livro à conversa com um amigo.

No Aurora, realizávamos uma clínica voltada no múltiplo. Por isso, era preciso retornar à cultura dos frequentadores e aliar uma estratégia clínica com aquilo que era conhecido e prazeroso para eles. No entanto, não poderíamos deixar de atuar com os atravessamentos clínicos que conhecíamos até ali.

Era importante que os processos de subjetivação clínica fossem movimentos livres e não imposições clínicas distribuídas pelo diagnóstico. Guattari (2012) levanta possíveis modos de subjetividades, tais são:

A sociologia, as ciências econômicas, políticas e jurídicas parecem, no atual estado de coisas, insuficientemente armadas para dar conta de uma tal mistura de apego arcaizante as tradições culturais e entretanto de aspiração a modernidade tecnológica e científica, mistura que caracterizam o coquetel subjetivo contemporâneo. A psicanálise tradicional, por sua vez, não está nem um pouco melhor situada para enfrentar esses problemas, devido a sua maneira de reduzir os fatos sociais a mecanismos psicológicos. Nessas condições, parece indicado forjar uma concepção mais transversalista da subjetividade, que permita responder ao mesmo tempo a suas amarrações territorializadas idiossincráticas (Territórios existenciais) e a suas aberturas para sistemas de valor (Universos incorporais) com implicações sociais e culturais (GUATTARI, 2012, p. 14).

Neste contexto, tive a oportunidade de aproveitar os encontros com a equipe e os usuários de drogas acessados pelo CAPS para desenvolver outras estratégias de trabalho. Em vez de tratamento, chamarei tais estratégias de cuidado. Sendo assim, parte-se de uma atenção maior em relação ao usuário de drogas (com uma perspectiva real de Redução de Danos, em que incluía uma abordagem responsável para além da abstinência). Para isso, foi preciso um trabalho conjunto que englobasse a criação de situações propícias ao movimento do pensamento.

A vivência na produção e atualização desses dispositivos constituiu em um espaço-tempo único, distinto da clínica de consultório e das aprendizagens escolares. Todavia, elementos de um e de outro são facilmente perceptíveis e ao mesmo tempo impossíveis de serem reduzidos a qualquer um deles. Uma caracterização dos encontros clínicos promovidos deve levar em conta, em primeiro lugar, o fato de se afastarem da prática clínica caracterizada pelo atendimento terapêutico que envolve o profissional e o paciente, dando destaque ao diagnóstico e, a partir dele, estruturar um conjunto de ações com foco na abstinência do uso de drogas. Em segundo lugar, por não se caracterizarem como atividades de ensino/aprendizagem características dos ambientes escolares. Não é por que alguém ocupa o lugar de quem ensina e decide ensinar que os demais irão aprender.

A primeira situação clínica educacional que tive a oportunidade de vivenciar deu-se e, uma manhã de verão, na qual estávamos em três funcionários na sala de entrada do CAPS realizando tarefas cotidianas, quando entra um jovem – que aqui vou chamar de Salvador – dos seus vinte e dois anos, negro, bem vestido, correntes e pulseiras, ar grave, preocupado, dirige-se a mim pedindo internação. Como de praxe, busquei o prontuário e dei uma olhada rápida. Permitiu-me saber que ele já havia passado por três internações e tomava medicação para “tratar” seu problema com as drogas. Em seguida, fui ver a parte do prontuário que sempre me chamava à atenção, pois era a resposta do paciente à pergunta “O que você gosta de fazer?”. No prontuário de Salvador, a resposta era apenas uma palavra: dançar. Até hoje não sei exatamente quem fez as questões do prontuário de institucionalização, tampouco aquela pergunta, a mais interessante para mim. No entanto, a resposta de Salvador para aquela questão fez uma diferença incrível.

Com isso, deixei o prontuário e me dirigi a Salvador dizendo que havia lido no prontuário sobre seu interesse na dança e perguntei, diretamente, se gostaria de fazer algumas oficinas de dança ali no CAPS com os outros pacientes. Olhou-me, muito espantado, e respondeu decididamente que não. E explicou: o tratamento para o uso de drogas era medicação e internação, e era isso que foi buscar ali. A partir dessa resposta, respeitei e procedi aos protocolos para encaminhar seu pedido: consulta médica e solicitação de vaga num hospital especializado da região centro do Estado. Salvador conseguiu a internação, mais ou menos, duas semanas depois. Dentro desse tempo de espera, não usou crack.

Oito meses depois, encontro Salvador que havia retornado ao Caps para uma consulta com o psiquiatra. Parecia bem, vestia um boné, roupas largas, brinco, pulseira, sorria. Ao me ver, veio, com ar tranquilo, em minha direção e perguntou se a proposta da oficina de dança estava de pé. Desta vez, o espanto foi meu. Espanto que logo se misturou com contentamento e a resposta afirmativa: claro!

Decidimos, então, realizar, no CAPS, um espaço para a dança, em que, pela primeira vez, um paciente ministraria a oficina. Era preciso saber como Salvador dançava, de certa forma eu já pensava mais adiante em levar a oficina para outro público.

Reunimo-nos, assim, em uma sala de atendimento individual para a primeira aula/oficina. Estávamos entre seis pessoas: alguns pacientes, a mãe de Salvador (contente em ver seu filho responsável por uma oficina no CAPS) e membros da equipe. Foi então que Salvador começou a dançar, e sua alegria era visível.

Após duas sessões realizadas no CAPS - que não foram marcadas pelo ânimo dos participantes, mas pelo empenho de Salvador e suas qualidades como dançarino - tivemos, então, a ideia de levar a oficina para alunos de escolas. Decidimos, conjuntamente, como ponto de partida duas escolas da cidade. Começamos nossa caminhada até a primeira instituição de ensino. Junto com dois frequentadores, entre sonhos (imaginávamos dando a oficina de dança), medos (não sabíamos como seríamos recebidos na escola) e risos (entre decidir o melhor caminho para chegar à escola e contar histórias que nos ocorriam, ríamos muito).

Fomos muito bem recebidos pela escola o que nos animou a oferecer também o trabalho para outra escola. Em pouco tempo, tínhamos duas oficinas acontecendo: uma em uma escola do município e a outra no centro da cidade. Salvador não tinha uma experiência pedagógica, mas tinha uma vontade enorme em

desenvolver as oficinas de dança. Frequentemente, ligava-me à noite para explicar como seria a aula da semana. Além disso, resolvemos nos encontrar no CAPS antes e depois das oficinas, pois ali definíamos como seriam as aulas, mesmo que o tempo tenha nos mostrado que uma aula/oficina se transformava o tempo todo. Levar algo pronto, ao início da oficina, devia ser uma orientação para o trabalho com as turmas e não um tipo de “receita” da atividade. Tratava-se de uma orientação que precisava o tempo todo estar aberta a redirecionamentos e novas estratégias. A Figura 03 representa a energia das aulas do frequentador Salvador.

Figura 03 – Oficina/aula de dança ofertada pelo professor Salvador a alunos de escolas regulares



Fonte: acervo pessoal /2013.

Em meio a toda essa reflexão, em uma determinada ocasião, Salvador e eu encontramos alguns alunos da oficina caminhando na rua. Os alunos estavam fora da escola tendo em vista a não realização da aula de Educação Física (segundo o que contaram o professor havia faltado). Em meio a esse encontro, um dos meninos veio até Salvador e perguntou sobre alguns passos de dança que haviam desenvolvido anteriormente. Contagiado pela vontade de aprender o passo, o menino também provocou o interesse nos demais. Assim, um simples encontro propiciou a realização de uma oficina.

Sem lugar determinado, sem hora, sem hierarquia, todos iniciaram movimentos coreográficos na rua. Movidos por um desejo coletivo de aprender, estabeleceu-se uma educação, assim como mostra a Figura 04.

Figura 04 – Alunos de uma escola fazendo parte de uma inusitada oficina de dança, sem música



Fonte: acervo pessoal/2013.

