



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

JOÃO BALIEIRO BARDY

**Vírus, cachimbos e cuidados: uma etnografia sobre o cuidado e as  
drogas na pandemia de Covid**

**Campinas  
2022**

**JOÃO BALIEIRO BARDY**

**Vírus, cachimbos e cuidados: Uma etnografia sobre o cuidado e as drogas na pandemia  
de Covid**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Taniele Cristina Rui

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA  
PELO ALUNO JOÃO BALIEIRO BARDY,  
E ORIENTADA PELA PROFA.  
DRA. TANIELE CRISTINA RUI

**Campinas  
2022**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

B236v Bardy, João Balieiro, 1997-  
Vírus, cachimbos e cuidados : uma etnografia sobre o cuidado e as drogasna  
pandemia de Covid / João Balieiro Bardy. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Taniele Cristina Rui.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de  
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Saúde. 2. Covid 19 - Aspectos sociais. 3. Serviços de saúde mental. 4.  
Cuidados. 5. Drogas. I. Rui, Taniele, 1982-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Viruses, pipes and cares : an ethnography about care and drugsduring the  
covid pandemic

**Palavras-chave em inglês:**

Health

COVID-19 (Disease) - Social aspects

Mental health services

Cares

Drugs

**Área de concentração:** Antropologia Social

**Titulação:** Mestre em Antropologia Social

**Banca examinadora:**

Taniele Cristina Rui [Orientador]

Maria Paula Gomes dos Santos

Bruno Ferrari Emerich

**Data de defesa:** 23-02-2022

**Programa de Pós-Graduação:** Antropologia Social

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0736-81>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0307207799676175>

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Mestrado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 23 de Fevereiro de 2022, considerou o candidato João Balieiro Bardy aprovado.

Prof(a). Dr(a). Maria Paula Gomes dos Santos

---

Prof(a). Dr(a). Bruno Ferrari Emerich

---

Prof(a). Dr(a). Taniele Cristina Rui

---

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Ao médico que quando eu precisava de diálogo e compreensão  
sugeriu à minha mãe uma internação em clínica de recuperação  
e à minha mãe que nunca cogitou essa possibilidade

## **Agradecimentos**

Aprendi ao longo do tempo deste mestrado que toda tese é um esforço conjunto e coagula múltiplas pessoas, saberes e afetos para poder vir a ser.

Agradeço em primeiro lugar à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo suporte financeiro para a realização do mestrado (Processo nº 2010/13958-1); e também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Sem o financiamento público e o investimento em pesquisa científica este trabalho provavelmente não teria a mesma potência. Foi somente através destas duas bolsas que pude me dedicar em tempo integral à realização desta dissertação. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou a bolsa de minha iniciação científica e me possibilitou cultivar o interesse que hoje tenho pelo cuidado de pessoas que fazem uso de drogas.

Agradeço imensamente ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp (IFCH-Unicamp) que foi minha casa durante os últimos 7 anos. Agradeço também o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Unicamp (PPGAS-Unicamp) que acolheu esta pesquisa de mestrado e produziu inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e coletivo aos seus discentes, mesmo durante o período da pandemia de COVID-19. Agradeço em particular os funcionários Reginaldo Alves do Nascimento, Sonia Beatriz Miranda Cardoso e Tatiana Yoshida e a coordenadora do PPGAS durante este período, que também foi minha professora, Joana Cabral de Oliveira pelo diálogo institucional impecável e o acolhimento de todas as demandas, inquietações e ansiedades que levei ao programa.

Agradeço também aos meus interlocutores de pesquisa, que infelizmente não posso mencionar aqui pois seus nomes foram mantidos em sigilo na pesquisa. Obrigado aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Orlando (CAPS ADAO) pelas risadas, choros e cigarros compartilhados. Obrigado àquele usuário que joga xadrez; àquele que faz bico quando eu digo não; àquele que me deu uma pequena bíblia de bolso; àquele que amava pintar paredes; àquele que cuidava do jardim; àquele que eu por vezes encontrava em barão geraldo; àquele que me mostrava os melhores funks da sua quebrada; àquele que ria quando ouvia a palavra “badalo”; àquele que tinha voz de um grande político nordestino; àquele que tocava saxofone; àquele que amava dançar; àquele que era briguenta e metia medo nos outros; àquele que deixava tudo legalizado. Obrigado a todos vocês por me deixarem fazer parte das suas trajetórias. Tenho uma gratidão imensa por ter cruzado seus caminhos e suas caminhadas. Aprendi muito com vocês.

Obrigado aos profissionais do CAPS ADAO. Cultivo por vocês uma admiração indescritível. Que correria gente. É impressionante o quanto vocês conseguem conciliar as ligações emocionais com os usuários e manter o profissionalismo e pé no chão que vocês têm. Para aqueles com os quais consegui firmar algum tipo de amizade espero ter o mesmo carinho que vocês têm com os usuários para com nossa relação. Obrigado por me receberem, por me ensinarem e por abrirem um pouco da vida de vocês comigo.

Agradeço à Taniele Rui, que me orientou com tanto carinho. Obrigado por ter me recebido no seu grupo de orientandos, de ter mandado eu ir atrás da bolsa CNPq e da iniciação científica e ter acreditado que dava pra montar um projeto mesmo faltando 15 dias pro encerramento do edital quando nem eu acreditava. Obrigado pelos e-mails, conversas e por me ajudar a manter minha cabeça no lugar. Como já te disse algumas vezes, em alemão, a palavra para orientadora é *betreuerin*, com etimologia do verbo *betreuen*, significando tomar conta de algo, ser responsável por, cuidar de; é sempre mais fácil compreender um conceito ou uma ideia quando temos um correlato tão forte na experiência concreta da vida.

Também aos meus colegas de orientação, Evandro Cruz Silva, Deborah Froom, Lucía Copelotti, Lucas dos Anjos, Catarina Pedroso e Silvio Shina. Sem a leitura de vocês este trabalho provavelmente não seria possível. Admiro cada um, seus interesses de pesquisa, sua sensibilidade etnográfica. Este trabalho é nosso.

Aos meus grandes amigos que compartilharam este processo em suas piores imagens, Ana Carolina Marcucci e Matheus Oka, vocês são pesquisadores incríveis e eu não imaginava que teria tanta sorte de poder contar com ambos do meu lado.

Agradeço à banca deste mestrado. Me encho de orgulho de pensar que contei com gente tão bem qualificada e com nomes de referência como o de vocês. Obrigado Bruno Emerich por trazer a perspectiva da saúde coletiva e ter topado sair da sua área de expertise para discutir minhas idéias e minha visão da clínica álcool e drogas. Obrigado Maria Paula Gomes dos Santos pelo seu interesse em minha pesquisa e pelo seu trabalho, referência fundamental para qualquer um que deseja pesquisar saúde mental e drogas no Brasil. Obrigado Beatriz Brandão pela parceria, pelas trocas, por me incentivar a correr atrás, por ser uma inspiração de trajetória acadêmica. Obrigado Rodrigo Toniol, nos vemos em breve para começarmos uma nova aventura.

Agradeço à meus pais, Pierre e Fernanda, pelo incentivo, interesse e suporte constante que me deram desde minhas primeiras memórias, e também antes delas. Obrigado por me darem o interesse pelos livros, a curiosidade pelo mundo, o carinho e a honestidade que busco levar para todas as relações que eu construo. Obrigado por nunca deixarem de me buscar,

mesmo quando eu acabo me distanciando. Obrigado por estarem do meu lado todas as vezes que precisei, por não me deixarem contentar com uma vida acomodada e com as coisas que me incomodam. Obrigado por me amarem com tanta potência.

Agradeço aos meus amigos, que me deram alento, carinho e cerveja nesse meio tempo. Pedrão, Xumbim, Jorge, Mumufu, Mauad, Mickey, GG, Nimbinha (valeu demais pelo pouso quando eu já não tinha casa em Barão), Moisa, Mateus, Buzina, Sopinha, Bisteca, Noel, Rafa e Isa. Obrigado por cultivarem nossa amizade e pelo interesse e amor sempre renovado que temos uns pelos outros. Vocês são incríveis.

Por fim, agradeço à Manoela, minha parceira e sem dúvida alguma a pessoa mais importante durante todo este processo. Você foi minha namorada, minha colega de quarto, minha interlocutora intelectual, minha revisora, meu porto seguro, meu colo e meu respiro durante todo este processo. Você é minha parceira para todos os momentos e quando estou com você sinto que tenho tudo que preciso para enfrentar a vida. Obrigado pelo período de isolamento, pelas flores, pelas brigas, pelos beijos. Obrigado por nunca deixar que eu me sentisse sozinho, incompreendido ou tosco. Você é minha pessoa, conte comigo pra ser a sua também.

*“No caos da vida de Jean-Luc,  
falar com seu analista sempre foi,  
e talvez será ainda durante muito tempo,  
o que o faz se manter não fragmentado;  
pode não curá-lo da tormenta de sua doença mental,  
mas, pelo menos, permite que se mantenha de pé”  
(Violaine de Montclos, Muralha de Livros)*

**Resumo:**

A presente dissertação se realiza a partir de uma composição que busca compreender como se dá o cuidado de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas a partir de uma imersão etnográfica em um CAPS AD III no município de Campinas - SP. Baseada nas trajetórias narradas pelos usuários que o frequentam e os profissionais que lá trabalham, esta dissertação visa entender as relações que fazem existir o cuidado com os usuários de drogas; desde os macro níveis políticos que compõem o suporte legal do CAPS AD, até sua gestão micropolítica do cotidiano. A partir de um campo marcado pela pandemia de SARS-COV-2, dificuldades contextuais se sobrepõem ao contexto de precarização das políticas públicas de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foram realizados, ao todo, cinco meses de trabalho de campo (de janeiro a março de 2021 e de outubro a novembro do mesmo ano) em um CAPS AD III de Campinas. Assim, guiado pela busca por compreender como foi possível efetivar o cuidado psicossocial naquele momento, esta pesquisa se propõe a enunciar e entrelaçar trajetórias pessoais com tecnologias burocráticas, processos históricos e dispositivos de controle biopolítico.

**Palavras Chave:** Saúde; Pandemia; RAPS; CAPS AD; Drogas

**Abstract:**

The present dissertation is carried out by a composition that seeks to understand how the care of people who make problematic use of psychoactive substances takes place in a CAPS AD III in the municipality of Campinas - SP through an ethnographic immersion. Based on the trajectories narrated by users who attend a CAPS AD in Campinas and the professionals who work there, this thesis aims to understand the relationships that make the care of drug users possible; from the macro political levels that make up the legal support of CAPS AD, to the management of CAPS AD and its interconnection with the micropolitics that make up the daily life. In an ethnographic field marked by the SARS-COV-2 pandemic, contextual difficulties are superimposed on the precariousness of public health policies - Unified Health System (SUS) and the Psychosocial Care Network (RAPS). A total of five months of fieldwork was conducted (from January to March 2021 and from October to November of the same year) in a CAPS AD III in Campinas. Thus, guided by the search to understand how it was possible to perform psychosocial care at that time, this research proposes to enunciate and interweave personal trajectories with bureaucratic technologies, historical processes and devices of biopolitical control.

**Key Words:** Health; Pandemic; RAPS; CAPS AD; Drugs

## **Siglas e abreviações**

ABA.....	Associação Brasileira de Antropologia
ABIPD.....	Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual
ABP.....	Associação Brasileira de Psiquiatria
AMB.....	Associação Médica Brasileira
ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPA-C.....	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I.....	Boletim de Produção Ambulatorial Individual
CAPS AD.....	Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSij.....	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CECOs.....	Centros de Convivência
CFM.....	Conselho Federal de Medicina
CHOV.....	Complexo Hospitalar Ouro Verde
CIT.....	Comissão Intergestores Tripartite
CMSC.....	Conselho Municipal de Saúde de Campinas
CNES.....	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTs.....	Comunidades Terapêuticas
FENAM.....	Federação Nacional dos Médicos
GCM.....	Guarda Civil Metropolitana
MLAC.....	Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas
MS.....	Ministério da Saúde
PA.....	Pronto Atendimento
PNASH-P.....	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares em Psiquiatria
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
PNSM.....	Programa Nacional para a Saúde Mental
PTS.....	Projeto Terapêutico Singular
RAAS.....	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS.....	Rede de Atenção Psicossocial
SBNp.....	Sociedade Brasileira de Neuropsicologia
SPAs.....	Substâncias Psicoativas
SRT.....	Serviços Residenciais Terapêuticos
SSCF.....	Serviço de Saúde Cândido Ferreira
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UBS.....	Unidade Básica de Saúde

**Lista de tabelas**

Gastos em Saúde Mental do Ministério da Saúde, Brasil 2001-2009.....p.35  
Gastos Federais com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Brasil 2010-2019.....p.36

**Lista de imagens**

Organograma da RAPS de Campinas..... p.47  
Planta do CAPS ADAO.....p.51-52  
Mapa distrital de Saúde de Campinas.....p.53

## Sumário

Introdução	16
Percebendo e sendo percebido	21
Metodologia	25
Apresentação dos capítulos	27
Capítulo 1 - RAPS, CAPS AD e CAPS ADAO	31
As reformas sanitária e psiquiátrica	31
Clínica Álcool e Drogas	38
Ataques ao modelo da RAPS	42
O CAPS ADAO	45
Capítulo 2 – O cuidado psicossocial na pandemia	56
Saúde mental e pandemias	58
Primeira Narrativa	63
Antropologia das emoções: Possibilidades de uma análise transversal entre dinâmicas macropolíticas e sofrimento cotidiano	65
Capítulo 3 - “Ninguém me aguenta mais, nem eu”	73
O câncer na alma de Esmeralda	77
Segunda Narrativa ou Gini, vulnerabilidade e a linguagem da violência	81
Maternidade e abuso de substâncias	90
Mulher usuária de crack e cuidado no CAPS ADAO	93
Cuidado em Devir: Considerações finais	98
Bibliografia	102

## Introdução

Quando comecei a negociar minha entrada no **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Orlando (CAPS ADAO)**, em 14 de dezembro de 2020, registraram-se 520 mortes por COVID que somadas ao total contabilizavam 181.939 óbitos no Brasil. No dia 11 de janeiro de 2021 quando efetivamente me inseri no campo registraram-se 480 mortes; total de 203.617 óbitos. Quando meu campo foi suspenso, no dia 16 de março de 2021 2.841 mortes foram registradas, a média móvel beirava os 2000 óbitos diários - 1965 mortes na média móvel dos últimos 7 dias - e totalizavam-se 282.400 óbitos desde o início da pandemia.

Durante uma segunda imersão, iniciada em 6 de outubro de 2021, foram registradas 543 mortes, média de 464 nos últimos 7 dias e total de 599.414 óbitos. Quando encerrei esta segunda imersão, em 30 de novembro de 2021 foram registradas 326 mortes, média de 231 mortes nos últimos 7 dias. Ao momento em que defendo a tese os óbitos pela COVID-19 passam de 627.000.