É importante destacar que a construção do saber que se inventa e reinventa a partir das estratégias de cuidado com o usuário de drogas, baseia-se nas suas experiências vividas e sensações que impulsionam aprendizagens. Segundo Kastrup,

A aprendizagem é, sobretudo, invenção de problemas, é experiência de problematização. A experiência de problematização distingue-se da experiência de reconhecimento. A experiência de reconhecimento envolve uma síntese convergente entre as faculdades. [...] na experiência de problematização as faculdades – sensibilidade, memória, imaginação – atuam de modo divergente. Por exemplo, quando alguém viaja a um país estrangeiro, as atividades mais cotidianas, como abrir uma torneira para lavar as mãos, tomar um café ou chegar a um destino desejado tornam-se problemáticas. Ao ser bruscamente transportado para um novo ambiente, os hábitos anteriores não servem e o viajante vive sucessivas experiências de problematização. Não se trata de mera ignorância, mas de estranhamento e tensão entre o saber anterior e a experiência presente. [...] A viagem surge, então, como ocasião de uma aprendizagem, pois o viajante não se dava conta de que as relações que tomava como óbvias e

garantidas eram, a rigor, construídas e inventadas. Tal aprendizagem não se esgota na solução dos problemas imediatos, mas prolonga seus efeitos e sua potência de problematização (KASTRUP, 2001, p, 17).

Foi preciso pensar estratégias de cuidado que produzissem novos sentidos clínicos educacionais. Criou-se um dispositivo clínico para promoção de aberturas para aprendizagens inventivas.

Também aqui uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está pra se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o faça possível. É uma linha de fuga. Escapa às linhas anteriores, escapa-lhes. O si-mesmo não é nem um saber nem um poder. É um processo de individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos: uma espécie de mais-valia. Não é certo que todo dispositivo disponha de um processo semelhante (DELEUZE, 1990, p. 155).

Esse dispositivo consistia em identificar, na cidade, pessoas que desenvolviam atividades profissionais específicas e que possuíam o conhecimento técnico necessário para o desempenho de suas funções. Em seguida, fazia-se o contato com o profissional e se propunha que ele recebesse um grupo de frequentadores do CAPS para apresentar a dinâmica do seu trabalho, os aspectos técnicos relevantes e os possíveis inovações decorrentes da sua experiência.

Inicialmente, as visitas eram marcadas a partir de um contato direto do profissional responsável pelo grupo com profissionais da cidade. À medida que os primeiros encontros se realizaram, o grupo passou a sugerir nomes de pessoas que gostariam de conhecer. Os efeitos produzidos a partir da atenção aos interesses do grupo ficaram evidentes com a qualidade das perguntas, o entusiasmo diante do assunto e da forma como eram compartilhadas as experiências do profissional. Isso instaurou novas dinâmicas de interação. A visita que, antes dava lugar a uma prolongada exposição do profissional ao grupo que ouvia em silêncio, passou a abrigar conversas, trocas de experiências, questionamentos e a alegria de um *conhecer com vontade* (STIRNER, 2001).

Uma das tantas visitas realizadas foi na rádio da cidade, conforme Figura 05. Neste encontro, fomos com o transporte do Aurora, éramos mais ou menos sete pessoas, seis frequentadores e uma frequentadora. Um dos participantes da visita e

que animou a ideia de ir à rádio foi o frequentador Jesus que sempre comentava da época em que fora radialista. Porém, uma peculiaridade que antecedeu a visita vale a pena ser mencionada: como de costume saía na frente do Aurora para relaxar e ver o movimento, o céu, foi, então, que avistei Jesus duas quadras entrando em um restaurante, era quase meio dia. Notei, de longe, seu estado de embriaguez. Jesus era uma pessoa que não podia faltar na visita porque, em sua história de vida, já tinha sido locutor daquela rádio. Assim, dirigi-me até Jesus e propus que almoçasse no Aurora, logo tomasse um banho e esperasse o momento de ir. Era evidente que até a hora da visita não estaria totalmente sóbrio, mas era importante que estivesse lá. Conversei com ele para que se mantivesse em silêncio durante a visita, porque sabia que, em estado de embriaguez, quando começava a falar, não parava mais. Não adiantou muito e precisava estar a seu lado pedindo que se acalmasse, no entanto, animou aquela visita e, com frequência, interrompia alguma explicação dada pela trabalhadora que nos recebeu, completando sua explicação. Divertidamente e de modo saudável, ele arrancava risos da turma, como se duvidando daquilo que relatava.

O grupo foi recebido pelo radialista na sala de espera para falar sobre o contexto geral da rádio: história, programação, horário de atendimento, patrocinadores, público alvo, bem como questionamentos que o grupo tivesse em relação a ela até o momento. Em seguida, encaminhou os visitantes até o estúdio em que se faziam as emissões dos programas da rádio. Nessa oportunidade, o profissional do CAPS AD revelou que a iniciativa de levar o grupo até ali foi motivada pela qualidade da voz de um dos frequentadores que se encontrava presente. Para surpresa de todos, esses jovens foi convidado a dar uma entrevista ao vivo. O mais empolgante não foi a entrevista em si, mas o efeito de satisfação evidente nos demais membros do grupo. Essa satisfação é o que basta para avaliarmos que um processo de aprendizagem está em curso, com todas as potências da invenção em vibração máxima para sua atualização.

Figura 05 – Visita a uma rádio da cidade



Fonte: Acervo pessoal/2013.

Além da rádio, o grupo ainda visitou locais¹⁰ como: uma estufa de produção de mudas de árvores e hortaliças que abastecia os supermercados da região; o Arquivo Municipal; uma oficina de bicicletas; os vendedores de uma loja de eletrodomésticos; os dois jornais da cidade; uma gráfica; salão de cabeleireiros; e realizou uma entrevista com um grupo de profissionais do sexo. Desses percursos, todos encontrando e aprendendo com pessoas da cidade foi surgindo uma relação de companheirismo e de comprometimento de uns com os outros. Tivemos a oportunidade de diminuir a importância da questão do uso de drogas como argumento das conversas. Para além das questões das drogas, começamos a discutir sobre possibilidades de trabalho, experiências anteriores e sonhos de profissionalização, interesses de estudo e planos de futuro.

O local do CAPS AD, antes direcionado estritamente para abordagens terapêuticas, voltadas para a abstinência do uso de drogas, acolhia, agora, os frequentadores não mais tomados como a figura chapada no rótulo de usuário de droga. O frequentador, acompanhado de seus sonhos e interesses, passava a

¹⁰ Esses locais eram escolhidos por mim, psicólogo do Aurora. Mas, depois de um dos encontros que realizamos no Arquivo Municipal, os frequentadores começaram a ficar mais autônomos e, indiretamente, descobriram que eles poderiam propor locais de visitação.

compor uma figura com profundidade e brilho situada dentro de sua paisagem de vida.

A equipe teve a oportunidade de conhecer aquelas pessoas pra além das drogas e dos diagnósticos associados ao seu uso. Permitiu-se conhecer aquelas pessoas e seus devires. O dançarino, os artesãos, o radialista, o desenhista, os contadores de história, a assistente social, a terapeuta, a manicure, a que se descobre interessante pra si mesma.

Daquilo que faziam, abria-se passagem para a equipe se permitir a aprender através das experiências trazidas pelos frequentadores do CAPS AD – como uma nova perspectiva que, através da prática, redefiniu o valor da sala de espera que virou um ponto de rodas de conversas coletivas, de aprendizagens múltiplas, de uma interação agradável – o que antes não era pensado, tampouco cogitado como possibilidade de relação dos profissionais com os usuários de drogas e dos usuários de drogas com os profissionais. Como disse Guilherme Corrêa, ser

muito raro um destes profissionais ultrapassar tal barreira e ver, para além da ameaça representada pela figura plana e sem espessura do drogado, alguém se movendo, com sonhos, vontades, tristezas, experiências, preferências, limites próprios de suportabilidade, amor, desafetos, etc. (CORRÊA, 2010, p. 167).

No entanto, se por um lado a maioria dos profissionais ainda considerava o uso de drogas um comportamento errado pela pessoa que o fizesse, na sala de espera era permitido conhecer as histórias que eram um tanto sofridas, sérias e, até mesmo, divertidas dos pacientes. “Um saber que, tornado simples e imediato enquanto vontade se postula e se revela de novo, e sob uma forma nova, em cada ação.” (STIRNER, 2001, p. 06). A novidade, neste caso, era de conhecer para além do usuário de drogas, quebrando o universalismo de tornar o paciente alguém passivo.

Um *conhecer com vontade* instalava-se. Uma simples espera por atendimento possibilitava encontros e compartilhamentos de histórias-vidas, ou seja, histórias de vidas que potencializavam vidas de quem contava e de quem escutava. Falar sobre drogas ganhava uma conotação de querer aprender. O profissional já não se sentia convocado em tratar de forma formal. O assunto, também, ultrapassava as drogas,

falava-se sobre cultura, esporte, família, ciência, etc., em um local que, antes, tinha uma única função, isto é, esperar.

Não devemos passar por cima da vontade de saber, com o pretexto de acedermos imediatamente à vontade, porque inversamente, é o próprio saber que culmina em querer a partir do momento em que se despoja do sensível e se cria, como esse espírito “que constrói o seu próprio corpo” (STIRNER, 2001, p. 06).

O desejo de o profissional ultrapassar a barreira institucional e científica rejeitando a dominação e fixação da verdade na terapia para o processo de cuidado em movimento que permitia produzir novos afetos através da criação clínica – sala de espera – onde saúde e educação poderiam ser vistas juntas e que a saúde seja mais uma arte e a educação também.

É por isto que as enfermidades da temporalidade, o formalismo e o materialismo, o dandismo e o industrialismo, insistem numa educação que não vise essa morte e essa assunção do saber. Um saber que não se purifica nem se concentra, de modo a orientar-se para o querer, ou dito noutros termos, um saber que me entorpece, que se reduz a ser o meu ter e a minha posse, em vez de estar tão intimamente unido ao que eu sou como Eu, em livre mobilidade, e que não fosse obrigado a puxar uma carga que o entrava, um tal saber percorreria o mundo preservando a frescura dos seus sentidos. Um saber que não se pessoalizou, mal permite uma magra preparação para a vida (STIRNER, 2001, p. 06).

Uma clínica que se instala com a imposição de uma saúde não é o que o *conhecer com vontade* dava margem, visto que, em sua característica, há o saber proferido pelo médico, psiquiatra e psicólogo, que precisa ser seguido conforme sua indicação de tratamento e “cura”. Porém, no Aurora, no espaço da Sala de Espera era inaugurado uma Clínica de Afetos¹¹ entre profissionais, familiares, usuários de drogas, pacientes, amigos de pacientes, etc. Histórias de vida que juntavam prazer, saber e aprender em um dispositivo clínico educacional. O paciente sentia-se ativo, vivo, importante, pois era alguém que dava e não apenas recebia atenção. O saber, antes só proferido pelo médico, psiquiatra e psicólogo no consultório não perdia sua

¹¹ Nós todos criamos essa designação e particularidade da nossa sala de espera. Clínica de Afetos pela forma como todos se sentiam naquele espaço.

função, mas expandia o papel da clínica para que paciente também pudesse conduzir.

A Clínica de Afetos tem um interesse nas particularidades do momento, interessa-se pela sensação de cada questão, mas também das histórias contadas. A didática da Clínica dos Afetos é a liberdade de se fazer livre. Ou seja, tanto interromper aquele que fala e movimentar uma conversa como apenas sentir, ser livre para sentir a multiplicidade dos afetos e afetações de cada encontro.

Se após a conquista da liberdade de pensamento, o objetivo do nosso tempo é a sua prossecução até à culminação que a transformará em liberdade da vontade, realizando-a como princípio de uma nova época, então o saber já não pode continuar a ser o fim último da educação. Pelo contrário, esse papel pertence ao querer nascido do saber, e a expressão gritante daquilo para onde a educação deverá tender, enuncia-se assim: homem pessoal e livre (STIRNER, 2001, p. 06).

Lembro que era muito convidado a fazer trabalhos com alunos de escolas do Ensino Fundamental sobre o tema drogas. Numa ocasião de ida a uma palestra, uma paciente, que fazia meses que não participava das atividades de cuidado do CAPS AD, procurou-me para saber de mim e conversar. Era natural as pessoas que não vinham mais na instituição voltarem para dar notícias. Informei à paciente – que chamarei aqui de Ana – sobre meu compromisso e ela pediu para ir junto. Fomos, então, conversando.

No caminho, entre algumas lembranças de sua passagem e de outros pacientes pelo CAPS, definimos algumas estratégias que não seriam usadas como regras, portanto, não seriam obrigações, mas ponto de partida sobre nosso encontro com os jovens. Neste sentido, foi pensada para a dinâmica da roda de conversa que eu introduzisse o tema – drogas – e Ana complementaria minha fala quando se sentisse convocada em articular com suas experiências ou sensações. Além disso, acordamos que lhe apresentaria como frequentadora do CAPS, ao invés de paciente.

Ao chegarmos, fomos recebidos pela psicóloga e pela professora de Educação Física em um ginásio de esportes. Logo, fomos convidados a nos dirigir ao exterior do ginásio onde alguns adolescentes nos esperavam. Parece que algumas atividades eram realizadas. Sentamos em uma mesa fixa ao chão de terra batida com bancos fixos também. Tanto a professora quanto a psicóloga

demonstraram acolhimento a Ana que parecia tranquila. Ademais, Ana comentou comigo antes de começarmos a roda de conversa que conhecia algumas crianças e seus familiares, o que lhe ajudaria medir a profundidade ao tentar comparar com as situações cotidianas dos jovens.

Fiquei bastante impressionado com a desenvoltura de Ana, sua tranquilidade e firmeza ao falar com a turma de alunos naquela manhã. Além disso, demonstrou propriedade com que apresentou a dura vida do usuário de crack, suas dificuldades e os conselhos sobre a importância de não usar drogas.

Nossa apresentação foi para um grupo de mais ou menos quinze adolescentes, entre eles metade meninos e a outra metade meninas. Alguns desses alunos tinham em suas famílias pais, mães e até mesmo irmãos usuários de drogas. Nossa conversa começou tímida e foi evoluindo para uma troca de informações sérias e engraçadas. Séria por que tocava em um assunto pré-definido através de informações que aqueles jovens tinham a mídia, a educação e a saúde eram os principais formadores de opiniões e conduziam o tema das drogas por meio de campanhas, como a do “Crack, nem pensar”, que transmitem a ideia de que é a droga unicamente perigosa, feia, errada e maléfica. Engraçada por que os assuntos eram conversados de maneira lúdica e prazerosa.

Ana e eu complementávamos um ao outro. Às vezes, Ana fica chocada com exemplos do uso do crack, em que era preciso intervir para não deixar o tema das drogas recair sobre uma visão proibicionista. Em nenhum momento “se deu um sermão”, mas se soube a cada pergunta feita pelos jovens ouvir atentamente e ponderar sobre cada questão, falar com bons detalhes, mas sem deixar o clima pesado.

Ana era alguém que vivera na pele o uso abusivo de crack e conheceu a perspectiva de tratamento baseada na abstinência da droga. Talvez, por isso, às vezes eu precisava mediar/interferir/intervir/administrar o diálogo para não cair na armadilha de direcionar a droga como condição de bem ou mal. Além disso, as colocações da psicóloga e da professora precisavam ter o mesmo cuidado. “O ponto de partida da pedagogia já não poderá ser o desejo de civilizar, mas o de desenvolver pessoas livres [...] (STIRNER, 0000, p. 25)”.

Dessa maneira, uma conversa poderia se tornar imóvel no pensamento, ou seja, um conceito de drogado baseado em um ponto de vista apenas acaba por fechar o pensamento, não há discussão. Diferente disso, seria a proposta de

desmembrar conceitos, colocando, assim, todos em movimento de aprendizagem, um discernimento que tem mais valor do que a ideia pronta. Desta maneira, a conversa poderia ser mais movimento e menos imobilidade de pensamento, ainda que poderia, através desta roda de conversa, formarem-se pontos de vista.

Ana conheceu tratamentos como internação compulsória – foi a primeira pessoa a receber esse tipo de tratamento na cidade – e a internação voluntária. Sobre as internações, foi questionado por uma jovem que desejava saber o que era uma internação compulsória. Primeiramente, esclareci que a Internação Compulsória, na linha das formas “legais” em que saúde e justiça se atravessam – médico e juiz – é a prática de utilizar meios ou formas legais como parte de uma lei de saúde mental para internar uma pessoa em um hospital, asilo psiquiátrico ou enfermaria mesmo contra a sua vontade ou sob os seus protestos.