Ao todo, foram 16 semanas de campo<sup>1</sup>, divididas em duas porções de 8 semanas, nas quais acompanhei o cotidiano do CAPS ADAO, seus trabalhadores, *usuários*<sup>2</sup> e outros personagens que por ali circulavam: pessoas em situação de rua, vendedores ambulantes, ambulâncias, policiais da Guarda Civil Metropolitana (GCM) e outros profissionais vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Concebi esta pesquisa, esperando que o texto que seria escrito a partir dela contasse a história dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), seu funcionamento, suas contingências, suas possibilidades e potencialidades, o contexto legal e político que permitia que eles operassem da maneira como operavam, as relações que o permeavam. A

---

<sup>1</sup>As semanas de campo serão utilizadas como marcos temporais para orientação do leitor ao longo deste texto de qualificação. Optei por marcar em quais semanas os eventos descritos ao longo dos capítulos aconteceram, por sentir que a semana era um período de tempo que orientava uma certa temporalidade no CAPS AD imbricada no cotidiano e na rotina. Por conta da pandemia, os *usuários* do serviço passaram a vir em dias previamente combinados com profissionais para realizar consultas, participar de grupos ou retirar medicações. Assim, era frequente que os sujeitos acessassem nos mesmos dias da semana anterior, marcando assim uma rotina que, durante minha inserção em campo, ajudou a me organizar. Espero que o uso desta temporalidade para organizar o texto ajude também o leitor.

<sup>2</sup>Todas as categorias êmicas deste texto encontram-se grafadas em *itálico* de modo a destacar os termos que tomo emprestado dos saberes que compõem o campo. No caso da categoria *usuário* este recurso gráfico mostra-se particularmente importante na medida em que a noção de usuário de droga - grifada no texto sem marcadores - é distinta da de *usuário* de um serviço psicossocial - grifada em itálico. A categoria *usuário* emerge no campo da saúde coletiva como contraponto à noção de paciente. Entende-se que nomear o sujeito como *usuário* da política pública circunscreve este em um contexto de ação, engajamento e composição ativa de seu processo de cuidado. Paciente, por outro lado, transmite uma ideia de passividade frente às decisões dos distintos saberes que compõem a área da saúde. É parte do processo de cuidado promovido no CAPS AD o qual estudei promover um processo de cuidado onde aquele que necessita do cuidado possa ser participante efetivo do mesmo.

todos estes fatores somaram-se as máscaras, o álcool em gel, o luto não elaborado, o medo de infectar e ser infectado. Essencialmente, esta tese trata sobre as ecologias de cuidado (DAS, 2015; DAS e DAS, 2006) e estratégias de cuidado direcionadas às pessoas que cometem abuso de Substâncias Psicoativas (SPAs) durante o período de pandemia.

A noção de ecologia de cuidados desenvolvida nos trabalhos de Veena Das (2015) e Veena Das e Ranendra Das (2006) produziu diálogos importantes para meu argumento, na medida em que esta noção implica as lógicas de cuidado dentro das configurações locais onde elas se dão, assim como revela as intrincadas redes relacionais entre profissionais, pacientes, domicílios que contingenciam o curso e o desenvolvimento de processos de adoecimento. No caso do artigo de Das e Das (2006), no qual avaliam os usos de medicamentos e automedicação em bairros pobres de Nova-Delhi, as causas e fenomenologias atribuídas às doenças e ao sofrimento encontram-se embutidas em um complexo mundo local onde seus significados estão entrelaçados com regimes laborais, casas e éticas profissionais distintas, que variam da indústria farmacêutica às terapias medicamentosas locais. É nessa amálgama de atores e agências, significados e significações, políticas federais e arranjos políticos locais que as ecologias de cuidado se informam e formam. Através dessa configuração teórica, foi possível abarcar as contingências pré-existentes, assim como as drásticas mudanças trazidas pela pandemia na elaboração da escrita da dissertação.

Nesse sentido, a pandemia se insere como contingência fundamental nos processos de constituição das redes, práticas e ecologias de cuidado e, por consequência, apresenta-se ela também como um evento processual. Os limites epidemiológicos eram constantemente negociados tanto em âmbito institucional quanto subjetivo. Novas tecnologias, novos estudos, diretrizes, macetes e estratégias se desenvolviam para acomodar os processos de trabalho e de manutenção da vida: encontros virtuais, máscaras, reorganização do trabalho doméstico. Entender a pandemia como processo, e descrevê-la como tal, apresenta-se como escolha metodológica que se encontra intimamente enredada em “um debate político e epistemológico mais geral sobre a escrita e a representação da alteridade” (CLIFFORD, 2012. p.29).

Viver durante a pandemia da SARS-COV-2, o isolamento e a repetição por vezes maçante dos dias em isolamento dificultou em muito a percepção de que os processos da vida continuavam a se desenrolar em outros lugares. No meu primeiro dia em campo pude participar da assembleia, onde profissionais e *usuários* participaram para deliberar sobre processos que vinham se desdobrando no CAPS ADAO, repactuar combinados e discutir coletivamente

possíveis desavenças formadas entre as pessoas que frequentavam aquele espaço<sup>3</sup>. Na ocasião, foi discutido o uso do sofá que ficava na sala de TV. Discutiram se era justo ou não deitar no sofá, se se podia sentar no sofá sem ter tomado banho e relembavam que algumas pessoas não respeitavam o “X” feito com fita crepe que servia para demarcar um lugar vago para que o distanciamento social fosse efetivo. Escrevi no meu caderno de campo

Estar aqui após meses de confinamento é um alento. Sábado, quando estava ansioso, Manu me lembrou disso. Poder encontrar com pessoas, conversar e ouvir e ter histórias para reproduzir depois ajuda muito a passar os dias.

Há algo de especial em ver a vida continuar, ver o tempo passar, ver conflitos emergirem desencadeando movimento. Mesmo aqui, onde sofrimentos tão justificáveis, onde a morte é constante coadjuvante de histórias de vida, a vida em processo é um alento.

Mesmo nas discussões sobre o sofá. Tão cotidiana que poderia passar despercebida; tão mundana e ao mesmo tempo uma tarefa que parece impossível de ser realizada (como informar os 400 usuários?) é parte da constante negociação e reorganização do serviço. E este movimento é um alento. Como disse Carla [Terapeuta Ocupacional do CAPS ADAO] ‘A assembleia é um espaço de lembrança dos combinados e de repactuação’. Renovar votos de boa convivência: uma tarefa sem fim; um alento.

4

Foi só durante o processo de escrita da tese que pude voltar a este trecho do diário de campo e entender o período pandêmico, assim como o período de campo, como um evento processual e diacrônico. Strathern sugere, em seu texto *O efeito etnográfico* (2018), que a prática etnográfica ocorre em dois campos: 1) o campo, propriamente dito e, 2) na escrita, na descrição do campo, ele se refaz. A escrita, portanto, não é simplesmente um relato, ou um subproduto do campo. Ela é um novo campo a ser refeito.

Na medida em que nós antropólogos descrevemos nosso campo, invariavelmente, acabamos por reifica-lo. A produção de reificação, contudo, não deve ser entendida como um processo negativo, mas como parte integral deste segundo campo que é a escrita. Os processos de cuidado que acompanhei no CAPS ADAO não se encerram pela minha saída de campo, são permanentes. É essa reificação que nos permite dar conta de processos não finitos e também dialogar para além do particular. É nesse processo de reificar o campo que uma “fusão poderosa entre as práticas ‘expositivas’ dos antropólogos e as práticas de ‘exibição’ dos nativos” se torna possível (STRATHERN, 2018, p. 322).

<sup>3</sup> As assembleias em espaços de cuidado psicossocial são herança do trabalho realizado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia que articulou a reforma antimanicomial na Itália e teve grande influência na Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial brasileira. Descrevo parte deste processo no capítulo 1 da tese.

<sup>4</sup> Os nomes dos interlocutores mencionados nesta dissertação são fictícios. Esta decisão foi tomada para proteger a identidade dos mesmos conforme mencionado no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) entregue aos participantes da pesquisa no qual consta que os participantes “têm a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação identificadora será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.” Número do CAAE do projeto: 35267020.6.0000.8142

A pandemia apresentou-se como um período cujos processos que nele se deram foram de difícil elaboração. Provavelmente iremos conseguir compreender narrativamente o que ela foi em sua totalidade, e seus impactos para o futuro, somente em algumas décadas. Ela convergiu espaços e dinâmicas que antes encontravam-se separadas, provocou turbilhões emocionais e afetou em larga escala a nossa saúde mental e física. Não obstante, quando levamos a sério o projeto de um saber corporificado (HARAWAY, 1995) - ou seja, levar a sério que qualquer saber é produzido a partir de um corpo, em relação com um mundo - torna-se impossível não reconhecermos os impactos deste processo sobre o conhecimento que é produzido. É reconhecer que o fato de estarmos em um contexto que afeta os processos pelos quais apreendemos o mundo. O fato de termos continuado a aprender, reinventar e criar no mundo, assim como termos continuado a contar mortos, permanecer longas datas dentro de casa e contar dias de isolamento e meses entre doses de vacinas é fruto da qualidade processual da pandemia. Estar no CAPS ADAO e escrever - estes dois campos - constantemente me lembraram disso.

Estar presente e posteriormente narrar as estratégias de cuidado criadas conjuntamente por profissionais e *usuários* do serviço na articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>5</sup> de cada um destes *usuários* mostra como o projeto de cuidado levado a cabo no CAPS ADAO se faz assim como na assembleia em constante repactuação.

O advento da pandemia alterou profundamente as dinâmicas de cuidado no CAPS ADAO, assim como o fez por todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Em uma dimensão microrrelacional a pandemia limitou tanto um projeto de cuidado integrado e coletivo, com grupos terapêuticos e atividades que aconteciam fora do espaço do CAPS ADAO; quanto o princípio de operar sobre a premissa de *portas abertas*<sup>6</sup> que fazia da casa onde o CAPS ADAO se localiza um espaço de grande circulação de corpos teve de ser alterado.

Assim também se passou com as trocas entre os próprios serviços da rede de saúde pública, em uma escala mesorrelacional. A prática de *matriciamento*<sup>7</sup>, fundamental para

---

<sup>5</sup> O PTS é uma das principais estratégias de cuidado empregadas na RAPS. Em concomitância com a noção de *usuário*, o PTS é uma construção conjunta entre profissionais e *usuários*, delimitando planos de ação no médio e longo prazo para atingir os objetivos ou resolver as demandas trazidas pelo *usuário* para o serviço. Isso implica que as estratégias de cuidado levadas a cabo são singularizadas: não há receita, tratamento, passo a passo. Há construção negociada permanentemente entre profissionais e outros profissionais, profissionais e *usuários* e profissionais e institucionalidade. A discussão da estratégia de PTSs encontra-se melhor aprofundada no capítulo 1 e exemplos destes projetos em ação estão descritos com maior minúcia no capítulo 3.

<sup>6</sup> O princípio de *portas abertas* implica que, sendo o CAPS ADAO um CAPS de tipo III, ou seja, que funciona 24hrs, toda demanda seria acolhida. Sendo um serviço de atenção primária não é necessário encaminhamento de nenhum outro serviço da rede de saúde pública.

<sup>7</sup> O *matriciamento* é uma prática de troca de informações de casos entre as equipes dos CAPS com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Tratam-se de reuniões regulares nas quais estratégias de ação e promoção de saúde

efetivação de um cuidado *territorializado*<sup>8</sup>, também foi suspensa durante o período de pandemia e a sobrecarga dos serviços da atenção básica com as demandas relacionadas a COVID-19 sobrecarregaram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), principais interlocutoras do CAPS ADAO neste quesito, tornando as trocas menos frequentes e deixando o serviço isolado na produção de cuidado a seus *usuários*.

Essas contingências fizeram com que novos modos de cuidar fossem organizados entre equipe, mas não sem seus custos. A impossibilidade de organizar grupos terapêuticos, de sustentar uma *ambiência*<sup>9</sup> como antes havia, fizeram com que grande parte dos atendimentos e projetos de cuidado fossem individuais. Esse aumento de atendimentos individuais fez com que as agendas, especialmente da *equipe multi*<sup>10</sup>, ficassem sobrecarregadas, dificultando a organização de projetos de cuidado e sobrecarregando-os com demandas que, por vezes, se resolviam nos espaços coletivos de cuidado como os grupos terapêuticos. Isso também dificultou o acesso dos *usuários* aos profissionais, na medida em que se antes eles podiam acessar profissionais em espaços coletivos agora tinham que organizar um horário específico para serem atendidos individualmente.

O modelo de organização de cuidado, contudo, permitiu que os profissionais continuassem a pensar juntos estratégias para criação dos PTSs de seus *usuários* de *referência*<sup>11</sup> - os profissionais eram divididos em trios que eram responsáveis por porções específicas do território sob responsabilidade do CAPS; essa divisão era feita de acordo com as UBSs que atendiam no mesmo território. Semanalmente os profissionais se reuniam para realizar uma

---

podem ser elaboradas, troca de informações vitais nos casos e troca de recursos entre os serviços da rede. Elabore melhor o *matriciamento* e o *apoio matricial* no capítulo 1 da tese.

<sup>8</sup> A prática de cuidado *territorializado* é um princípio fundamental da RAPS, assim como do SUS. Funcionando como horizonte normativo do cuidado, a busca pela territorialização da atenção básica de saúde é um projeto constantemente reatualizado e em permanente construção (FARIA, 2020). A territorialização do cuidado busca uma descentralização dos espaços deliberativos na busca de que os serviços de saúde possam se adaptar às contingências e particularidades regionais dos espaços onde atuam, assim como alcançar espaços marginais e periféricos no espaço urbano assim como nos espaços rurais.

<sup>9</sup> Uma profissional que conheci no serviço me explicou que a *ambiência* é um “espaço não territorializado”, ou seja, um espaço virtualmente criado de conversa e acolhimento, algo que os profissionais realizam de modo que aquele espaço não seja só um “espaço de estar”, mas um espaço de viver, conversar, trocar. A *ambiência* é uma dinâmica criada dentro do espaço do CAPS de modo a proporcionar trocas terapêuticas entre os frequentadores deste espaço.

<sup>10</sup> A *equipe multi* é constituída pelos psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais dos CAPS AD. Além dela, há uma equipe médica e de enfermagem, composta pelos enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem.

<sup>11</sup> No CAPS ADAO, quando você houve alguém dizer “fulano é minha referência”, seja de profissionais ou *usuários*, isto indica que aquela pessoa é a que mais está familiarizada com o caso. O profissional de referência é o primeiro responsável sobre o cuidado e manutenção do PTS de cada *usuário* ao qual ele é referência. Cabe a ele, fundamentalmente, fortalecer vínculos, fazer contato com o *usuário* quando não se ouve falar dele há algum tempo, projetar estratégias de cuidado. Apesar de todos os profissionais serem responsáveis por todos os *usuários* do serviço, os profissionais de referência possuem uma relação qualitativamente mais íntima com seus *usuários* de referência.

reunião de mini-equipe (havia duas no CAPS ADAO) e uma reunião geral, onde debatiam estratégias de cuidado e o funcionamento do serviço.

Minha chegada ao serviço foi, portanto, em um momento atípico. Entre a pandemia e o trabalho de cuidar os profissionais estavam já cansados e a cobertura vacinal destes ainda não havia começado. Neste processo tentei encontrar meu lugar nas dinâmicas do CAPS ADAO, um lugar onde eu pudesse ver “de perto e de dentro” (MAGNANI, 2002) como era possível que o cuidado existisse naquele contexto. Ainda assim, se é preciso entender as especificidades deste momento atípico, é preciso também ter claro o desgaste profissional e institucional que vem sendo sentido/sofrido pelos profissionais da saúde mental é anterior a ela.