Mas Ana, que tinha sofrido muito por ter sido levada a força para um hospital, narrou o fato difícil que vivenciou e nos deu outra perspectiva sobre a internação. Explicou que foi durante um período que estava usando crack em excesso, portanto, reconhecendo sua demasia com a droga, que teve o pedido de internação compulsória feita por sua irmã. Ainda assim, disse que: “prefiro ficar nas drogas a receber esse tipo de tratamento que não doeu em meu corpo físico, doeu na alma”. Ana lembrou que o desespero maior aconteceu por ter sido levada sem sua autorização, de surpresa e que um sentimento de humilhação por morar em uma cidade pequena permeou seu pensamento. Ao mesmo tempo considerava que precisava ser feito algo acerca do cuidado naquela época, na qual quase estava perdendo o controle de seu uso de crack.

O fato de ter levado Ana naquela roda de conversa dava a ela a oportunidade de fazer e pensar aspectos diferentes, como falar em público, sair de sua rotina, conhecer pessoas novas, etc., e a mim possibilitava – em meio a uma clínica tradicional que a instituição reforçava como atendimento individual e/ou em grupo – sair da inalterabilidade clínica acadêmica e institucional. “É sempre por via de uma crise, que Foucault descobre uma nova dimensão, uma nova linha. Os grandes pensadores são um tanto sísmicos, não evoluem, procedem por crises, por choques” (DELEUZE, 1996, p. 83 e 84).

Eu queria mudar, eu queria oferecer para mim e para o usuário de drogas, institucionalizado ou não, uma clínica para além do espaço em quatro paredes, sem

precisar abandoná-la, mas compor na linha do cuidado opções de dispositivos práticos.

Desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que [Foucault] chama de “trabalho em terreno”. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas; estas não se detêm apenas na composição de um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, conduzem-no, do norte ao sul, de este a oeste, em diagonal (DELEUZE, 1996, p. 84).

Não sabia se nossa estratégia daria certo, nunca antes tinha levado para uma fala/apresentação uma “paciente” com intuito de contribuir ativamente numa atividade, na qual ela não iria ser o foco a se tratar, mas sim de ajudar a conduzir uma roda de conversa. Porém, o mais importante neste contexto era experimentar; dar ou não certo estava subjacente. Todavia, se aquela prática fosse positiva, ou seja, se Ana tirasse proveito daquele espaço e os jovens também, iríamos ampliar aquela prática de autonomia dos usuários de drogas. Caso não fluísse de modo positivo, que percebêssemos um incômodo em Ana ou nos alunos, iria repensar esta prática de cuidado.

Assim, todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro [...] E, na medida em que se livrem das dimensões do saber e do poder, as linhas de subjetivação parecem ser particularmente capazes de traçar caminhos de criação, que não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo (DELEUZE, 1996, p. 92).

Poderíamos mudar a estratégia de clínica tradicional, inventando novas ações de cuidado e, mesmo assim, repetir uma prática universalista que vê no paciente alguém excepcionalmente merecedor de tratamento. Quer dizer, não é uma estratégia nova de cuidado que vai mudar a perspectiva clínica tradicional em seu contexto, pois ela pode continuar com características diagnósticas de tratamento, visando a trabalhar a doença e não a pessoa para além da doença. Como se refere Corrêa, o “usuário, antes considerado bandido, agora, além de bandido, porque isso pode ser atualizado o tempo todo, é considerado doente. Nas duas situações, ele é passivo” (CORRÊA, 2010, p. 174).

Definir padrões de conduta, mudar o estilo de tratamento pela via da abstinência ou, ao contrário da Redução de Danos, impondo o que é melhor (profissional para o paciente) pode reforçar pessoas passivas. Quer dizer: o dispositivo pode ser uma criação a abrir espaço de vida ou de fechar espaço.

Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes (FOUCAULT, 2015, p. 364).

Penso que, nas apresentações - rodas de conversa e palestras - que tratassem da temática droga, deveria haver um cuidado e dar destaque ao trabalho realizado com o usuário. Do mesmo modo, as estratégias e invenções desse campo deveriam ser o centro das discussões, sem que isso deixasse de lado a droga propriamente dita.

Como se efetua o cuidado? Essa é uma questão ampla se olharmos para além do modelo institucional de tratamento. Quer dizer, para além de uma tradição clínica-médica que como já disse, através de um cientificismo estabeleceu métodos de tratamento a partir da autorização de algumas profissões como o centro de um dispositivo terapêutico. Especialidades como Medicina e Psiquiatria, no contemporâneo, concorrem com outras áreas do conhecimento como Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Educação Especial, dentre outros, que ora se convergem, ora divergem.

Sejam de quais áreas do conhecimento científico se está falando – saúde ou humanas – a clínica baseada no Ato Médico¹² universalizou um tipo de clínica e um saber pertencente a um cientificismo para a padronização de uma noção de saúde e de um tratamento para a obtenção dessa mesma saúde. Na maioria das vezes, essa clínica, com base em estudos científicos, segue um conjunto de meios voltados à identificação de uma eventual doença cujo desígnio é a cura ou conforto de

¹² É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

enfermidades ou sintomas, após a elaboração de um diagnóstico. Portanto, tudo se faz a partir de um diagnóstico.

Tem seu objeto de estudo naquilo que se propõe perscrutar. Atualmente, temas como uso de drogas e depressão ganharam força e estão ligadas a pesquisas que logo são transformadas em sistematizações teóricas e modos de atuação.

Longe de desmerecer qualquer tipo de área do conhecimento mencionado acima e sua prática clínica, pretende-se dar ênfase, aqui, as “potências terapêuticas” que tiveram espaço no meu trabalho junto a usuários de drogas. Acredito que o cuidado é uma ferramenta que se expressa de diversas formas sobre diferentes sujeitos. Dentre esses sujeitos, destacam-se o próprio cuidador (psicólogo, oficinaira, enfermeira e técnica de enfermagem) como agentes que são cuidados pelos frequentadores do CAPS no próprio ambiente de trabalho. “Toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo” (MERHY, 2002, p. 279).

É a partir disso que se quer pensar o ato de cuidar como uma disposição também do usuário do serviço.

[...] o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde (MERHY, 2007).

Em minhas idas rotineiras ao hospital¹³, fui visitar um paciente debilitado fisicamente devido o excesso de álcool – visitas com estratégias clínicas que se tornavam relações de amizade algumas vezes -. Na tentativa de criar vínculo, através de uma conversa e outra com ele e sua esposa, percebi que o casal não recebia qualquer tipo de visita. Era evidente que naquela rotina árdua, dia após dia, as únicas pessoas que viam eram da equipe do hospital. Estavam abatidos e tristes. Notei que as visitas, para muitos pacientes, faziam diferença na recuperação. Ou seja, a visita era um momento esperado, uma esperança de ter alguém com quem

¹³ Frequentemente, ia ao hospital fazer visitas para pessoas que tinham relações com as drogas, Essas visitas tinham o intuito de criar vínculo com pacientes e de ampliar o vínculo com os trabalhadores do local, fazendo com que, por meio de conversas informais, soubessem que o Aurora oferecia de cuidado.

conversar, compartilhar informações sobre saúde e doença, saber do mundo “lá” fora, compartilhar sonhos, etc.

Foi então que tive a ideia e sugeri aos membros da Terapia em Grupo¹⁴, que realizávamos uma vez por semana no Aurora, que quem se sentisse interessado em realizar uma visita para aquele casal que assim o fizesse (o casal, já estava a par de tal possibilidade e queria as visitas). Essas visitas tinham proposições como vincular alguns pacientes que há muito tempo não frequentavam o CAPS, dar início a um Acolhimento, mostrar para o frequentador que ele tinha capacidade de ajudar e diminuir o sofrimento de quem estava internado. Eram visitas muito simples. O frequentador chegava lá e conversava com o interno sobre tudo: futebol, pescaria, relações de amizade, etc.

Se você quer saber algo e não o consegue através de reflexão, então aconselho, meu caro, engenhoso amigo, a falar sobre o assunto com o primeiro conhecido que encontrar. Não é necessário um cérebro de pensamentos ardilosos, e também não quero dizer que você deva questioná-lo sobre o tema, não! Mais que isso, você mesmo deve contar-lhe tudo, antes de mais nada. [...] agora quero que você fale com o sensato propósito de instruir *você* mesmo [...] (KLEIST, 1992, p.229).