### **Percebendo e sendo percebido**

Durante meu tempo no CAPS ADAO, era frequente que os *usuários* me confundissem como parte da equipe, e mais do que as outras categorias profissionais, era frequente que me confundissem com os psicólogos. “Agora tenho um psi só pra mim”, escutei ao fim de uma das entrevistas que compõem esta dissertação. Constantemente tentei explicar que não era este meu lugar profissional. Buscava uma certa sinceridade ao dizer que era pesquisador, “e você pesquisa o que?”, “veio pesquisar o que com esse bando de noia?”, “é tipo os estagiários?”. Não, não era bem como os estagiários, que passavam somente alguns dias da semana lá, mas acabavam passando muitos meses mais do que eu. Também tentei muitas vezes dizer que era antropólogo. Até que percebi que isso nada dizia para eles, muito menos lhes faria alguma diferença. Apelei até para o bacharel e disse que era sociólogo, tentei buscar alguma lembrança do ex-presidente, como foi a maneira que me expliquei para alguns familiares quando estava na graduação, mas a figura de FHC provocava muito menos fascínio e evocava muito menos lembranças nestas pessoas do que para o círculo da classe média de onde vim.

Acabei por aceitar que era esse meu lugar efetivo. E também acabei por dar menos importância para que entendessem meu trabalho e mais para que conseguissem confiar em mim para auxiliar em demandas cotidianas. Seja uma troca de ideias, ou o sobe e desce de escadas para pegar sabonetes, shampoo e toalha para um banho. Afinal de contas, podia me sentir amparado no artigo de Luis Fernando Dias Duarte (2017) em que ele trava as similaridades entre o fazer antropológico e a psicologia analítica. Ambas estas atividades consistem fundamentalmente na escuta, e ambas nos colocam frente a frente com a outridade, com a alteridade do outro.

De certa forma sinto que essa percepção dos *usuários* inclusive me ajudou a compreender meu lugar nas dinâmicas relacionais do CAPS AD. Quando cheguei, não sabia muito bem como me comportar, que lugar assumir. Acima de tudo não queria me sentir um inútil, ou passar pelo papel de mero observador, e as situações que lá vivenciei me interpelaram constantemente a me mexer, a sanar demandas, a me envolver. Ao escutar com atenção os contextos e situações passados por algumas das pessoas que conheci, e os escrutínios, feridas e violências a que seus corpos estavam sujeitos, era impossível não validar a sensação de urgência que os *usuários* frequentemente sentiam e também ser capturado por ela. Para quem vive na rua ou mora com seu agressor, para quem tem problemas não resolvidos com a polícia ou com o tráfico, não é possível se dar ao luxo de cultivar a virtude da paciência e muito menos compreender o tempo como algo dilatável. Tudo acontece no aqui e no agora.

Muitos dos cuidados que eu me envolvi ativamente aconteciam neste regime temporal. Eram demandas pontuais, por vezes efêmeras, que eu podia resolver mesmo não tendo treinamento técnico algum nos saberes da saúde. Sentia que pelo menos assim, conseguia dar algo em troca ao espaço que me foi cedido, de bom grado, e com requisitos mínimos de retorno: uma tese, uma apresentação junto à instituição que gere o serviço e uma conversa junto dos profissionais sobre a pesquisa e o tempo que passei lá. Sentia que, ajudando com estas pequenas demandas, eu ganhava tempo para que os profissionais se utilizassem para elaborar planos a curto e médio prazo com os *usuários*, e não somente planos a “urgente” prazo.

Uma coisa que logo percebi referente a estes cuidados é que poucas vezes, apesar de que se esperaria em um CAPS AD, o cuidado se direcionava ao uso e abuso de substâncias. As drogas eram o que frequentemente levava os *usuários* a chegar ao serviço pela primeira vez, provavelmente encaminhados por algum outro serviço da rede de saúde pública, ou da rede assistencial. Contudo, também não eram o centro da queixa dos *usuários*. Eram apenas um problema latente, visível e frequentemente tido como algo que originava uma série de problemas pelo olhar normativo por vezes reproduzido em outros serviços.

“As pessoas não estão na rua por que usam, elas usam por que estão na rua”; “Como que eu vou falar pra pessoa parar de usar droga quando ela ta dormindo no chão, ela não tem rede nenhuma de apoio, ta no fundo do poço? Por que ela não usaria droga?”. Enunciados como estes foram frequentes na minha entrada no campo, e também durante minha iniciação científica (BARDY; RUI, 2019) quando eu começava a buscar entender como estes serviços funcionavam, assim como o que era a clínica álcool e drogas. Essa noção, da droga como desdobramento, e não como causa primeira do sofrimento, partiu em grande medida das

práticas de Redução de Danos (RD) que eram parte integral da metodologia de cuidado no CAPS ADAO.

Assim, a partir desta flexibilidade que as práticas de RD permitiam, os *usuários* começavam a se enxergar como agentes de seu próprio processo de cuidado - e no limite de cura. Eram negociadas as possibilidades de diminuição do uso entre profissionais e *usuários*. Nesse processo, qualquer ferramenta a mão era utilizada e buscavam-se esgotar todas as possibilidades na busca de um combinado, uma pactuação, que ajudasse na criação de objetivos factíveis para os *usuários*. “Dá pra parar de usar crack e ficar só no álcool essa semana fulano?”, “A não da não doutora, só se eu conseguir arrumar maconha, com a maconha vai, mas eu não consigo garantir que vou ficar sem o crack não”. “Ei Antropólogo, to numa *fissura*<sup>12</sup> aqui, to achando que vou ter que sair daqui do CAPS [ADAO] pra usar alguma coisa”, “Não sai não fulana, tá ansiosa? Que que tá acontecendo?”, “Ai to precisando de alguma coisa, tomar um ar, fazer alguma coisa, tô ficando doida aqui”, “O que acha da gente ir fazer um brigadeiro<sup>13</sup>, desenhar alguma coisa pra ocupar a cabeça?”.

O consumo de SPAs é em muitos casos algo que seus *usuários* buscam esconder de seus convívios familiares e teias relacionais. No CAPS ADAO pude acompanhar pessoas que ainda sustentavam um uso funcional que as permitia fazer seu uso sem que este fosse um impedimento para o cumprimento de suas responsabilidades cotidianas - sejam profissionais ou pessoais, públicas ou privadas. Não obstante a grande maioria dos *usuários* do serviço já haviam desenvolvido um uso “problemático” ou “abusivo”, em alguns casos desenvolvendo trejeitos e corporalidades, mas que de modo geral os impediam de realizar atividades cotidianas e cumprir com contratos sociais firmados em processos relacionais distintos.

A prática de redução de danos, a partir do momento em que não mais esconde o uso, mas busca refleti-lo às claras ajuda na construção de novas contratualidades. Reconhecer a relação problemática com SPAs é um ato que, como presenciei em alguns casos, pode indicar para as pessoas próximas do *usuário* uma mudança que é indicativa de que uma nova relação pode começar a ser construída. Torna-se possível, através deste diálogo, que novas contratualidades sejam firmadas e que a rede de afetos do *usuário* seja reconstruída.

---

<sup>12</sup> Fissura é uma vontade muito forte de usar alguma droga que a pessoa faça uso regular,

<sup>13</sup> O brigadeiro era muito usado como ferramenta de combate a *fissura* no CAPS ADAO, e, apesar de não haver estudos, era uma guloseima que aparecia com frequência no período da tarde e era muito sugerida por profissionais e requisitada pelos usuários. Era uma certa troca, o brigadeiro firmava um combinado de que a pessoa tentaria ficar mais tempo na sua estadia (frequentemente uma internação em leito, mais longa, na qual a pessoa passava alguns dias dormindo no CAPS ADAO).

Esse processo de firmar contratos informais, combinados ou acordos, seja com familiares ou com profissionais é processo fundamental na construção da *autonomia do usuário*. A noção de *autonomia* e sua promoção emerge como uma categoria angular no cuidado psicossocial promovido na RAPS. Ora, em um sistema que entende que o processo visa uma reabilitação psicossocial para aqueles que desenvolvem relações problemáticas com substâncias e não uma alta médica para um processo patológico, entende-se que esta reabilitação passa pelo processo de conseguir se cuidar, de ter autonomia para realizar escolhas e manter relações saudáveis.

A metodologia psicossocial combinada às práticas de RD fazia com que as estratégias de cuidado e os PTSs fossem constantemente revisados e revisitados pelos profissionais em reuniões de equipe. Essa prática de autocrítica das estratégias de cuidado também fazia com que me sentisse à vontade e enxergasse similaridades com a prática etnográfica. A antropologia constantemente realiza críticas à sua própria disciplina. Essa busca por uma reatualização e alternativas viáveis para construção do cuidado seguia padrões parecidos com o fazer etnográfico: a criação de planos de ação que não se concretizam, a necessidade de se adaptar a novas contingências que não haviam sido previstas, trabalho que não é contabilizado.

Outro ponto de articulação que encontrei nos profissionais, logo no início da pesquisa, eram as trocas intelectuais. Muitos dos interlocutores que tive durante esta pesquisa foram também interlocutores intelectuais. Trocamos bibliografias, discuti minha pesquisa com eles em várias oportunidades e conversávamos de aspirações profissionais. Assim, não é de se surpreender que muitas destas categorias teóricas - da assistência social, da psicologia, da terapia ocupacional e da teoria psicossocial - foram aqui incorporadas como categorias êmicas. Eventualmente me apropriei do vocabulário e conseguia discutir os casos com a equipe. Cheguei até em algumas vezes, quando achava pertinente, a dar minha sugestão sobre algum caso que eu estivesse acompanhando mais de perto<sup>14</sup>.

Em relação aos *usuários* era muitas vezes o tédio que me permitia ouvir suas narrativas. Grande parte do trabalho de campo, especialmente no início quando os *usuários* ainda não possuíam muita familiaridade comigo, consistia em sentar-me no grande pátio na parte externa da casa e observar, jogar xadrez com um *usuário* que também gostava do tabuleiro quadriculado verde escuro e bebe, tomar um café e fumar um cigarro com os *usuários*. Também me aventurei muito nos prontuários quando ainda não sabia bem o que eu estava procurando

---

<sup>14</sup> Para estas contribuições, tenho muito a agradecer a Carla (gestora) que sempre incentivou minha participação nas reuniões de equipe e a equipe que buscava sempre acolhe-lás com carinho, mesmo que discordassem.

lá e como construir soluções para minhas questões de pesquisa. Ficava procurando nas páginas histórias, ou buscava entender melhor os *usuários* cuja simpatia ainda não havia se demonstrado. Passei tempo na enfermaria, na farmácia e no administrativo.

Nestas ocasiões, nas quais por vezes eu não sabia o que fazer com meu próprio corpo, os *usuários* me acionavam para alguma demanda, ou vinham jogar conversa fora e matar o próprio tédio. Muitos dos relatos que trago nesta tese foram trocados durante conversas como estas, na feitura cotidiana do CAPS ADAO onde se discute sobre drogas e roles, mortes e tráfico, mas também sobre saúde e direitos, política e pandemia, música e desenhos.

### **Metodologia**

Grande parte do trabalho etnográfico é lidar com os imponderáveis do campo, algo que esteve presente na disciplina desde que o saber antropológico se consolidou nas estruturas de produção de conhecimento modernas. Constantemente devemos lidar com os não acesos, com a inadequação do projeto de conhecimento que havíamos imaginado antes de nossas incursões etnográficas, com os fluxos que nos levam. Esses imprevistos também devem ser entendidos como parte fundamental dos resultados, hipóteses e dos caminhos metodológicos e analíticos que aqui são apresentados.

Mariza Peirano (2014) sugere que a etnografia, não é apenas método, mas é o processo pelo qual a teoria se constrói. Isso não significa que as ferramentas utilizadas, como longa presença nos universos que pesquisamos, entrevistas e análise e leitura de documentos e anotações nos cadernos de campo não sejam parte integral do conhecimento que produzimos. Contudo os campos antropológicos são fundamentalmente distintos entre si e por conta disso acabam por pedir técnicas distintas. A teoria que apresentamos, e que é extremamente heterogênea dentro do próprio campo da antropologia, se consolida a partir do momento em que interpelamos as argumentações teóricas a partir de suas incongruências com as experiências que compartilhamos em campo.

Nesse sentido, a metodologia antropológica extrapola o campo para se fazer presente no processo de escrita e de narração do campo. É essencialmente o processo de escrita e as escolhas que fazemos quando escrevemos que marca a reflexão antropológica. Faço das palavras de Cintia Engel as minhas no que tange este processo quando ela afirma, a partir das reflexões de Peirano, que

Diferente da testagem de certas hipóteses, ou da aplicação de conceitos estáveis a área, a etnografia gera reflexividade a partir do encontro de pesquisa, que é por si mesmo uma imersão teórica. A escrita de textos sobre esses encontros têm ainda centralidade no processo, já que é ela que pode expressar a experiência vivida, harmonizar as reflexões em determinado estilo de narrativa. (ENGEL, 2020, p. 21-22)

Metodologicamente, a solução etnográfica coloca-se como recurso valioso na elaboração de soluções criativas para espaços de confusão como a pandemia. Alinho-me aqui à José Carlos Magnani no argumento de que

a natureza da explicação pela via etnográfica tem como base um *insight* que permite reorganizar dados percebidos como fragmentários, informações ainda dispersas, indícios soltos, num novo arranjo que não é mais o arranjo nativo (mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele) nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa. Este novo arranjo carrega as marcas de ambos: mais geral do que a explicação nativa, presa às particularidades de seu contexto, pode ser aplicado a outras ocorrências; no entanto, é mais denso que o esquema teórico inicial do pesquisador, pois tem agora como referente o “concreto vivido”. (MAGNANI, 2002 p.17)

Explicar as coisas etnograficamente implica explicá-las de perto e de dentro, em oposição a de fora e de longe (*Ibidem*, 2002). Entender as coisas de perto e de dentro e elaborá-las em texto escrito posteriormente possibilita a compreensão de dinâmicas sociais e padrões de comportamento que extrapolam narrativas atomizadas calcadas na experiência individual. Ela indica múltiplos e plurais conjuntos de atores sociais que agem na qualidade cotidiana do mundo.

Compreender os vastos atores que se relacionam com o CAPS ADAO e são interlocutores na construção do projeto de cuidado psicossocial me levou a não me restringir ao espaço da casa onde o serviço se localizava. Circulei entre os CSs da região junto com os profissionais, visitei cenas de uso com os redutores de danos, acompanhei reuniões em serviços da rede de assistência social, participei de espaços deliberativos do Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMSC) e participei de reuniões virtuais do Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas (MLAC).

Foram espaços distintos na malha urbana e com diferentes regimes de sociabilidade. Apesar de próximos geograficamente sinto que essas diferenças que fazem destas localidades mundos à parte poderiam ser melhor entendidas como partes de uma etnografia multilocal (MARCUS, 2014; HANNERZ, 2003), tendo em vista que o CAPS ADAO operava de forma *territorializada* e se articulava com distintas redes institucionais para efetivar o cuidado de seus usuários. Entender o CAPS ADAO, portanto, implicava entender o conjunto de equipamentos com os quais ele se relacionava

Como aponta Hannerz (2003) os espaços e materiais compilados para a realização de uma etnografia - especialmente no caso de uma etnografia multilocal - se dão gradualmente e

cumulativamente, na medida em que novos *insights* se apresentam. A partir deste processo de circular pelos distintos equipamentos da rede de saúde e assistencial foi possível a composição de uma rede de interlocutores e perspectivas que me ajudaram a compreender quais os recursos - materiais e relacionais - necessários para a efetivação do cuidado de pessoas que cometem abuso de SPAs. O cuidado em rede e *territorializado* proposto pela metodologia psicossocial faz com que os espaços estudados aqui estejam conectados de maneira que a relação entre eles seja tão importante quanto as relações dentro deles.

Ademais, foi realizada uma análise documental focada em documentos públicos como leis e portarias e uma outra focada nos documentos do CAPS ADAO - indicadores de produtividade dos profissionais como o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e Individual (BPA-C e BPA-I, respectivamente) e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) assim como atas de reuniões e prontuários de *usuários* inseridos no CAPS ADAO.

Por fim, esta pesquisa também usa de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com profissionais do CAPS ADAO - 6 no total, uma para cada categoria profissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e psicólogos) - e os *usuários* do mesmo serviço - 3 no total.

A pesquisa seguiu o código de ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), obtendo o consentimento informado dos interlocutores e garantindo seu anonimato, assim todos os nomes citados neste texto serão pseudônimos.

### **Apresentação dos capítulos**

A dissertação é composta de 3 capítulos. O primeiro busca construir uma contextualização político legal da consolidação da RAPS no Brasil. Apresento uma pequena genealogia dos processos de ascensão dos CAPS como política pública e os recentes ataques que vem sofrendo nos últimos anos. Dessa forma acompanhamos a incorporação do cuidado ao *usuário* de drogas no interior da RAPS e as motivações que levaram à expansão do cuidado psicossocial para pessoas que cometem abuso de SPAs. Também neste primeiro capítulo faço uma pequena contextualização do campo e apresento melhor o caso de Campinas e o CAPS ADAO: sua estrutura, corpo profissional e o território atendido por este serviço.

No segundo capítulo busco desenhar como as políticas e ecologias (DAS, 2015) de cuidado foram afetadas pela pandemia de COVID. A sobrecarga entre profissionais e a dificuldade de efetivação do cuidado durante o período de pandemia é a temática central deste capítulo. Através da utilização de entrevistas, combinadas a cenas etnográficas escritas no

caderno de campo durante a incursão etnográfica no CAPS ADAO tentei elaborar como a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) afeta os processos de subjetivação daqueles corpos que a compõem. Acompanhar os profissionais em visitas domiciliares, reuniões de *matriciamento* e atividades no território foi fundamental para a construção das narrativas que apresento neste capítulo.

Argumento que há em marcha uma destruição das estruturas psíquicas que é parte de um projeto político que tem no neoliberalismo sua razão econômica e na política de morte sua razão biológica. Organizo meu argumento a partir da elaboração da noção de “alternativas infernais” (STENGERS; PIGNARRE, 2011) e adequo a mesma ao contexto sob o qual encontrava-me durante a vigência do campo. Neste sentido, utilizei o aparato conceitual de Stengers e Pignarre para pensar a relação entre profissionais e institucionalidades.

Em um segundo momento, conecto processos políticos macroestruturantes a micropolíticas cotidianas de cuidado e os afetos que elas engajam. Para demonstrar estes caminhos pelos quais grandes mudanças afetam o trajetórias individuais utilizo a base teórica desenvolvida pelo campo da antropologia das emoções.

Compreender como movimentos políticos – macroestruturantes – afetam as políticas cotidianas de cuidado – microestruturadas – de trabalhadores da saúde não é algo auto evidente. Narrativas que operam em níveis macro-estruturantes ou que buscam construir teorias que operem em uma escala macroestruturada e generalizada nos ajudam a compreender os processos que tornam quasi-eventos (POVINELLI, 2011)<sup>15</sup> em grandes escândalos públicos, processos de mediação das mortes provocadas pelo vírus e mobilizações de afetos distintos entre o público geral. Contudo, elas não nos ajudam a compreender o que leva um profissional da saúde a se render sob a impossibilidade de cuidado frente a um paciente por falta de estrutura adequada, ou mesmo como uma jovem mulher é abandonada pelo sistema de saúde, como veremos mais tarde.

---

<sup>15</sup> A noção de quasi-eventos de Povinelli (2011) indica eventos ligados a sofrimentos ordinários e crônicos ao invés de eventos catastróficos e pontuais. Seu interesse na noção de quasi-eventos, elaborada a partir de sua etnografia na Austrália observando mudanças econômicas e políticas durante o mandato do primeiro-ministro conservador John Howard (1996-2007), indica um tipo de sofrimento que, ao mesmo tempo, existe e não existe, é e não é, na medida em que não há mediação dos processos de sofrimento, mudanças na percepção pública e mobilização de novos sujeitos a partir de seus afetos. Contudo, alinho-me à crítica de Das (2015) sobre a noção de quasi-eventos quando ela aponta que esses quasi-eventos são sim perceptíveis e que a preocupação etnográfica deve ser de que ilustrar argumentos teóricos a partir da etnografia, e não o inverso. Quando deixamos de nos preocupar com o que faz que alguns sofrimentos cotidianos não se tornem “eventos” (POVINELLI, 2011), percebemos como este cotidiano é povoado de acontecimentos, ou “*eventful*” (DAS, 2015, p. 12). É a partir dos fenômenos cotidianos de sofrimento que se espera interpelar movimentos políticos mais abrangentes e explicações de fenômenos sociológicos.

Por fim, no terceiro capítulo, discuto como o uso de substâncias atrelado à condição feminina coloca determinados corpos em situação de maior vulnerabilidade às violências e estigmas que o uso intensivo acarretam. Através de entrevistas, relatos de campo e narrativas individuais busco apresentar as dificuldades estruturais as quais estes corpos estão sujeitos ao mesmo tempo em que destaco a centralidade do trabalho de cuidado do CAPS ADAO na trajetória destas mulheres.

Realizo uma elaboração a partir da entrevista com uma usuária - Esmeralda - para pensar como sua trajetória familiar durante a infância e a juventude fizeram com que ela buscasse nas drogas algum tipo de alívio e anestesia para sua vida cotidiana. Trago também a trajetória de Gini na qual problematizo a partir da sua história como ela reflete e é refletida pela rede pública de saúde no que tange sua condição de mulher usuária de crack e moradora de rua.

Entre o lugar de vítima de violências diversas e o lugar de pessoa violenta, Gini circula pelos diferentes serviços oferecidos pela rede pública de saúde e assistência social há mais de 10 anos, sendo um corpo que mobiliza distintos afetos nos profissionais que a atendem. A trajetória de Gini, portanto, comporta uma história mais ampla que coloca em perspectiva diversos processos individuais – como os processos de cuidado e autocuidado, de subjetivação das formas de violência e de abjeção dos corpos *usuários* de crack – assim como diversos processos coletivos fundamentais à produção de cuidado no interior de políticas públicas do SUS – como o *matriciamento*, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a sustentação de violências dos *usuários* por parte dos profissionais.

Por fim trago as experiências de mães que acionaram o CAPS ADAO e as dificuldades de exercer a maternidade por conta do abuso de SPAs. A trajetória destas mulheres tornam-se aqui um projeto de construção etnográfica que visa incorporar as percepções e enquadramentos feitos pelas interlocutoras sobre as formas de vida possíveis em contextos híbridos de violência, cuidado, repressão e saúde. Neste capítulo mobilizo algumas cenas etnográficas, entrevistas e eventos como eixo metodológico para refletir questões relacionadas ao cuidado, gênero e uso de drogas e como estas categorias permeiam as relações entre profissionais e *usuários*.

Esse trabalho se alinha com uma perspectiva que entende as pessoas que cometem abuso de substâncias como sujeitos de direitos e agentes de seu próprio processo de reinserção psicossocial. Viso dialogar com o campo de estudos sobre drogas, antropologia da saúde, com a prática psicossocial, saberes da saúde coletiva e com as práticas de cuidado de modo a contribuir com o debate bibliográfico pré-existente. Entender saúde, cuidado e drogas e as relações conceituais, analíticas e práticas que se formam quando estes campos são colocados

em diálogo continua ainda um grande desafio. Esta dissertação busca contribuir com parte deste debate.

## Capítulo 1 - RAPS, CAPS AD e CAPS ADAO

### As reformas sanitária e psiquiátrica

Iniciada em meados da década de 1980, através da mobilização de profissionais da área, *usuários* e familiares destes, o movimento da Luta Antimanicomial no Brasil funda-se na busca por um cuidado mais humanizado, orientado primordialmente pelos escritos do médico psiquiatra Franco Basaglia. Os poderes-saberes da forma manicômio começavam a perder sua potência. Com isso o poder médico, ancorado em um saber informado exclusivamente na biologia e na fisiologia dos indivíduos, lentamente deixava de operar concretamente no campo da psiquiatria brasileira. Um movimento tardio, que acompanhou os novos tempos democratizantes do Brasil.

A partir desse movimento, a gestão das populações que fugiam à normatividade dominante - ao menos no que se referia às suas expressões nas políticas públicas - passa a ganhar essa qualidade heterogênea das dimensões da vida que não mais são reguladas exclusivamente pelo direito e o campo jurídico, mas que passam a recorrer a técnicas distintas.

Era a primeira tentativa de institucionalizar um saber sobre a loucura dentro de um contexto social mais amplo no campo de saberes da psiquiatria<sup>16</sup>. Basaglia propôs que aqueles que eram acometidos por profundo sofrimento psíquico deveriam ser entendidos não só a partir de sua doença ou do contexto hospitalar que a permeava, mas como sujeitos envoltos em um regime institucional brutal cujos limites não se encerravam em suas próprias paredes, mas extrapolavam para contextos sociais mais amplos. Até então, a loucura era dupla: era tanto os desdobramentos de um processo de doença, quanto os desdobramentos de um processo de institucionalização.

o duplo é algo que se sobrepõe à doença, que surge como consequência do processo de institucionalização, que homogeneiza, objetiva e serializa (no sentido proposto por Sartre) a todos aqueles que entram na instituição. Nesta, é constituído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o internado, com base naquilo que se supõe ser o louco e sua loucura. Assim, “por duplo da doença mental” é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da

---

<sup>16</sup> Podemos pensar na experiência de Nise da Silveira como uma tentativa pioneira, muito bem sucedida, diga-se de passagem, de cuidado integrado da população *louca*. Contudo, as técnicas desenvolvidas por ela na década de 50, 60 e 70, apesar de incorporadas nas práticas da saúde mental, não gosaram da institucionalidade do modelo psicossocial. Para mais sobre a vida e obra de Nise recomendo os trabalhos de Felipe Magaldi (2020; 2018; 2016)

negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de “pré-conceitos” científicos, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (AMARANTE, 1996, pág. 80).

Em 1978 Franco Basaglia realiza uma visita ao Brasil para participar do I simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. No ano seguinte ele retorna ao Brasil. É nesta ocasião que ele visita o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, e comparou-o a um campo de concentração nazista (BASAGLIA, 1982; SOCIEDADE MINEIRA DE PSICOLOGIA, 1982). O Hospital Colônia operou de 1903 a 1996 e estima-se em torno de 60.000 mortos dentro de seus muros. Pessoas com sofrimento mental, mas também homossexuais, prostitutas, mulheres pobres grávidas de seus patrões, alcoólatras, comunistas (ARBEX, 2019). O Hospital Colônia engolia todos os indesejáveis da sociedade civil e recebia internos diariamente que chegavam através do “trem de doido”, que materializa a alegoria da nau dos loucos<sup>17</sup>.

As influências da metodologia de Basaglia continuam ecoando no Brasil. A prática de realização de assembleias com internos e profissionais dos manicômios introduzida continua a ser reproduzida hoje e ocorria todas as semanas no CAPS AD onde realizei minha pesquisa<sup>18</sup>. Nessas ocasiões, assuntos de organização e funcionamento cotidiano do CAPS AD eram debatidos em conjunto de modo a incorporar a experiência dos *usuários* do serviço na prática profissional. Discutíamos sobre política, a pandemia, o horário do café, sobre os incômodos que tínhamos no serviço juntos. Esse espaço era um dos mais importantes para os *usuários* e em tempos não pandêmicos era um espaço de fala democrático que aglutinava um número alto de participantes. Em uma determinada ocasião a gestora do serviço me contou que a Assembleia era um espaço de “lembraça dos combinados e de repactuação”. Durante o

---

<sup>17</sup>A “nau dos loucos” é uma alegoria relativamente comum tendo sido repetidas múltiplas vezes ao longo da história da arte europeia entre os séculos XV e XVI. Mostra-nos um barco a deriva, em um rio ou oceano, que carrega dentro de si loucos e indesejáveis. Estes navios operaram durante muito tempo nos rios europeus coletando indesejáveis. Para mais Cf. FOUCAULT, 1971 *Histoire de la folie*. Paris: Gallimard, 1972

<sup>18</sup> Essa prática foi desenvolvida também por outros pioneiros que construíram um conjunto de experiências e reflexões que emergem no pós guerra e se desenvolvem ao longo dos anos 50 e 60 na tentativa de superação do modelo manicomial de gestão de populações marginais. Dentre eles podemos destacar as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones e a antipsiquiatria de David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson na Inglaterra; a psiquiatria institucional francesa de Tosquelles na França e nos Estados-Unidos a psiquiatria comunitária americana de Caplan. Todas estas experiências buscavam superar o caráter totalizador, segregador e violento da reclusão manicomial (Amarante, 2007 e 2000; e Birman, 1978). A centralidade de Basaglia no texto se dá especialmente pela sua gigantesca influência no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, contudo é importante destacar também estes outros processos para a compreensão das heranças intelectuais que moldaram o processo brasileiro. Agradeço imensamente a Maria Paula Gomes dos Santos pelos comentários na defesa da tese que levaram à construção desta nota de rodapé.

período que estive presente em campo as reuniões contaram com uma média de 20 participantes: média de 8 profissionais e 12 *usuários*.

A partir da visita de Basaglia, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) no Brasil começa a tomar forma. Tendo seu marco inicial a partir da Carta de Bauru<sup>19</sup> e de uma mobilização de profissionais da área, o movimento se ampliou para articular suas demandas junto dos *usuários* e seus familiares. Com o aumento de discursos e a pluralização de saberes sobre a loucura - antes de monopólio da psiquiatria, mas que aos poucos começa a incluir os saberes da psicologia, terapia ocupacional, assistência social e porquê não das ciências sociais - possibilita-se também a elaboração discursiva do sofrimento psíquico a partir daqueles que o vivenciam. O próprio vocabulário psiquiátrico e manicomial passa a ser apropriado por aqueles que eram escrutinados por estes saberes.

Tal movimento também passa a ganhar maiores possibilidades de enfrentamento a partir do contexto da constituição cidadã e da criação do SUS, em 1988 e 1990, respectivamente. A constituinte, que se consolida como um campo múltiplo em um contexto de ampla mobilidade das estruturas de poder (a transição democrática), permite correlações de forças e isso é reflexo dos movimentos objetivos e concretos que se expressavam na sociedade civil, espaço onde se articulou também o MNLA.