Um dos membros do grupo voluntariou-se em fazer essa estratégia clínica. Neste caso, não precisei acompanhar o frequentador, uma vez que tinha confiança nele, e aquela clínica de experimentação era uma particularidade de seus realizadores. No entanto, esperava ansioso um retorno dos três (frequentadores e o casal). Essa visita rendeu aos três o começo de uma amizade que pude acompanhar no decorrer dos nossos encontros. Essa experimentação clínica teve sua culminância depois que o paciente ganhou alta do hospital e convidou o frequentador para passar alguns finais de semana em sua chácara. Não sei detalhes de como ocorreu o primeiro encontro e os outros que se sucederam até sua alta do hospital, mas sei que se encontravam. Essa estratégia de cuidado com o

¹⁴ É um método de psicoterapia. Usando como base a teoria da ação racional, a sessão da terapia em grupo visa investigar a congruência entre as atitudes das pessoas participantes da reunião. A coleta de dados e a monitorização é realizada por um profissional da área de saúde mental. As pessoas reunidas ouvem depoimentos uns dos outros e se manifestam contando como e por que iniciaram e convivem com problemas como por exemplo: a dependência química. Esse é considerado um passo muito importante para um dependente químico pois é o momento em que ele assume o problema e adquire a convicção de que necessita de ajuda para retornar à sociedade.

frequentador do Aurora como um “terapeuta” teve mais adesões com outros pacientes internados.

Outra clínica importante foi um programa de rádio desenvolvido conjuntamente com os frequentadores do CAPS AD Aurora, executada em uma rádio da cidade. A ideia surgiu com a proposta de levar os frequentadores produzirem processos autônomos de pensamento através de temas diversos do contemporâneo como sexo, drogas, saúde, educação, amizade, futebol, etc.

Mas como se produz uma “outra” clínica? Permitir-se aprender com os detalhes. Assim, outra “cura” e outra relação com o entendimento sobre drogas serão descobertos. Os detalhes que não vemos quando acreditamos em slogans “drogas matam” e “guerra às drogas” são que os usuários de drogas são igual a nós, ou nós somos iguais a eles. Sendo assim, uma outra clínica é se desprender de tratamentos que prendem o pensamento dos pacientes e inventar cuidados que coloquem o paciente como pessoa ativa nas práticas desse mesmo cuidado.

Para a realização do programa, encontrávamo-nos na instituição e pensávamos em pautas que serviriam para nortear nossa conversa. Para dar mais tranquilidade na realização, ensaiávamos alguns textos que leríamos no programa e escolhíamos as músicas da semana. Ter um programa de rádio enchia todos de felicidade e de ansiedade, conforme Figura 06.

Figura 06 – Equipe de profissionais da rádio da cidade e integrantes do Programa Aurora



Fonte: acervo pessoal/2013.

Todas as sextas-feiras, às 10h horas da manhã, ao som de “Cowboy fora da lei¹⁵”, de Raul Seixas, começávamos o Programa Aurora. A música foi um símbolo do programa, pois sempre ficava de fundo e trazia uma energia para o grupo que, entre preocupação misturada com alegria, realizava o programa. Os parentes dos frequentadores eram avisados para nos escutarem.

Tinha o momento do abraço em que cada integrante destacava aquele amigo ou aquele parente que desejasse mandar uma palavra de carinho. Esse era o momento da entrevista que não estava na pauta, mas que era espontâneo dos participantes.

Uma vez, emocionamo-nos com um frequentador, que chamarei aqui de Benedito, que é HIV positivo, mas nossa emoção não vinha de qualquer tipo de pena em relação a sua doença, mas ao que ele disse: “Não sou eu que tenho que conviver com a AIDS, mas é ela que tem que conviver comigo.” Naquele momento, nossa pauta mudou, tudo o que tínhamos planejado se voltou para uma entrevista com Benedito que falou sobre a visão de quem tem HIV, diferente de muitas entrevistas, quase sempre com especialistas no assunto. O tom da entrevista foi de emoção e curiosidade, atentos ao que Benedito trazia como o cuidado e a responsabilidade de tomar a medicação para o tratamento do HIV, porém, com muito bom humor. O riso também fazia parte daquela entrevista. A sabedoria de Benedito incluía emoção e diversão.

Havia um senhor do qual chamarei, aqui, de Damião que ultimamente não frequentava o CAPS. Porém, quando ficou sabendo do programa de rádio, animou-se para fazer parte da equipe do programa. No entanto, Damião, algumas vezes, começou a aparecer sob efeito de álcool no CAPS, e isso desestruturava o restante dos profissionais que, embora trabalhassem com usuários de drogas, não se sentiam confortáveis em atendê-los sob efeito da droga. Existia uma preocupação referente a seu estado mental, mas a preocupação era muito mais com a equipe de trabalhadores do que com Damião. Porém, não pedi que Damião parasse de beber, apenas, se tivesse vontade que ficasse livre de frequentar o CAPS AD, desde que não causasse tumulto. Aos poucos, nós aprendíamos que existia uma possibilidade de cuidar de quem estava sob efeito de álcool, afinal, ali era o espaço para isso. Era

¹⁵ Esta canção foi escolhida por mim. Entendi que uma letra séria e ao mesmo tempo descontraída e agradável de se ouvir tinha a ver com nosso programa.

gratificante perceber Damião aplicado na produção do programa de rádio. Damião que, antes reivindicava internação, procurava-nos com ideias sobre o programa.

Assim, parece que um tipo de estratégia de cuidado adapta-se ao contexto existencial (estratégia montada a partir de uma cultura do frequentador) de cada pessoa. Isso é semelhante com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é uma estratégia que se adapta na singularidade dos indivíduos.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2008, p.40).

No caso dos PTS, cada ser humano é único, todos nós somos moldados pelas nossas experiências individuais, assim, cada um possui características particulares. No entanto, no Aurora, não havia uma formalização dos PTS, pois não tinha uma organização para essa prática. No entanto, ela existia com caráter informal, ou seja, eram adaptadas práticas de cuidado baseadas em histórias de vida que os frequentadores contavam e um grande grupo poderia fazer parte. Ou seja, o programa de rádio foi inspirado em duas pessoas que foram radialistas e a oficina de dança em um frequentador que tinha gosto pela dança de rua.

Com a tentativa de integrar conhecimento de fora da cidade com o conhecimento local criou-se um evento, o que implicou na união dos frequentadores e funcionários do Aurora para a produção desse acontecimento. Na composição de autonomia dos frequentadores do Aurora, quase todos os movimentos de práticas inventivas, com base na linha do cuidado, eram constituídas conjuntamente.

Começamos realizar encontros semanais para o desenvolvimento das equipes. Um grupo composto pela enfermeira, técnica em enfermagem e assistente social, pediram para fazer parte da equipe de recepção (preenchimento dos nomes das pessoas para posteriormente confeccionarem os certificados de participação do evento). Depois, formou-se o grupo de filmagem composto por um frequentador sob

supervisão de uma estagiária do Aurora. Como mostra a Figura 07, a qual ilustra o ensaio para o evento, a equipe de profissionais conjuntamente com frequentadores trabalharam de forma igual, sem hierarquias.

Figura 07 – Ensaio para o Evento do Aurora



Fonte: acervo pessoal/2013

Quando se trabalha uma clínica a partir de experimentações de cuidado que fogem a estratégias institucionalizadas sempre há riscos envolvidos. A invenção do novo causa estranhamento e desafia hábitos e regras da instituição. A experimentação clínica pode ser, sempre, alvo de reclamações, de comentários e críticas desestimulantes e, no limite, de denúncias.

A experimentação, aliada à abertura do novo na clínica, serviu para produzir significado na formação que antes era engessada e devedora de uma noção hegemônica de clínica e saúde. O sofrimento, então, antes enquadrado no padrão de doença e sofrimento, agora, fazia parte de um aglomerado de emoções: felicidade, tristeza, medo, surpresa, raiva, nojo, amor, entre outros sentimentos.