As primeiras mudanças na legislação e nos modos de financiamento da Saúde Mental no Brasil, contudo, só se iniciam com a Portaria nº 224 de 1992, que contempla o financiamento dos primeiros de NAPS/CAPS, além de unidades de saúde mental em Hospital Geral e Hospital Dia, mas de modo muito incipiente, e ainda com alta concentração de recursos para Hospitais Psiquiátricos.

Somente na década seguinte, em 2001, que as demandas do Movimento da Luta Antimanicomial conseguem ascender a institucionalidade e integrar-se na dimensão jurídico-legal das formas políticas. A partir da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), também conhecida como Lei Paulo Delgado<sup>20</sup>, é iniciado o desmonte das estruturas institucionais dos manicômios em

---

<sup>19</sup> O manifesto de Bauru, ou carta de bauru, foi um documento redigido por profissionais da área da saúde mental - em sua maioria enfermeiros e psicólogos - durante o II congresso nacional de trabalhadores em Saúde Mental realizado em 1987 na cidade que lhe dá nome. Este texto foi um marco fundamental na formação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Os 350 trabalhadores presentes na ocasião assinaram o documento afirmando uma recusa do modelo manicomial e iniciando uma mudança radical no modo de gestão da loucura e dos corpos loucos. Para acessar o manifesto na íntegra acesse: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QgiuWqVZydEJ:ojs.bce.unb.br/index.php/insurgencia/article/download/29774/20658+&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>>. Acessado em 29/01/2022.

<sup>20</sup> Paulo Delgado (teve 6 mandatos consecutivos, sendo deputado federal de 1987 a 2011) foi o deputado de MG que apresentou ao Congresso a lei em questão. É também irmão do psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, um dos protagonistas da Reforma Psiquiátrica.

ampla escala. A presente lei “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (*ibidem*). Criam-se os *serviços substitutivos*: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como forma de absorver a demanda e restituir os corpos institucionalizados ao convívio junto à sociedade civil.

Denominaram-se “serviços substitutivos” os instrumentos de saúde que compõem a RAPS pois seriam eles “serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico”. É importante lembrar que a política pública em saúde mental no Brasil se desenvolve em grande medida a partir da recusa do sistema de encarceramento e exclusão social promovido pelos manicômios que, ainda hoje - como é o caso dos manicômios judiciários -, atuam em território brasileiro. Denúncias gravíssimas de violação de direitos básicos, assim como desumanização dos pacientes psiquiátricos ou “perigosos” em espaços manicomial podem ser encontradas em diversos livros, documentos ou mesmo em produções culturais como músicas ou filmes. (ARBEX, 2019; CARCERÁRIA, 2018; BOLOGNESI, 2002; BARRETO, 2017.)

É a partir da Lei 10.216 de 2001 que foram possíveis mudanças significativas dos investimentos em saúde mental. A Portaria nº 336/2002 - que dispõe sobre os CAPS - e a Portaria nº 251/2002 - que dispõe sobre a reestruturação da atenção hospitalar em saúde mental, e definiu normas para o funcionamento e para expansão de leitos em Hospitais Psiquiátricos, através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares em Psiquiatria (PNASH-P) - contribuíram para redução de leitos nos manicômios. Essa iniciativa permitiu a diminuição dos gastos do SUS com estes dispositivos de saúde que eram reconhecidos como depósitos de pessoas e apresentavam alto grau de violação de Direitos Humanos.

A lei 10.216, em consonância com os princípios do SUS, ratifica também a universalidade de acesso e direito de assistência integral do sujeito ao mesmo tempo que busca descentralizar os serviços de modo promover um atendimento mais próximo da realidade social de seus *usuários*. Já nesta onda de medidas é instaurada a portaria GM/336 de fevereiro de 2002 (BRASIL/MS, 2002) que define normas e diretrizes para os serviços substitutivos já mencionados. Por fim, a portaria SAS/189 de março de 2002 cria, no âmbito do SUS, serviços de atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas.

Este foi um grande momento de inflexão que somente pode se dar a partir da criação do SUS. Se antes os tratamentos para o uso abusivo – ainda denominado como dependência química nas diretrizes oficiais – possuía uma única via de tratamento que se baseava ou na internação hospitalocêntrica ou em tratamentos morais (BRASIL, 1976) agora era possível

compreender o sujeito usuário de substâncias em sua totalidade. A metodologia da Redução de Danos, que fora difundida no Brasil a partir da epidemia de HIV/AIDS, defendendo práticas como uso de camisinhas e distribuição de seringas descartáveis, agora passa a compor o arsenal de ferramentas para lidar com a questão do álcool e outras drogas<sup>21</sup>.

Desde então, múltiplos desdobramentos se deram. A partir tanto de debates originados na sociedade civil (LÜCHMANN, 2007.) quanto aos desdobramentos legais nas políticas públicas originárias. Na primeira década dos anos 2000 houve importante expansão de CAPS no Brasil, potencializados por políticas estaduais e iniciativas municipais para implantação e financiamento de ações e serviços de saúde mental na atenção básica e na expansão de leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Este primeiro momento, que pode ser delimitado entre 2000 e 2009 marca uma inversão dos investimentos, que deixam de financiar manicômios e passam a ser injetados em serviços de base comunitária. Neste primeiro momento, o principal objetivo da política pública era o de desinstitucionalizar sujeitos que haviam passado suas vidas em Manicômios. O principal foco era reinserir corpos institucionalizados à convivência social. Nesse sentido, o componente do financiamento teve papel crucial como indutor da mudança de modelo de atenção em saúde mental. Como podemos observar na tabela abaixo há uma clara inversão de prioridades nesse primeiro momento.

**Tabela.** Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.

Tipo de gasto <sup>a</sup>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Extra-hospitalares	205,29	226,80	305,89	361,45	483,37	625,42	840,08	922,28	1.035,08
Hospitalares	798,01	689,35	613,04	585,56	539,96	493,09	485,95	477,81	482,83
Total	1.003,30	916,15	918,93	947,01	1.023,33	1.118,51	1.326,03	1.400,09	1.517,91

Fonte: Ministério da Saúde *apud*. GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO. 2012.

a: Valores em milhões de reais de 2009.

Os gastos extra-hospitalares, que em 2001 eram 20% do total, representam mais de dois terços do investimento total do Ministério da Saúde em 2009. Este investimento permitiu a consolidação da RAPS como política pública. Nos anos seguintes essa inversão de gastos se

<sup>21</sup>Podemos aqui perceber a importância da ratificação de leis e diretrizes como forma de fortalecer e dar legitimidade a medidas já praticadas por pessoas e profissionais da saúde como medidas de cuidado. O caso da epidemia de HIV/AIDS é emblemática neste sentido. Os bioativismos que se constituíram a partir da experiência de pessoas vivendo com AIDS foram fundamentais na construção de saberes e ciências no enfrentamento cotidiano da doença. Para mais Cf. EPSTEIN, 1995.

mantém. Como aponta a tabela 2, que dá sequência a esta, podemos perceber uma continuidade de um projeto descentrado do espaço hospitalocêntrico

Tabela 2. Gastos Federais<sup>a</sup> (FNS) com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Brasil, 2010-2019.

Tipo de gasto		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Extra-hospitalar	em reais	1.277,49	1.291,09	1.691,32	1.822,44	1.927,85	2.107,82	2.018,02	2.126,13	2.211,13	2.294,79
	em reais de 2019	2.159,49	2.060,68	2.534,73	2.580,53	2.577,47	2.648,32	2.291,04	2.270,93	2.294,05	2.294,79
	em dólar dos EUA	766,71	688,29	827,66	777,96	725,79	539,80	619,20	642,72	570,64	569,33
Hospitalar	em reais	537,96	525,17	496,14	472,99	406,69	362,40	320,17	289,94	306,17	321,00
	em reais de 2019	909,38	838,21	743,55	669,74	543,72	455,33	363,48	309,69	317,65	321,00
	em dólar dos EUA	322,87	279,97	242,79	201,91	153,11	92,81	98,24	87,65	79,02	79,64
Total	em reais de 2019	3.068,87	2.898,90	3.278,28	3.250,27	3.121,19	3.103,65	2.654,52	2.580,62	2.611,70	2.615,80

<sup>a</sup> em milhões

Fontes: de 2010 a 2013, Saúde Mental em Dados; de 2014 a 2019: DATASUS/TABNET, Sistema de controle de limite financeiro da alta e média complexidade (SISMAC); Painel do Orçamento Federal.

Fonte: WEBER, 2021, p.42

A emergência do Crack no Brasil afetou profundamente o projeto de cuidado oferecido pela política de Saúde Mental, assim como provocou mudanças nas diretrizes de enfrentamento às drogas no âmbito da segurança pública<sup>22</sup>. Já em 1998 era criada a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e em 2002 fora criada através de decreto Política Nacional Antidrogas (PNAD) (BRASIL, 2002). Pela primeira vez no Brasil era articulado um plano de enfrentamento às drogas, amplamente motivado pela emergência do Crack nas capitais do país. Percebe-se que a criação destes instrumentos se dá paralelamente à emergência da RAPS e era em conjunto com estas medidas de segurança pública que o Ministério da Saúde, baseado nos princípios das reformas psiquiátrica e antimanicomial, conjuntamente com os princípios do SUS, começava a desenvolver um programa de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Em 2010 é lançado pelo Governo Federal o Decreto que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, localizado na pasta do Ministério da Justiça (BRASIL, 2010). Junto deste é inaugurado o Programa Crack é Possível Vencer (PCPV) no qual Ministério da Justiça e Ministério da Saúde dividem atribuições no que se refere ao objeto

<sup>22</sup> Paralela a esta emergência do crack no cenário nacional, houve também mudanças relevantes no campo político que fizeram com que as estratégias de cuidado e atenção à população que faz abuso de substâncias sofressem mudanças. A entrada das bancadas religiosas conservadoras na base política e parlamentar do governo Dilma (2010-2016), criou a abertura do Governo Federal para os interesses das Comunidades Terapêuticas, ampliando o capital político das mesmas.

droga. Nesse projeto foram aglutinados tanto o cuidado ao usuário de crack e prevenção do uso, quanto o combate ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas. (TRAPÉ; CAMPOS, 2017 p.22).

Apesar do cuidado psicossocial voltado para a questão do álcool e outras drogas já aparecer em 2002, muito em função da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental – que deu origem à Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas de 2004 –, foi com o PCPV, a partir de 2011, que se ampliou definitivamente a política nacional de saúde mental, crack e outras drogas. Nesse sentido, esta ampliação visou fortalecer o cuidado em saúde mental em redes territoriais<sup>23</sup>.

Penso que a partir deste desenvolvimento torna-se mais evidente como dispositivos de segurança e violência encontram-se em permanente relação e balanceamento com dispositivos de saúde e assistencialismo. Tanto em suas estruturas políticas e legais – como é o caso do PCPV – quando os circuitos urbanos periféricos – produzidos a partir da circulação de corpos entre espaços institucionais, políticas públicas e facções criminosas – estas duas estruturas de governamentalidade estão em permanente relação e negociação.

Estes processos, contudo, atingem um ponto de inflexão novamente, desta vez especialmente ligada à questão de álcool e drogas. É neste mesmo período - entre 2010 e 2014 - que as Comunidades Terapêuticas (CTs) começam a ganhar espaço dentro da institucionalidade legal assim como do financiamento público destinado ao cuidado de usuários abusivos de álcool e outras drogas.<sup>24</sup>

Essas constantes mudanças nas formas legais de financiamento, estrutura e serviços oferecidos pela RAPS evidenciam, no meu entender, o caráter processual da RAPS. Ela está, desde sua criação, em um processo de devir, nunca tendo sido plenamente “terminada” por assim dizer. A emergência dos CAPS AD, apesar de previstos desde 2002 com a portaria nº336 do MS (BRASIL, 2002), tornou-se mais robusta apenas em meados de 2011, com a emergência do Programa Crack é Possível Vencer.

---

<sup>23</sup> De acordo com a Portaria Ministerial 3.088 de 2011(republicada em 2013), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011)

<sup>24</sup> Para uma revisão destas mudanças pré 2020 Cf. CARACHO; BRANDÃO. A nova política nacional sobre drogas e as comunidades terapêuticas. Le Monde Diplomatique Brasil. Edição 145. 2019.

Ao longo de seus 20 anos de vida, a RAPS cresceu e diversificou suas atribuições constantemente. Martinez nos chama atenção para como o “construir da rede é perpétuo” (MARTINEZ, p. 20. 2016), e isso não só na escala da gestão regional e *intersectorial* dos serviços, mas também algo que é espelhado na construção da política pública. A tese de Mariana Martinez (2016) é exemplar na demonstração do “construir perpétuo” da rede na escala cotidiana dos serviços, contribuiu com ela ao propor que sua dimensão legal e jurídica espelha essa mesma dinâmica de permanente construção.

### **Clínica Álcool e Drogas**

O cuidado no contexto de uso de drogas também apresenta suas particularidades. Além das moralidades envolvidas que atravessam o cuidado desses *usuários* - algo que desenvolvo mais adiante -, trata-se de um processo extremamente vagaroso e por vezes frustrante na medida em que há uma dimensão envolvida no abuso de substâncias cuja a pessoa - ou grupo de pessoas - que promovem o cuidado não pode controlar: a vontade da própria pessoa de mudar sua relação com as SPAs.

Diferentemente de outras propostas de cuidado que propõem a abstinência e o distanciamento da pessoa de situações ou relações facilitadoras do uso - como por exemplo a metodologia empregada em Comunidades Terapêuticas (CTs) - a metodologia psicossocial empregada nos CAPS AD se faz implicada em dimensões sociais. Calcado na reforma psiquiátrica e antimanicomial, a epistemologia do cuidado levada a frente por estes serviços parte do pressuposto da autonomia dos *usuários* e entende que o cuidar se dá em múltiplas dimensões sociais, psíquicas e biológicas.

O fato destes instrumentos de saúde estarem intimamente relacionados com os serviços substitutivos e com as pautas da reforma antimanicomial e psiquiátrica foi fundamental para o modelo de cuidado que se implementa nos CAPS AD. Frantz Fanon<sup>25</sup>(2020) já atentava para as dificuldades que se apresentam quando o cuidado de pacientes psiquiátricos é feito fora de suas relações sociais cotidianas, e no caso de pessoas que cometem abuso de substâncias não é diferente. Ele afirma

---

<sup>25</sup> Somente recentemente, através de intelectuais negros brasileiros que vêm popularizando os escritos de Fanon no interior das universidades públicas, foi possível averiguar a influência dos textos de Fanon na produção da reforma psiquiátrica e antimanicomial brasileira. Principalmente através de sua influência nos trabalhos de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que iniciou a reforma psiquiátrica em seu país. Dentre este grupo de intelectuais que restituiu o lugar de Fanon no bojo da reforma psiquiátrica brasileira destaque Rachel Gouveia Passos (2019), Deivison Faustino (2015), Renato Nogueira (2020) e Mário Augusto Medeiros da Silva (2013). Muitos devem ter sido deixados de fora desta nota, contudo tenho nestes autores minhas principais referências para o entendimento da obra de Fanon.

No modelo antigo de hospital psiquiátrico, subtraía-se o paciente de seu ambiente conflitivo e muito amiúde se tinha a impressão de um desaparecimento súbito dos sintomas neuróticos logo que as portas do manicômio se fechavam atrás dele. Era nesse sentido que se podia dizer que a internação provocava uma distensão. Mas as atitudes neuróticas continuavam presentes e assistia-se à sua ab-reação diante da primeira visita da esposa ou do marido ou diante da primeira menção às antigas dificuldades. O manicômio envolvia o paciente num manto protetor, porém era uma falsa proteção, pois favorecia a letargia do paciente, essa espécie de sono acordado durante o qual ele leva uma vida vegetativa. (FANON, 2020, p.62-63 )

Essas notas de Frantz Fanon em seu estudo sobre os “hospitais-dia” (*ibidem*) na Argélia colonial são muito representativas do tipo de cuidado que é proposto pela reforma psiquiátrica e antimanicomial brasileira. Assim como foi no caso brasileiro, Fanon pensa nas potencialidades de espaços terapêuticos abertos e integrados na vida social a partir de uma antítese ao modelo de gestão de corpos loucos que existiam. Ele pensa no “hospital-dia” (*ibidem*) como um espaço que atende duas demandas

1) o diagnóstico e o tratamento precoce dos transtornos de comportamento; 2) a manutenção do maior número de contatos do paciente com o meio exterior, de tal modo que nenhuma atitude neurótica e nenhuma situação conflitiva desapareçam magicamente. **Não se trata assim de colocar o paciente fora de circulação da vida social, mas de pôr em movimento uma terapia dentro do quadro na vida social.** (*ibidem*, grifo meu).

É no sentido que Fanon fala de “uma terapia dentro do quadro na vida social” que se elabora o cuidado psicossocial. Ao mesmo tempo, essa implicação no mundo social é o que torna o cuidado à pessoa que comete abuso de substâncias um cuidado frequentemente sentido como frustrante. O conceito de contrafissura definido por Lancetti (2015) nos ajuda a compreender a dificuldade que a coisa droga<sup>26</sup> impõe sobre o cuidado das pessoas que fazem uso dela. Lancetti (*ibidem*) define o conceito de contrafissura como um sintoma social advindo do fracasso da guerra às drogas decorrente da política proibicionista e sua glamourização midiática que alimenta um desejo de ter aspectos relacionados ao uso de álcool e drogas resolvido de maneira simples e rápida. Não eram raros os *usuários* que faziam acompanhamento há mais de 5 anos no CAPS ADAO. Também não foram poucas as conversas que presenciei em Centros de Saúde (CS), quando acompanhava profissionais do CAPS AD na discussão de casos com profissionais de outros serviços da rede pública e assistencial, onde

---

<sup>26</sup> Falar da droga como coisa é reconhecer que ela possui agência sobre o mundo. Ou seja, implica compreendê-la não como objeto inerte, mas como algo que é construído socialmente e culturalmente, assim como se faz nas teias relacionais daqueles que fazem uso destas. Acho importante ressaltar que quando falamos de agência de coisas no campo antropológico não se insinua que haja intencionalidade na agência. Seguir os objetos ao longo de sua vida social tem-se apresentado como uma interessante saída metodológica para compreensão de alguns processos nos quais os objetos agem. O trabalho de Daniel Miller (2013) no que se refere à “cultura material”, assim como os trabalhos de Bruno Latour reunidos na coletânea “A esperança de Pandora” (2017) são bibliografias interessantes para compreender como seguir os objetos e levar a sério sua agência no mundo ajudam a compreender processos sociais mais amplos.

se expressavam ideias como “essa pessoa não tem jeito”, “se quisesse mesmo parava de usar drogas” ou “já tentamos de tudo”. A particularidade do cuidado às pessoas que fazem abuso de substâncias geralmente tem relação com as percepções sociais sobre a coisa droga.

Contudo, cada caso apresentava suas próprias particularidades. Relações familiares problemáticas, contextos que envolviam as mais distintas violências, quadros clínicos ou psiquiátricos que se sobrepunham ao uso de drogas. Por conta disso, distintos profissionais discutem em equipe - a partir de seus campos específicos de conhecimento - e com o *usuário* uma estratégia de cuidado que é negociada por todos os envolvidos. Uma das principais ferramentas utilizadas, como já apontado, é o desenvolvimento de um PTS para cada *usuário*. Assim, as estratégias de cuidado levadas a cabo são singularizadas: não há receita, tratamento, passo a passo. Há construção negociada permanentemente entre profissionais e outros profissionais, profissionais e *usuários* e profissionais e institucionalidade.

Entendo institucionalidade para os fins deste trabalho como um conjunto vastamente amplo e heterogêneo de normas que se dão em múltiplas instâncias que permeiam a atuação de profissionais e usuários. São normas legais, combinados formais decididos em assembleias e reuniões de equipe, metas de produtividade, estruturas de financiamento, códigos éticos e morais, convenções sociais e arranjos culturais estabilizados. Estas distintas formas de institucionalidade serão apresentadas ao longo dos relatos apresentados. Por ora esta categorização ampla serve aos propósitos do texto. O que é importante reter do parágrafo anterior é que o cuidado é entendido como ação processual, variável e que se organiza a partir de acordos e estabilizações provisórias de acordo com o caso a caso.

Nesse sentido, o cuidado que observei no CAPS ADAO espelha o que Mariana Martinez (2015) observou nas construções epistemológicas da *rede*<sup>27</sup>. A autora em questão problematiza a noção de *rede* como categoria êmica<sup>28</sup> que emerge no cotidiano do trabalho de profissionais de Consultórios na Rua e CAPS ADs no município de São Bernardo do Campo - SP. As *redes* de cuidado que foram percebidas pela autora compõem tanto as dinâmicas relacionais construídas através dos instrumentos da RAPS quanto articulações entre serviços que se orientam por afetos pessoais, apesar de envolver pessoas que estejam atuando dentro das *redes*.

Essas articulações intrapessoais são parte fundamental da construção de rede institucional. Uma boa relação entre profissionais do CAPS AD com os profissionais de CS

---

<sup>27</sup> Todos os termos grifados em itálico indicam categorias êmicas do campo.

<sup>28</sup> Diz-se da categoria êmica uma categoria que é apropriada dos saberes que circulam dentro do campo e passa a é emprestada para explicar-se a teoria.

produzem resoluções cooperativas que tendem a ser mais criativas. Em situações nas quais as relações pessoais não estavam tão bem construídas, os profissionais do CAPS AD tendiam a ter maiores dificuldades de obtenção de recursos dos CS para produzir um cuidado compartilhado. A *rede*, portanto, era constantemente produzida a partir destas relações.

Cuidado e *rede*, em um movimento espelhado, são categorias permanentemente reconstruídas, renegociadas, reorganizadas. Até mesmo quando observamos suas construções legais e políticas, a RAPS demonstra essa qualidade. Esse permanente refazer das políticas públicas é reflexo do campo de disputas de saberes em que uma ampla gama de discursos e técnicas que se debruçam sobre a gestão da vida destes corpos.

Maurício Fiore (2020) chega a sugerir que, assim como a sexualidade, “as drogas também se constituíram enquanto dispositivo: são reprimidas, incitadas, faladas e investigadas a todo tempo” (*idem*, p. 20). Os CAPS AD são parte desse amplo dispositivo. A dimensão de cuidado produzida nestes espaços se apresenta como uma das faces desse poliedro de muitos lados. Repressão policial, lógicas mercadológicas, cuidado e saúde são todas faces de uma mesma forma que constantemente roda em torno de seu próprio eixo, se expande, se contrai e altera suas dimensões.

Assim, é importante ressaltar que, apesar de completamente distintas em suas abordagens sobre a coisa droga, as políticas de cuidado se colocam em tese como uma forma de resistência frente aos modos de exclusão e encarceramento destes corpos - essas duas abordagens são discursos e práticas de um mesmo dispositivo. Em uma perspectiva foucaultiana, “lá onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo), esta nunca se encontra em posição de exterioridade com relação ao poder” (Foucault, 2012, p. 91). E assim é também nas texturas da própria face deste poliedro onde habita o cuidado. Também nos CAPS AD se produzem normas, limites, reconstruções e reelaborações sobre a droga, o cuidado, e sobre o próprio serviço - assim como é feito na escala da política pública.

Emerich e Campos sugerem que é nesse processo de feitura constante que se encontra a força motriz que deve animar os serviços (EMERICH; CAMPOS, 2019). É essencialmente em processo relacional que este cuidado se faz. Entre estruturas legais e o cotidiano dos profissionais forjam-se alternativas de cuidado que condizem com a singularidade de cada paciente e as restrições impostas pelos contextos ambientais e territoriais sob o qual estão expostos os *usuários*.

Enquanto agentes do cerzimento e sustentação do modelo de cuidado proposto, os trabalhadores podem construir novos ou reproduzir antigos modos de cuidar, suscitar críticas e produzir conhecimento acerca dos impasses e avanços para o fortalecimento

do cuidado calcado na existência-sofrimento dos sujeitos e na ampliação das ofertas de tratamento, uma vez que não adianta mudar as leis e as estruturas sem mudar as pessoas . (EMERICH; CAMPOS, 2019 p. 2)

No interior desta vasta *rede*, distintos serviços e sujeitos são acionados, não só referentes ao campo da saúde. No CAPS AD onde estive, algumas situações de violência contra os usuários que frequentemente se aglomeravam nas portas do serviço faziam com que a equipe acionasse uma força policial. Contudo, não eram feitas chamadas para os números de emergência convencionais. Quando alguma situação que necessitasse deste tipo de intervenção se desencadeava a equipe acionava uma policial específica da Guarda Civil Metropolitana (GCM). Esta policial, foi-me dito, por conta de experiências pessoais, estava preocupada em realizar uma intervenção não violenta.

Além deste caso, muitos outros se davam. Profissionais em centros de saúde que se mostravam mais engajados em temas de saúde mental e uso de drogas do que seus colegas eram mais acionados pela equipe do CAPS AD para realizar articulações. Serviços de assistência social eram mobilizados a partir da mesma técnica. Apesar do caminho institucional que possibilita o contato e articulação do CAPS AD com outros instrumentos públicos, quando uma *rede* informal encontrava-se mais receptiva, privilegiava-se este contato.

### **Ataques ao modelo da RAPS**

Contudo, essa imagem aqui desenhada não tem mantido-se a mesma, e mudanças drásticas estão sendo realizadas para o retorno da lógica manicomial. Nos anos recentes, pode-se observar um novo campo de disputas que emerge a partir do cuidado referente ao usuário problemático de drogas no interior da Saúde Mental, suscitando novas tensões entre modelos de cuidado nas quais diferentes pólos de interesses se articulam, um informado através das pautas da reforma psiquiátrica e antimanicomial, outro que se agarra às práticas manicomiais.

Os processos iniciados pelo governo Dilma Rousseff (2011-2016) e que se agravam nas administrações Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2018-presente) atacam o cerne das políticas de Saúde Mental no país, através de um violento e rápido processo de deslegitimação da metodologia psicossocial. A agência de lobistas, e figuras de interesse como Osmar Terra (ministro do Desenvolvimento Social de Michel Temer e atual Ministro da Cidadania de Jair Bolsonaro), Quirino Cordeiro Junior (Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, entre 2017 e 2019, foi coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, onde trabalhou na construção da nova Política Nacional de Saúde Mental e das mudanças nas

diretrizes da Política Nacional sobre Drogas), Luiz Henrique Mandetta (Ministro da Saúde entre 2018 - 2020) e alguns deputados, ligados a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, passaram a atacar os avanços feitos pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial.

Ainda no governo Michel Temer, pode-se destacar também a portaria nº 3588 do Ministério da Saúde, que altera as diretrizes da política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (BRASIL, 2017). Nessa, fica prevista a volta dos Hospitais Psiquiátricos para as RAPS que, antes de serem substituídos pelos CAPS, operavam na lógica manicomial.

Sobre os desdobramentos mais recentes desse processo de ataque às estruturas da Saúde Mental podemos atentar para a Nota Técnica nº11/2019, assinada pelo então Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Junior, previa: a reinserção dos hospitais psiquiátricos nas RAPS; a possibilidade de internação de crianças e adolescentes com adultos; e a volta do tratamento de eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, como prática de tratamento e recuperação daqueles acometidos por algum transtorno mental.. O documento em questão foi recebido como um ataque tremendo às políticas de Saúde Mental por parte da comunidade de funcionários da área e com unanimidade foi lido como tal por membros da Luta Antimanicomial e agentes que participaram da reforma psiquiátrica.

Um dos pontos que ganhou destaque naquele momento foi a centralidade dada ao modelo de cuidado das Comunidades Terapêuticas (CT) para o usuário problemático de drogas, em detrimento do modelo dos CAPS ad. Operando, quase que por via de regra, sob uma orientação religiosa, as CTs funcionam sobre o tripé da oração, trabalho e disciplina (SANTOS, 2018), na direção contrária das pautas da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial brasileira. As CTs tornaram-se elegíveis para receber financiamento público, vindo do Ministério da Saúde<sup>29</sup>, a partir da Portaria nº 1.482 do MS (BRASIL, 2016) que permite o cadastramento destas instituições no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A entrada dos hospitais psiquiátricos no desenho da RAPS se deu por volta do mesmo período, desta vez a partir da resolução nº32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2017). Estes dois serviços que funcionam de maneira divergente dos serviços substitutivos da RAPS - não operam na chave da territorialidade, não estão integrados com o espaço urbano e o convívio social de seus *usuários* - acabam por inverter a lógica de

---

<sup>29</sup> As CTs já haviam se tornado, em 2010/2011, elegíveis para recebimento de dinheiro público com o PCPV. Mas eram então financiadas pela SENAD (Ministério da Justiça). Somente em 2016, elas se tornam elegíveis ao financiamento do Ministério da Saúde – que até então se recusava a este papel.

financiamento apresentada anteriormente. Retornando a tabela nº2 podemos observar uma estagnação do financiamento para atividades extra-hospitalares.

Trata-se de uma disputa pela legitimidade do cuidado do usuário problemático de drogas, e do portador de algum transtorno mental. Este processo denominado como processo de “remanicomialização da saúde mental” (GUIMARÃES; DOS SANTOS ROSA, 2019), “contrarreforma psiquiátrica” (GARCIA *et al*, 2022) ou simplesmente qualificado como “retrocesso” (PASSARINHO, 2022) tem ganhado continuidade com novos decretos.

Durante o período de vigência desta pesquisa, um documento intitulado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental” assinado e veiculado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) causou novas preocupações e fortaleceu o argumento de que há um projeto de desmonte da política de saúde mental no SUS.

O vazamento desse documento previa uma série de revogações de portarias ligadas à consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Denominado como “Revogação” gerou uma ampla movimentação de profissionais da Saúde Mental, *usuários* da rede, e pesquisadores com tema de interesse na área. A Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, como decidiu-se denominar, foi rapidamente organizada via grupos de mensagens no aplicativo Telegram e se articulou de modo a produzir documentos, levantar dados e articular atores de diversas regiões do país para fazer frente a este ataque às estruturas da RAPS<sup>30</sup>.

Ao todo cerca de 100 portarias corriam o risco de serem revogadas<sup>31</sup> e dentre as principais mudanças propostas pela movimentação na reunião do CONASS estavam a extinção dos programas: de volta pra casa; extinção das equipes de consultório na Rua<sup>32</sup>; do Serviço Residencial Terapêutico (SRT)<sup>33</sup>; dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSAD); e prevê que os CAPS fariam apenas reabilitação e não o atendimento psiquiátrico.

---

<sup>30</sup>Confira: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>>. Último acesso em 8 de dezembro de 2020.