Via-me em uma situação nova que era preciso, às vezes, ultrapassar certos limites de responsabilidade, pois, se pensasse muito, não acolheria casos como o de Damião e perderia toda a oportunidade que tivemos, mesmo quando ele aparecia em estado de embriaguez alcoólica. “Desacomodar, desterritorializar do identitário é uma intenção positiva nessas situações.” (MERHY, 2009 p. 11).

5 “DOUTOR, EU TE LEVO, SOBE AQUI”

É preciso saber perder-se quando queremos aprender algo das coisas que nós próprios não somos.

Friedrich Nietzsche

Pensar a clínica em uma perspectiva educacional é quase um enigma indecifrável. Talvez por que temos, *a priori*, uma noção objetiva, isto é, dificilmente nos é ensinado a olhar um acontecimento qualquer para além de um ponto de vista. Então, para que se possa pensar uma clínica conjuntamente com uma proposta educacional na linha do cuidado, é preciso que se faça uma distinção entre educação e escolarização.

O primeiro vem como uma das características importantes que distinguem o gênero humano a partir da faculdade da memória e da sua capacidade de construir ferramentas aliadas à vida em sociedade, na conseqüente união destes aspectos na construção da cultura. Deste modo, viver em sociedade implica estar envolvido por situações de educação, seja de um indivíduo para com o outro, do meio social para com o indivíduo e vice-versa, e ainda, do indivíduo ele mesmo com tudo que o cerca. Educação é qualquer movimento que produz uma modificação. Um movimento do pensamento, um movimento do corpo, um movimento no espaço, qualquer coisa que produza variação em termos de compreensão ou de perspectiva ou de visão. A educação assim, não conduz necessariamente ao bem, à felicidade ou ainda a um ideal de humano e de sociedade. Educação e processos educacionais não são bons. E não são maus. São processos de modificação (CORRÊA, 2011, p.187).

Esta clínica-educação que é relatada e ilustrada neste trabalho está vinculada a uma sensibilidade do trabalhador frente à potência ativa a que tem um usuário de drogas. Foi por isso que se produziram novos caminhos na área do cuidado. As histórias do usuário de drogas como fontes de aprendizados para o profissional, contudo não são apenas um aprendizado que dá a direção de como lidar com o paciente, mas um aprendizado de uma natureza que coloca o usuário de drogas como um ser apto a ensinar isso.

Isso faz toda uma diferença no campo da educação e da clínica, pois o usuário passa a acreditar, com certa desconfiança, afinal, dificilmente, é encarado como agente ativo numa dinâmica clínica, na qual que seus modos de vida têm valor. Educação, então, é esse movimento que produz uma modificação. Por isso,

ela pode acontecer em qualquer movimento: livro, amigo, psicólogo, educador, usuário de drogas, etc. Porém, esse movimento, para ser ligado a essa perspectiva educacional que estamos falando, significa liberdade.

A escolarização, por sua vez, é, também, educação só que vinculada a objetivos institucionalizados. Almeja-se com ela um tipo de homem e um tipo de sociedade. A escola funciona dentro desses objetivos como máquina, aparelho ou dispositivo que pode ser acionado pelo centro de decisões de qualquer poder (religioso e/ou político e/ou econômico) que esteja em vigência, onde se processa a fabricação desses indivíduos ideais e, na lógica desses poderes, conseqüentemente, da sociedade. A escola tem como ação fundamental a uniformização das mais diversas formas de sociabilidade e modos de vida ao recobri-los com o véu da cidadania: condição essencial para a ação do Estado. A escolarização pressupõe garantias e delas depende. Desse modo, inventar espaços próprios para a educação, controlar o tempo em que se desenvolvem as atividades, selecionar saberes aos quais se confere caráter de universalidade, inventar uma relação saber-capacidade, obrigar à frequência, desqualificar outras práticas em educação, seriar, avaliar e certificação garantias vitais do processo de escolarização. O rompimento de qualquer uma dessas garantias põe em risco, a ponto de impedi-lo, o funcionamento da maquinaria escolar. A escolarização tem um fim na formação do cidadão útil, enquanto que a educação não (CORRÊA, 2011, p.187).

Vale lembrar que Foucault (2006, p. 44) descreve que um “sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”. Logo, o autor nos faz pensar em uma educação institucional e hierarquizada. Mesmo assim, é preciso estar atento a uma estratégia de cuidado que produza um movimento ao invés de um enrijecimento/enquadramento no pensamento dos usuários de drogas.

Assim, da clínica e da educação do enquadramento impostas por definições prontas de modelos de tratamento (clínica) e ensino (escolarização), que ditam modos de funcionamentos a partir de comportamentos com base naquilo que se estuda e se pretende como “normal” (o não uso drogas, ser estudioso, ser trabalhador de carteira assinada, etc.) parte-se para uma clínica e uma educação que convoquem as pessoas – neste caso, o usuário de drogas – a olhar para além da droga. Mas o que isso tem a ver com o dispositivo de uma clínica educacional?

Se uma noção qualquer de saúde-doença¹⁶, por exemplo, inquieta, isto, é um sinal de um movimento por começar. Um movimento que, dentro de nós, agita-se

¹⁶ Noções de saúde-doença dão vazão a estratégias terapêuticas para obtenção de tal saúde.

para além do bem e do mal, ou seja, uma questão problema pode ser o vetor que nos coloca a inventar formas de agir: agir contra o instituído, agir a favor do instituído, enfim, agir. Nesse sentido, este movimento independe de produzir ações positivas ou negativas, o dispositivo é o movimento, um “repúdio dos universais” (DELEUZE, 1996, p. 65).

Na época em que este trabalho foi realizado com os usuários, a cidade vivia uma espécie de cultura das interações, na qual, no mínimo, três instâncias pediam interações e medicações como única forma de tratamento para as drogas (profissionais da cidade, familiares dos usuários de drogas e os próprios usuários). Problematizar o dispositivo é condição para a produção de dispositivos que permitam outros modos de relação com a questão do uso de drogas. “E cada dispositivo é uma multiplicidade na qual esses processos operam em devir, distintos dos que operam noutra dispositivo” (DELEUZE, 1996, p. 66).

À medida que um não contentamento instala-se, ele pode produzir, causando, assim, processos de subjetivação. Essa produção de pensamento pode silenciar ou movimentar novas práticas, novas estratégias frente ao universal. Porém, não se sabe se o novo terá êxito para o que se quer (um novo cuidado para potencializar a saúde).

Alguns frequentadores do Aurora encontravam-me na rua para conversar. Um dispositivo clínico em minha frente. Quando me dei por conta estava caminhando e falando sobre tudo. “Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – *peripatetismo* – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento” (LANCETTI, 2009, p. 19). Não abandonei a clínica tradicional, mas usei ela como ferramenta para produzir um novo. Tinha a experiência da escuta, passei, então, a escutar andando, como na ilustração da Figura 08, em que mostra uma das minhas estratégias: andar na rua escutando e conversando.

Figura 08 – Frequentadores conversando comigo enquanto caminhavam pela cidade



Fonte: acervo pessoal/2013.

No plano da clínica cada um, e todos, podem ocupar o lugar de terapeuta. Em outras palavras, uma clínica em movimento não é perpetrada apenas por um psicólogo ou psiquiatra, mas qualquer um pode realizar. Isto é, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, até mesmo, um paciente pode dispor dessa estratégia terapêutica. Sua função subverte a relação psicólogo (ativo), com paciente (passivo).

A clínica, em uma perspectiva educacional, sugere que o “terapeuta” dispa-se de um ponto de vista só. No entanto, como nos adverte Nietzsche,

ver assim diferente, querer ver assim diferente, é uma grande disciplina e preparação do intelecto para a sua futura "objetividade" - a qual não é entendida como "observação desinteressada" (um absurdo sem sentido), mas como a faculdade de ter seus prós e seus contras sob controle e deles poder dispor: de modo a saber utilizar em prol do conhecimento a diversidade de perspectivas e interpretações afetivas (NIETZSCHE, 2015, p. 100 e 101).

Inúmeras estratégias para um problema, ou vários problemas para uma só estratégia. Nesse sentido, usar em valor do conhecimento a pluralidade de perspectivas.