<sup>31</sup> Confira: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/32/>> último acesso em 6 de julho de 2021

<sup>32</sup> Os consultórios na rua são unidades móveis de atendimento básico que funcionam em vãs. É uma modalidade de serviço de atenção primária à saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, oferecida pelo Sistema Único de Saúde para as populações em situação de rua

<sup>33</sup> SRTs são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

Compartilhei naquele momento a sensação de usuários, profissionais e familiares de um certo desespero com a possibilidade do desaparecimento de algo que articula a vida destas pessoas e para mim significava o completo desaparecimento do meu campo de pesquisa. Em Campinas, a Comissão de Saúde Mental do CMS (Conselho Municipal de Saúde) de Campinas articulou-se e, na reunião de dezembro buscou formas de garantir que a RAPS de Campinas poderia se manter caso o Governo federal revogasse de fato as portarias da SM e cortasse de vez o financiamento.

Após ampla repercussão do caso, o MS acabou por retroceder e negar que o documento vazado estivesse pronto para implementação. Apesar disso, esses seguidos decretos que configuram uma nova política de saúde mental indicam uma continuidade nas propostas desenvolvidas em âmbito governamental que se colocam em convergência “com o modelo que vigorava antes da experiência da reforma psiquiátrica brasileira e de seus desdobramentos – e isso independe do fato de ele agora se apresentar com novos argumentos e tecnologias, posto que isso não alterou em nada os seus antigos pressupostos e traços fundamentais” (PASSARINHO, 2022 p.76).

Foi no contexto do revogação que comecei a realizar minhas primeiras incursões em campo. Descrevo-o aqui pois me lembro do cansaço e desânimo dos profissionais naquele mês de dezembro de 2020. Já se completavam 9 meses de pandemia e a perspectiva do desmonte dos serviços significava a perda de qualquer tipo de seguridade, o que em qualquer momento seria grave, mas naquele contexto era mais ainda. Em meio a tensões no território que atendiam e na busca para efetivar o cuidado dos *usuários* - que amontoavam as calçadas do CAPS ADAO, formando à frente do serviço uma pequena cena de uso - conheci a equipe de profissionais que acompanharia por 16 semanas - 8 de janeiro à março e mais 8 de outubro à novembro de 2021.

## **O CAPS ADAO**

A reforma psiquiátrica brasileira é marcada por uma vasta heterogeneidade e práticas manicomialistas ainda podem existir fora do espaço dos manicômios. Da mesma forma, o cuidado nunca se efetiva da mesma maneira nos distintos CAPS AD. O *usuário*, o território, o financiamento disponível e os atravessamentos culturais e morais - tanto na categoria de cuidado quanto na categoria droga - também interferem nas práticas de cuidado cotidianas que se dão nos CAPS AD. Por conta disso, faz-se fundamental compreender as particularidades que marcaram o meu campo de pesquisa.

Primeiro, há que se destacar que o caso de Campinas é tido como exemplar na implementação dos preceitos da reforma psiquiátrica e antimanicomial. Encabeçado pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF), uma instituição filantrópica que hoje gere a quase totalidade dos dispositivos psicossociais do município, a cidade campineira foi uma das primeiras a incorporar as novas tecnologias de cuidado que se propunham através do viés psicossocial. Foi através do SSCF que eu pude negociar minha entrada em campo. Abandonando práticas fundadas no poder disciplinar do manicômio, as políticas de cuidado do município passaram por uma radical mudança dos modos de gestão daqueles acometidos por sofrimento mental.

Desde 1990 o SSCF assume esta posição institucional de gestão e administração da RAPS no município e hoje é o principal gestor desta (CAMPINAS, 1990). É no período de 2002 a 2016 que o SSCF vê seu maior crescimento. Referência em cuidados de Saúde Mental, a cidade articulou uma parceria financeira (SARTORI, 2015) junto ao SSCF de modo que o cuidado ao sujeito com algum sofrimento mental fosse gerido pela instituição que possui uma longa tradição<sup>34</sup>. Esse que em sua origem foi um hospital psiquiátrico que centralizava e operava como epicentro irradiador de gestão de “loucos”, hoje, através de um processo de mudança de diretrizes e adequação aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, promove um cuidado *territorializado* e multidisciplinar - que conta com profissionais das mais diversas áreas da saúde, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiras - operado em *rede* através dos múltiplos instrumentos onde a saúde mental atua. A experiência de sucesso tornou-se modelo no plano nacional e teve extremo êxito em sua transição e implementação de práticas mais *horizontalizadas*<sup>35</sup>; isto é, práticas que incorporam o *usuário* na construção de seu tratamento e promovem o diálogo entre este e a equipe multidisciplinar.

A gestão do SSCF ampliou o cuidado em saúde mental no município de Campinas desde o início de sua parceria com a prefeitura em 1990. Hoje faz a gestão de 15 (quinze) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de tipos I e II, 1 (um) Consultório na Rua que faz atendimentos itinerantes, 3 (três) Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad),

---

<sup>34</sup> Durante uma pesquisa de iniciação científica PIBIC - Unicamp, tive a oportunidade de visitar a sede do SSCF. Localizada no distrito de Souza em Campinas ainda está no mesmo local de sua fundação em 1924, onde por muito tempo, operaram as práticas manicomiais. O prédio fica no final de uma rua que, aos poucos, vai deixando de ser de asfalto, para ir se tornando de terra, nos limites urbanos de Souza. Ao final dessa rua há uma ponte que leva para dentro da sede: um grande prédio com arquitetura das fazendas cafeeiras que dominavam a paisagem do interior paulista de 1800 à 1930.

<sup>35</sup> Cf. FERNANDES; SCARCELLI, 2005

6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de tipo III, 2 (dois) Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSij) e 5 (cinco) Centros de Convivência (CECOs) além de projetos culturais como a Rádio Maluco Beleza e Oficinas de Trabalho. Apesar de não realizar a gestão da totalidade dos serviços da RAPS o SSCF ainda gere a maioria dos serviços. Abaixo coloco um organograma da RAPS no município de Campinas (imagem 1).

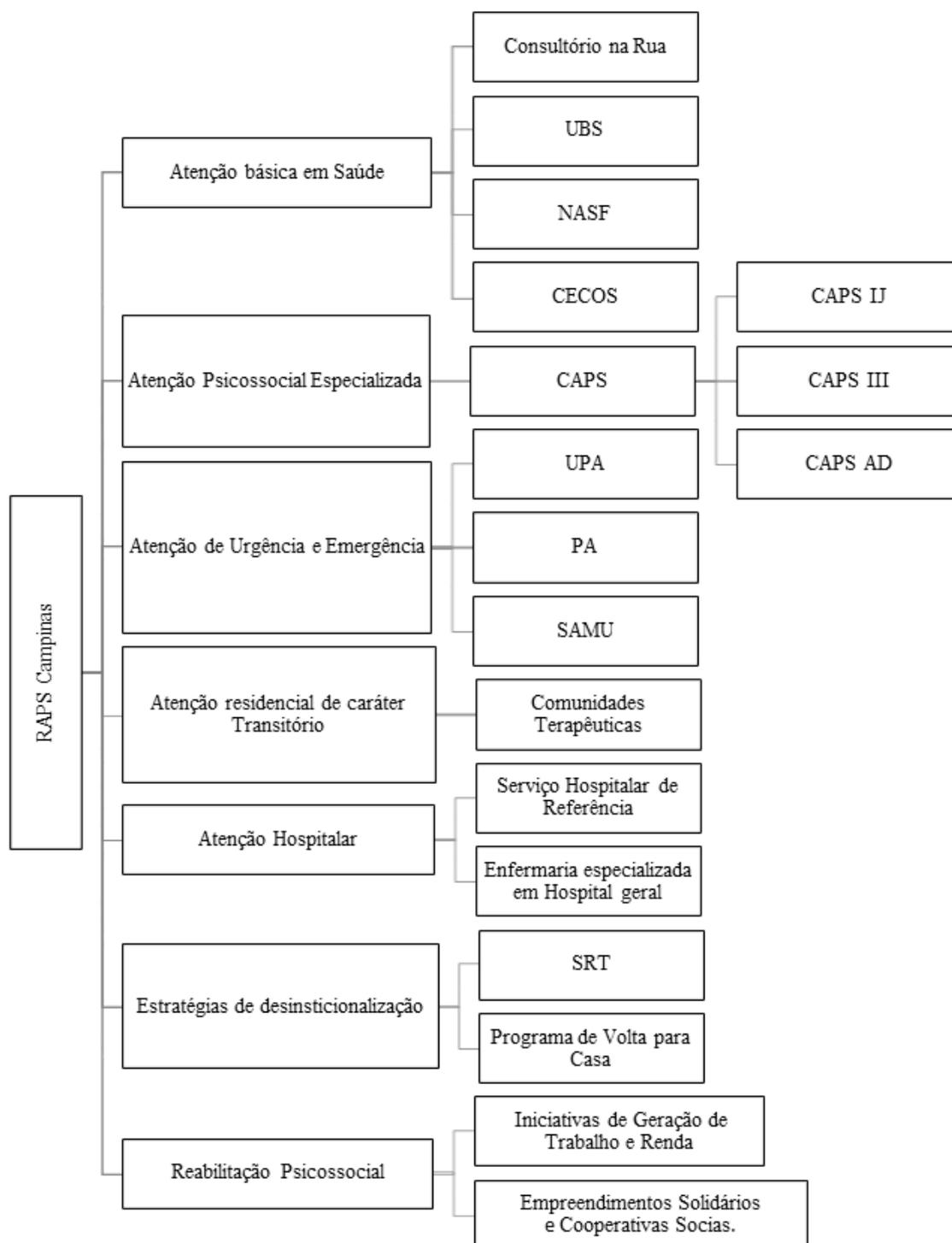


Imagem 1: organograma da RAPS em Campinas realização própria

Ademais, há de se destacar a centralidade que os centros formativos da Unicamp, assim como da PUC-Campinas, na efetivação dos preceitos da reforma no conjunto dos trabalhadores. Especialmente na equipe multidisciplinar, a maioria dos profissionais se formou em algumas destas instituições, seja na graduação ou, posteriormente, no período de residência. Ademais, há permanentes trocas entre os serviços da RAPS de campinas e estes centros de formação por conta da presença de residentes<sup>36</sup>.

Estes espaços tornam-se importantes para a consolidação da RAPS de Campinas como modelo no plano nacional na medida em que há nestes centros formativos, uma história compartilhada com o próprio processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Figuras como Gastão Wagner e Rosana Onocko, que ativamente atuam na produção científica, intelectual e material da Reforma, são exemplos de professores que atuam na formação dos profissionais da Unicamp e que alinham sua atuação profissional com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso contribui para a produção do que Rebecca Abers (2019) denominou um ativismo profissional ou um profissional ativista, ainda que este não tenha laços mais orgânicos com os movimentos sociais (luta antimanicomial, ABRASME etc.).

Os profissionais que compõem o quadro profissional do CAPS ADAO, assim como o conjunto da RAPS campineira, desenvolvem uma sensibilidade particular para os princípios do cuidado psicossocial, ajudando os serviços a permanentemente se renovarem e buscarem orientar suas ações pelos preceitos da Reforma. Outro ponto sintomático para entender esse processo - no que tange o cuidado psicossocial de pessoas que cometem abuso de substâncias - é a aceitação e implementação da prática de Redução de Danos no projeto de cuidado oferecido nos CAPS AD.

Como destacam Pires e Santos (2021), a prática de redução de danos não pode ser entendida como um fato dado dentro dos CAPS AD. Para os autores, a prática pode mesmo gerar conflitos dentro dos serviços na medida em que depende em larga medida de um alinhamento entre a equipe de profissionais. A prática de Redução de Danos coloca-se como exemplo da heterogeneidade com que a RAPS se constitui em diferentes espaços e municípios no Brasil, dependendo fundamentalmente não da prescrição legal e de processos estruturantes da política pública, mas sim da formação dos profissionais dentro do CAPS AD.

No CAPS ADAO a prática de RD era parte cotidiana do projeto de cuidado e a equipe contava inclusive com duas agentes de saúde cuja função na equipe era de “reduzora de danos”.

---

<sup>36</sup> Durante todo o período em que estive em campo estavam presentes residentes do programa de Saúde Coletiva da Unicamp, residentes do programa de psiquiatria do Hospital Ouro Verde e também estagiários da graduação de psicologia da PUC-Campinas.

Estas duas profissionais eram fundamentais no processo de captação e reconhecimento dos espaços de uso de substâncias no território na medida em que sua principal função era realizar visitas a estes espaços com o objetivo de identificar usuários que poderiam se beneficiar do cuidado oferecido no CAPS ADAO e realizar buscas ativas de usuários que estavam há algum tempo sem acessar o serviço.

A possibilidade de realização desta prática, como apontam Pires e Santos (*op cit.*), está intimamente ligada à gestão dos serviços, assim como a formação dos profissionais, sendo estes dois fatores determinantes para o maior ou menor alinhamento das equipes aos preceitos da reforma e condução do trabalho de atenção psicossocial. É dentro deste contexto institucional e regional historicamente constituído que a RAPS campineira se desenvolve, e, portanto, também constituem-se as questões norteadoras deste trabalho.

Minha entrada ao CAPS AD, como já mencionado, foi mediada pelo SSCF. Cabe agora relatar a chegada neste espaço. Tive oportunidade de conhecer este mesmo CAPS AD em outras oportunidades quando ainda era aluno da graduação em Ciências Sociais na Unicamp e realizava uma pesquisa de iniciação científica sobre o tema (BARDY; RUI, 2019). Mesmo sem ter realizado uma imersão de longo prazo nos serviços na ocasião, uma rápida visita em período anterior ao início da pandemia deixou claro que a dinâmica deste serviço mudou drasticamente.

O primeiro sinal da mudança foi perceptível já do lado de fora do CAPS AD. Atuando sob a premissa das portas abertas, o serviço era muito movimentado em minhas primeiras visitas, acolhendo sempre qualquer um que ali chegasse. Contudo, por conta das medidas restritivas e dos protocolos pandêmicos, os sujeitos que antes ocupavam o espaço, passaram a ocupar as calçadas do lado de fora.

Todas as manhãs, quando chegava ao serviço encontrava entre 4 e 7 pessoas que ficavam sempre ali. São *usuários* do serviço em situação de rua e que preferem não se distanciar muito por ser este um de seus poucos espaços disponíveis de refúgio e cuidado. Quando chegava à porta, alguns já estavam acordados, ou não dormiram, e outros são perceptíveis apenas pelo volume que se formam nos cobertores que enrolam seus corpos. Colchões, malas, embalagens de marmita, cacos de vidro, pequenas embalagens de plástico em formato esférico – os *corotes* –, e quando se olha com atenção podem-se ver tubos de metal que possuem as pontas escurecidas por conta do consumo de crack que se dá através destes cachimbos improvisados.

A entrada dos *usuários* é impedida pelos limites que se impuseram na tentativa de evitar aglomerações no interior da casa. Mesmo assim, durante o dia estou sempre enchendo garrafas d'água e indo até o portão para conversar ou tentar resolver questões com eles.