Existe apenas uma visão perspectiva, apenas um "conhecer" perspectivo; e quanto mais afetos permitirmos falar sobre uma coisa, quanto mais olhos, diferentes olhos, soubermos utilizar para essa coisa, tanto mais completo será nosso "conceito" dela, nossa "objetividade". Mas eliminar a vontade inteiramente, suspender os afetos todos sem exceção, supondo que o conseguíssemos: como? – não seria castrar o intelecto? (*IBIDIM*)

Para se chegar a uma clínica de bons encontros, foi preciso ter passado não só pelo Ítaca com sua perspectiva de liberdade no cuidado e no respeito com o usuário de drogas, mas por todas as experiências sobre o que é droga, da mais moral a mais livre. A partir disso, pude não escolher uma, mas inúmeras maneiras perspectivas de agir e pensar.

Não estou negando aquilo que conheci durante os anos da constituição e da formação até o presente. Pelo contrário, tudo ajudou para pensar o que hoje acredito, e isso agrega que continue em constante aprendizado e que posso utilizar de várias perspectivas, um estilo múltiplo.

Deleuze diz que “os grandes filósofos são também grandes estilistas” (DELEUZE, 2010, p.208). Penso que, como psicólogo, eu também era assim através de minha prática. Deleuze ainda fala que esse estilo, em filosofia, é um trio.

O estilo em filosofia tende para três polos: conceito ou novas maneiras de pensar, o percepto ou novas maneiras de ver e ouvir, o afeto ou novas maneiras sentir. É a trindade filosófica, a filosofia como ópera: os três são necessários para *produzir o movimento*” (DELEUZE, 2010, p. 208).

Fazendo um deslocamento conceitual de escrita filosófica para a prática das invenções no Aurora, penso que o estilo tinha o infinito como estratégia. A invenção estratégica movimentava-se em um campo vasto de possibilidades, novidades, formas, enfim, de estilos. Pode-se dizer que um estilo englobava tudo isso, ou seja, o estilo da experimentação.

5.1 UMA CLÍNICA DO ENCONTRO

Um dia, quando estava quase saindo para uma reunião, um frequentador me procurou para um atendimento. Como não havia um grande sofrimento aparente do frequentador, esle passou a me acompanhar. Quem caminha com um usuário de

droga na rua consegue ver para além de uma pessoa que usa drogas e consegue ver uma outra rua também. Mas, para isso, o terapeuta tem que deixar alguns vícios de analisar cientificamente e tecnicamente o que está sendo dito, ou seja, pensar que ali tem “alguém se movendo, com sonhos, vontades, tristezas, experiências, preferências, limites próprios de suportabilidade, amor, desafetos, etc” (CORRÊA, 2009, p.167).

Outro fato aconteceu quando um frequentador me convidou para almoçar em sua casa. Um convite que, em outra época, não pensaria duas vezes em recusar. Mas, desta vez, fiz-me uma pergunta: por que não? Sair do convencional faz com que esse tipo de prática oferte à primeira vista “a marca da ousadia, da invenção e de uma potência de transformação francamente terapêuticas” (LANCETTI, 2009, p. 23). Sendo assim, as transformações terapêuticas vão além de uma transformação para o paciente, frequentador ou usuário de drogas, mas o terapeuta também se modifica, caso contrário nada acontece de novo.

Lembro que, quando estávamos muito tempo ociosos no Aurora, eu na sala de atendimento e os frequentadores na sala de espera, inventávamos uma estratégia simples, mas importante, mesmo que aparentemente parecesse comum. Comprávamos caixas de chocolate, todos iam juntos ao mercado. Um frequentador tinha o histórico de furto¹⁷ em mercados, o que, naquele momento, ele presenciava outra proposta. Reuníamos-nos na esquina do Aurora e lá conversávamos sobre nossas vidas comendo chocolate.

Quando precisei fazer uma Visita Domiciliar (VD) para uma mulher que estava grávida e, segundo informações, usando crack em excesso. Essa pessoa tinha o histórico de apresentar uma personalidade hostil em relação aos profissionais da saúde; então, achei importante perguntar para um grupo de frequentadores do Aurora como eles achavam que eu poderia me aproximar dessa mulher.

Disseram que, para eu ter “chances” dessa pessoa me escutar, eu teria que chegar com calma mostrando interesse em conhecê-la e não abordar o assunto sobre internação, a não ser que partisse dela. Assim, eu teria alguma chance de ganhar sua confiança e poderíamos conversar.

Mesmo na clínica do encontro, senti a necessidade de realizar aquilo que aprendi: ouvir um problema e procurar uma resposta técnica/científica àquilo que

¹⁷ Caracterizado pela apropriação de objeto alheio, sem consentimento e sem o uso de violência.

apresentava o frequentador. No entanto, perdia de conhecer mais sobre a vida do frequentador tentando analisá-lo tecnicamente. Foi, então, que precisei me despir do modelo clássico da clínica e começar com tranquilidade e clareza o trabalho, para a pessoa ficar confortável para ter um diálogo.

Quando, assim, uma ideia é expressada de modo confuso, a conclusão não será a de que ela foi pensada confusamente, mas que com facilidade poderia acontecer que o mais confusamente expressado seja justamente o pensado com mais clareza (KLEIST, 1992, p. 233).

Em outra ocasião, ao terminar uma VD, já retornando ao meu próximo compromisso – uma reunião na Secretaria de Saúde –, um frequentador do CAPS que cruzara por mim de carroça pediu para que eu conversasse com ele. Como não havia um sofrimento aparente em seu semblante, a prioridade era meu compromisso. Foi então que recebi o convite: Doutor, eu te levo, sobe aqui. Partimos, então, para o meu compromisso que ficava a algumas quadras dali. Ainda estava tentando me acostumar com o movimento daquela carroça, já que à medida que íamos progredindo, meu corpo seguia um movimento de vai e vem em desarmonia diferente do condutor/frequentador que tinha um ritmo com cavalo e a carroça, quando percebi que estava clinicando ali mesmo.

A clínica da experimentação promove encontros e convida o profissional lidar com uma perspectiva de invenção, caso se sinta convocado a desenvolver um cuidado, terá que experimentar inspirações e se guiar por propostas dos pacientes/frequentadores/usuários de drogas. Por esse ângulo que a clínica da experimentação acaba investindo no frequentador como pessoa ativa no processo clínico. Em outras palavras, um paciente que é mediador, coordenador, ajudante, etc., sem deixar de ser paciente/frequentador.

É na clínica da invenção que a educação surge como ponto nodal, pois, assim como o profissional se permite quebrar o instituído, ou o que foi ensinado a fazer na universidade, dá vazão a outra proposta de trabalho que inclui clínica e educação. Logo, a educação como parte de um processo clínico que se atravessa no processo do cuidado.

Na maioria dos casos, esta clínica, dispensava agendamentos prévios, típicos de um modelo institucional que tem por definições um número exato de pacientes diários e geralmente não aceita atender quem não está na lista do dia. Ora, se uma

das situações da clínica do encontro lida com o inusitado, nada mais salutar que trabalhar em uma perspectiva sem agendamentos prévios.

“A subjetividade [...] não conhece nenhuma instância dominante de determinação que guie as outras instâncias segundo causalidade unívoca. (GUATTARI, 2006, p. 11)”. Quando o profissional permite-se aprender com o usuário de drogas, não é por isso que um cuidado deixa de existir. Se a clínica é a produção de subjetividade, essa constante transformação é o movimento que se busca, no qual frequentador e profissional já não pertencem mais aos começos de suas caminhadas na clínica.

Por isso, não se compactua com um modelo, ela não é um método. Está muito mais para estratégia e arte do que uma estrutura sistêmica de processos. Neste sentido, é uma estratégia em movimento que não se limita em normalizar, em ritualizar processos de cuidado. O profissional se assemelha a um artista, pois, de maneira geral, é uma pessoa envolvida na produção na improvisação criativa. Se há um padrão neste contexto – terapeuta/artista –, esse é o da multiplicação de estratégias de cuidado das mais variadas, e não a de um enquadramento universal de jeito de tratar.

5.2 ATRAVESSAMENTOS DA CLÍNICA E DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO

Certamente, não se está fazendo referência às sessões de ensino-aprendizagem de conteúdos programáticos que caracterizam o sistema educacional escolar. Esse modelo, conforme Corrêa e Preve:

Aprender, antes de ser a assimilação de conteúdos, implica num exercício constante e invariável de imobilização do corpo. Independentemente dos conteúdos, que podem ou não ser assimilados, é cada vez mais comum jovens que terminaram o Ensino Fundamental, serem classificados como analfabetos funcionais – a ação educacional da escola, o que se aprende, é a contenção das forças de expansão do corpo em situações de ensino-aprendizagem. Nesse jogo, os conteúdos, como cúmulo de conceitos e modos de percepção (científicos) fixados nos conteúdos escolares, contribuem para tomar o lugar do pensamento na medida em que a escola se propõe a ensinar a pensar. O exercício de ensino aprendizagem

contribuiria, assim, para uma dupla imobilização (Corrêa e Preve, 2009, p. 22).

Uma clínica, também, poderia fazer referência a um modelo do aprender escolar. Caso o profissional (médico, psiquiatra ou psicólogo) adeque normas de funcionamento terapêutico para cada tipo de sofrimento, assim, também, estará reproduzindo o que o professor transmite ao aluno. Mas poderia, ainda, seguir um modelo jurídico: seja na clínica, educação ou justiça, elas se justificam como estratégias dignas do “bem”. São incapazes de reconhecer suas crises, presídios lotados, por exemplo, e quando se dão conta disso, colocam o mesmo modelo punitivo, a construção de mais presídios como solução.

Por muito tempo, e ainda em nossos dias, em boa parte, a medicina, a psiquiatria, a justiça penal, a criminologia ficaram nos confins de uma manifestação da verdade nas normas do conhecimento e de uma produção da verdade na forma da prova: tendendo sempre esta a se esconder sob aquela e a fazer-se justificar por ela (FOUCAULT, 2014, p. 245).

Então, o que é uma perspectiva educacional dentro de uma clínica? Destaco, portanto, como processo educacional as situações nas quais se aprende e se passa de um modo de compreensão de alguma coisa, situação ou fenômeno, para outra. Situações de problematização ou, ainda, quando se move o pensamento. Penso que é nisso que toma importância o que chamamos de perspectiva educacional: problemas, questões em torno das quais movemos o pensamento. Numa perspectiva educacional, o que se busca é ampliar o horizonte de compreensão de uma questão pela via da sua problematização, ou de um conhecer com vontade. Sendo assim, é isso que distingue o fazer das situações educacionais dos fazeres próprios dos âmbitos da saúde institucionalizada (doença-diagnóstico-tratamento medicamentoso-cura); da justiça (tribunal-julgamento); da polícia (repressão); da clínica tradicional na psicologia (analista-analisando-*setting* terapêutico).

Clínica e educação na linha do cuidado cruzam-se quando, nesta perspectiva do cuidado, não se caracterizam do ponto de vista do ensino-aprendizagem. Assim,

as experiências em relação aos usuários de drogas, que partem do conhecimento dos seus saberes e dos processos educacionais inerentes aos seus modos de vida, que praticas ligadas à noção de redução de danos demonstraram à potência a educação atuar ao tema. Potência que está numa não hierarquização entre saberes, num olhar não moralizante sobre a

situação do uso de drogas e na implicação das pessoas a partir de suas vidas e seus interesses (CASAROTTO, 2009, p. 144).

Quanto à clínica e à educação, elas não podem julgar ou taxar. Desprendem-se de uma linha dor-cura para uma dor-pensar. Além disso, ao se trabalhar com a cultura do frequentador, ou usuário de drogas, a disposição do profissional, a possibilidade é muito maior de aprender do que tratar. Porém, ainda assim, existe, paralelamente a esse modo de aprender, um tratamento, sendo que o diagnóstico e a cura perdem o foco principal nesse tratamento.

Uma clínica com proposta educacional desconecta-se de uma perspectiva científica de saúde vigente. Desconecta-se do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais ou (DSM), que é um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para deliberar como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. Empregado por médicos, psiquiatras, psicólogos e até terapeutas ocupacionais foi criado em 1952, esse manual tem sido uma das bases de diagnósticos de saúde mental mais usado no mundo.

Pensar uma clínica da experimentação fez com que, no Aurora, clínica e educação se encontrassem. Não sei ao certo se o processo educacional, dentro da clínica, foi planejado ou se aconteceu só mais tarde, quando comecei a redigir esta dissertação.

No entanto, essa é a beleza da clínica da experimentação, do encontro e da invenção. Ou seja, produzem-se muitas coisas que sabemos, muitas coisas descobrimos ao fazer, muitas coisas que descobrimos só depois de fazer, outras que só outras pessoas percebem e, ainda, outras que, talvez, nunca vamos descobrir, mas não é por isso que não farão sentido.

Vamos experimentar...

6 REFERÊNCIAS

ABORDA. Associação Brasileira de Redução de Danos. **O que é Redução de Danos?** Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com.br/p/o-que-e-reducao-de-danos.html>>. Acesso em: 12 ago 2017.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>. Acesso em: 25/ julho /2017.

BARROS, M. **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

BRASIL, M S. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2 ed. Brasília: Editora MC, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 12 jul 2017.

CASTRO, R. **Flor de Obsessão**: as 1000 melhores frases de Nelson Rodrigues. Organização: Ruy Castro. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

CAPONI, S. **Da Compaixão à Solidariedade**: Uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CORRÊA, G. C. **Educação, comunicação e anarquia**: procedências da sociedade de controle no Brasil. São Paulo: Cortez, 2006.

CORRÊA, G. C; PREVE, A. M. H. **A educação e a maquinária escolar**: produção de subjetividades, biopolítica e fugas. *Revista de Estudos Universitários*, v. 37, nº 2, p. 181 201, 2011. Disponível em:

<<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=reu&page=article&op=view&path%5B%5D=652>>. Acesso em 20 jun 2017.

_____. **O que é a escola?** In: Maria Oly Pey. (Org.). Esboço para uma história da escola no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 2000.

_____. **Drogas para além do bem e do mal.** In: Loiva Maria De Boni Santos. (Org.). Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que usam Drogas. 1º ed. Porto Alegre: ideograf, 2010.

DELGADO, P. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed, 2007.

DELEUZE, Gilles. **O mistério de Ariana.** Lisboa: Veja. 1996.

_____. **A ilha deserta:** e outros textos. São Paulo: Iluminuras, 2010.

_____. **Crítica e clínica.** Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997 (do original Critique et clinique, 1993).

DELEUZE, G. **Conversações.** Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Trad. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **O abecedário de Gilles Deleuze.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/faced/tomaz/abc1.htm>> Acesso em: 03 março 2006. Consultado em março de 2006.

FOUCAULT, M. **Filosofia, diagnóstico do presente e verdade.** Ditos e Escritos X. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões.** Trad. de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. **A Ordem do Discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Robert Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2015.

FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura 2**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

GUATTARI, F. **Caosmose** – um novo paradigma estético. São Paulo: 34, 2006.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. Trad. Valério Rohden e Udo B. Moosburger. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KLEIST, H. V. **A marquesa d'O... e outras histórias**. Trad. Cláudia Cavalcanti. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde**: a Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf>. Acesso em: 01 ago 2017.

NIETZSCHE, F. **Além do Bem e do Mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia das letras. 1992.

_____. **A Gaia Ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. *Genealogia da Moral*. São Paulo: Companhia de Bolso. 2015.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade**: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora, 2009.

PORAZZI, A. R. **Projeto Ítaca**: estratégias educacionais para abordagem da questão das drogas, Dissertação (Mestrado em Educação), UFSM, Santa Maria, 2010.

RILKE, R. **Cartas a um jovem poeta**. 32.ed. Tradução de Paulo Ronái. Porto Alegre: Editora L&PM, 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina. 2006.

SZASZ, T. **Cruel Compaixão**. Tradução de Ana Rita P. Moraes. Campinas: Papirus, 1994.

SZASZ, T. S. **Ideologia e Doença Mental**: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

PASSOS e BENEVIDES. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. (Org). **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PREVE, A. M. **Mapas, prisão e fugas**: cartografias intensivas em educação. 2010. 85f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, São Paulo.

STIRNER, M. **O único e a sua propriedade**. Lisboa: Antígona, 2004.

_____. **O Falso Princípio Da Nossa Educação**. São Paulo: Imaginário, 2001.