Essa pequena amontoação de corpos que se dá na calçada do serviço tem causado uma série de desavenças com seus vizinhos imediatos, processo ao qual os profissionais são constantemente arrastados na tentativa de resolução dos conflitos entre os *usuários* e as viscinalidades. Um exemplo do qual tive notícia poucas semanas antes de minha entrada no campo me foi narrado por Carla, uma das profissionais do serviço:

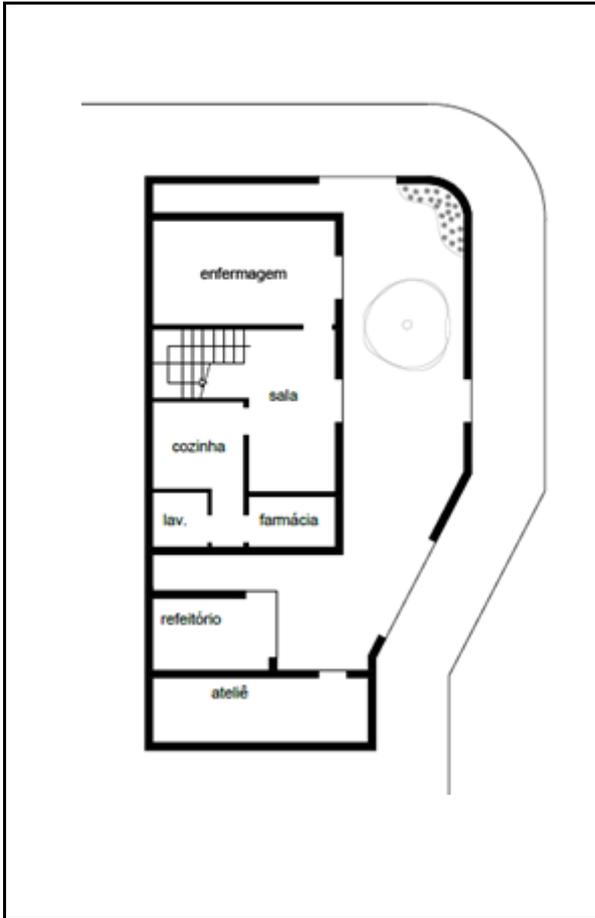
[Carla] Me relatou inclusive que, por conta da pandemia, diversos moradores de rua migraram para mais perto do serviço e estavam acampando as portas do Antônio Orlando, o que gerava incômodo por parte de alguns moradores e comerciantes locais. Me disse também que um sujeito ligado à milícia e que é proprietário de um bar próximo ao local ateou fogo em um colchão na semana anterior a nossa conversa. (Diário de campo, 14/12/2020)

O CAPS ADAO, ao momento da pesquisa, se localizava em uma grande casa de esquina com três andares (imagem 2). Na esquina paralela há uma das principais avenidas de Campinas. Da sacada da casa onde os profissionais se reúnem para discutir casos ouve-se constantemente o barulho dos carros. Os muros exteriores da casa são pintados e neles há escrito “CAPS AD” aos moldes de uma fonte Grafite. Também compondo a paisagem encontravam-se sempre de 3 a 8 pessoas apoiadas ao muro da calçada.

Chego em um momento particular do serviço. Por conta da pandemia, a circulação era limitada: apenas 5 *usuários* poderiam realizar a chamada *Permanência dia*<sup>37</sup>, serviço que em outros momentos poderia ser ofertado para até 20 pessoas diariamente. Além destes, mais 8 *usuários* poderiam estar inseridos no serviço a partir de outro atendimento que permitia a estes pernoitar no CAPS AD, esta prática é denominada *Leito Noite*. Assim, durante os dias que passei em campo haviam no mínimo 13 *usuários* na casa além dos profissionais.

---

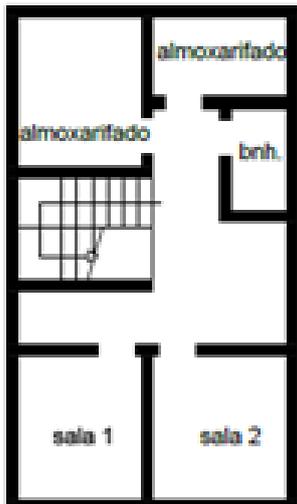
<sup>37</sup> Permanência dia é uma modalidade de cuidado oferecido aos *usuários*. Nesta modalidade o *usuário* pode passar o dia junto do serviço, participando de grupos terapêuticos, grupos de referência ou sanando demandas individuais como obtenção de documentos, sessões de terapia, etc.



Planta do CAPS ADAO, Térreo, realização própria  
Produzido no programa *Autodesk Student Version*



Planta do CAPS ADAO, Primeiro Andar, realização própria  
Produzido no programa *Autodesk Student Version*



Plantado CAPS ADAO, Terceiro Andar, realização própria  
 Produzido no programa Autodesk Student Version

O corpo profissional era composto por 57 profissionais – incluídos profissionais de limpeza, administração e segurança – que cuidavam de um número variável de *usuários*, mas que estaria entre 300 e 400 inseridos no sistema<sup>38</sup>. Quando entrei em campo o serviço contava com 292 *usuários*. Na ocasião pedi a listagem destes *usuários* na tentativa de obter informações demográficas, contudo, a listagem constava apenas com categorização de Sexo, Escolaridade, Idade e data de início do acompanhamento junto ao serviço<sup>39</sup>. Destes 292, 73% eram homens (216) e 45% tinham escolaridade até o ensino fundamental (134).

O CAPS ADAO atendia uma vasta extensão territorial, cobrindo todo um distrito de saúde do município em questão. Ao todo o CAPS ADAO é referência para 14 centros de saúde e cuida de todo o território Noroeste de Campinas. De acordo com o site da prefeitura, a extensão do município levou a uma progressiva “distritalização” dos espaços como forma de descentralizar o atendimento em saúde. Ao todo existem 5 distritos no município de Campinas.

“A complexidade do Sistema de Saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da Saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, que em nosso município iniciou-se com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados / contratados.”<sup>40</sup>.

<sup>38</sup>Quando um usuário deixa de fazer contato com o CAPS AD por mais de 3 meses seu prontuário é arquivado.

<sup>39</sup>Na tentativa de obter dados mais precisos sobre marcadores de Raça, se os *usuários* encontram-se em situação de rua ou mesmo sua substância de preferência realizei ampla investigação junto aos prontuários disponíveis. O método era um tanto quanto arcaico e demandava que eu abrisse todos os prontuários para olhar a folha de rosto e coletar estas informações. Infelizmente, mesmo os prontuários não eram preenchidos com rigor, o que impossibilitou a produção de dados robustos.

<sup>40</sup>Disponível em <<http://saude.campinas.sp.gov.br/distritos.htm>> Último acesso em 09/11/2021



Divisão distrital da saúde no município de Campinas-SP

Imagem obtida através do site da prefeitura

Através do período que permaneci junto ao CAPS ADAO pude circular pelo espaço no qual os profissionais atuam. Durante dois dias da semana era providenciado um veículo para transporte de *usuários* e profissionais. O veículo era utilizado para realizar *buscas ativas*, reuniões de *matriciamento*, e transporte de *usuários* a consultas médicas. Nesse processo constante de ida e volta, pude conhecer melhor a topografia do lugar e compreender o contexto urbano que permeava o uso de substâncias nestas localidades.

Os diferentes bairros possuem diferentes topografias: alguns eram mais urbanizados, outros possuíam uma paisagem mais rural, especialmente aqueles nas fronteiras urbanas. Nestes bairros que compunham a franja urbana o uso de álcool era predominante. Enquanto realizava uma visita residencial a um destes bairros, uma terapeuta ocupacional da equipe compartilhou um exemplo que penso ser bem assertivo de como estas contingências urbanas constroem também os distintos abusos de substâncias.

*“No Bassoli é predominantemente álcool, apesar de ter muito crack e cocaína também. Mas também, se você for ver, lá no Bassoli só tem casa e bar. Não tem uma praça, uma academia a céu aberto, nada! Só casa e bar! Como que eu posso articular alguma ação territorializada lá se o único espaço de sociabilidade que existe naquele espaço é um espaço de consumo de substância?”* Fala de T.O. 1 CADERNO DE CAMPO, 18/01/2021

O Bassoli é um grande condomínio residencial de prédios de pequeno porte. O condomínio que foi erguido a partir do programa Minha Casa Minha Vida conta com 2.380

apartamentos de 50m<sup>2</sup> cada. Erigido apartado da malha urbana, o Jardim Bassoli sofreu com isolamento de outros serviços e espaços de sociabilidade. Desde sua fundação em 2011 pouco investimento foi feito na região para construção de espaços de sociabilidade, acesso urbano e transporte ou mesmo a construção de um centro de saúde.

Outra atividade que me permitia circular pelo espaço urbano era a do *matriciamento*. O *matriciamento* é uma prática de troca de informações de casos entre as equipes dos CAPS com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que atuam na região onde o *usuário* mora. Isso se dá pois os CAPS atuam em regiões mais amplas do que as UBSs. No CAPS AD que acompanhei o serviço era responsável por um território que abrangia 14 centros de saúde. Ou seja, no território de atuação de tal serviço existiam 14 UBSs que a equipe mantinha contato mensal para discutir casos, pensar novas dinâmicas para o PTS dos *usuários* do serviço e em alguns casos, quando havia abertura, realizar atividades conjuntas no território do *usuário*.

Essa troca de informações era fundamental especialmente para os territórios mais distantes do CAPS AD. A “turma do fundão”, como era referida pela gestora do serviço fazendo uma analogia quanto à disposição geográfica periférica de alguns bairros, tornava-se um eixo de difícil acesso dos *usuários* na medida em que eram necessárias duas conduções para chegarem à casa onde funcionava o CAPS AD.

De acordo com Faria et. Al. (2020) o *matriciamento* tem papel central na efetivação de um cuidado em rede. É através destas conversas que se concretiza - dentro da institucionalidade - a relação entre os CAPS AD e a Atenção Básica de saúde no cuidado aos *usuários* do serviço. A prática de apoio matricial faz com que profissionais da rede fortaleçam vínculos e, especialmente, fortaleçam o combate à contrafissura (LANCETTI, 2015). Nesse sentido, é através da relação matricial, que profissionais que não atuam diretamente na clínica álcool e drogas podem desmistificar os casos clínicos, compreender as particularidades subjetivas de cada sujeito, e atuar na reabilitação psicossocial dos *usuários* de drogas. Por mais que seja responsabilidade dos CAPS AD realizar esse cuidado e a reabilitação psicossocial dos *usuários*, não são raras as vezes que eles assumem responsabilidades clínicas dos CS pois os usuários se recusam a acessar à Atenção Básica por conta das discriminações que sofrem nos serviços.

Infelizmente, este trabalho de *matriciamento* teve uma diminuição intensa durante a pandemia por conta das medidas de isolamento social. Essa interrupção abrupta de diálogo somada à preocupação primeira com a pandemia fez com que o CAPS ADAO acabasse sobrecarregado com demandas clínicas das quais possuem pouco ou nenhum recurso para resolver. Para além dos casos com suspeita de covid-19 ou casos positivados que chegaram à porta do serviço, não raras vezes encaminhados por CS da região, houve também outros casos

de doenças crônicas e agudas que os CS se recusaram a realizar atendimento por conta da sobreposição destas com um quadro de uso intenso.

Durante o período em que estive em campo houve uma alta de casos de tuberculose entre *usuários* que acessam um CS ligado ao CAPS ADAO. No total foram 7 e quando um dos enfermeiros ligou para a ANVISA para conseguir direcionamentos sobre como lidar descobriu que nenhum dos casos havia sido notificado pelo CS em questão. Quando descobriu essa subnotificação ficou indignado e me explicou em conversa:

*“Eles (CS) encaminham estes casos para serem tratados no CAPS sendo que aqui não temos os equipamentos necessários para o cuidado adequado. Não tem como realizarem uma contagem de bacilos por exemplo!” Em conversa posterior me disse suspeitar de que os CS “entendem que estes casos não tem jeito, eles abandonam as pessoas pra não terem que lidar com a situação”. (Diário de Campo, 13/01/2021)*

Neste capítulo busquei delinear as formas institucionais do funcionamento dos CAPS AD, passando por suas estruturas legais, disputas e construções teóricas e epistemológicas. Como apresentado no início, esta pesquisa pretendia em sua origem compreender o funcionamento e as relações que atravessam os CAPS AD e a RAPS campineira. Não obstante, este projeto teve de ser adequado para a realidade pandêmica e suas contingências. Esse desgaste provocado pela alta sobrecarga por demandas clínicas, uma estrutura fragilizada e o contexto pandêmico foi uma grande particularidade de meu campo. O próximo capítulo trata deste atravessamento, tanto no projeto de conhecimento desenvolvido neste texto quanto no cotidiano do CAPS ADAO e o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de cuidado quando a ecologia e as redes institucionais do mesmo encontravam-se fragilizadas. Entre estes processos, a vida dos usuários que circulavam no serviço e tinham neste uma importante rede de cuidados também foi profundamente afetada.

## Capítulo 2 – O cuidado psicossocial na pandemia

*“O que é verdade em relação aos males deste mundo é também verdade em relação à peste. Pode servir para engrandecer alguns.*

*No entanto, quando se vê a miséria e a dor que ela traz, é preciso ser louco, cego ou covarde para se resignar à peste.” (Albert Camus, A Peste)*

O cuidado se mostrou como categoria central no meu campo. Além de serviço de saúde, era frequente que se ouvisse a denominação do CAPS ADAO como “espaço de cuidado” entre os profissionais. No CAPS ADAO, quando um *usuário* aciona a equipe, diz-se que “ofertava-se o cuidado”. Penso que essa fala que circulava entre a equipe que acompanhei caracteriza bem o tipo de atividades que ali são promovidas. Muitas vezes as demandas do *usuário* que chega aos portões do espaço não podem ser acolhidas. Especialmente durante a pandemia, quando a circulação era limitada. Em tempos não pandêmicos os profissionais me relataram ocasiões em que o grande pátio no térreo comportava cerca de 50 *usuários*. Contudo, no período em que estive junto do serviço, a permanência no espaço ficava restrita a 8 *usuários* inseridos em leitos, mais 5 *usuários* por período (manhã e tarde) por conta do protocolo recomendado pela ANVISA.

Apesar da presença reduzida de usuários no serviço, as demandas aumentaram durante a pandemia. Em outros momentos, dinâmicas terapêuticas grupais eram realizadas diariamente no serviço. Em consonância com os princípios da metodologia psicossocial a equipe buscava criar novos espaços de sociabilidade e lazer que não fossem construídos a partir da coisa droga. Os grupos eram parte fundamental do cotidiano dos serviços e com sua suspensão os profissionais passaram a realizar somente atendimentos individuais. Com isso, suas agendas estavam permanentemente cheias.

A pandemia também impactou o funcionamento dos serviços da rede de saúde pública. Muito do trabalho realizado no CAPS ADAO, mas também em CSs, CECOs e serviços da rede de assistência social baseiam-se metodologicamente no trabalho em equipe. Um profissional nunca gerenciava um grupo sozinho, e isso ajudava a compor os casos clínicos e PTS dos *usuários*. Contudo, com a chegada da pandemia houve um processo continuado de individualização do processo de cuidar.

Outra prática importante já mencionada, o *matriciamento*, também foi suspenso durante o período pandêmico. As trocas entre serviços diferentes da rede são muito importantes pois cada instrumento oferece um tipo de cuidado ou ação em saúde distinto. Era frequente que os *usuários* tivessem quadros clínicos graves por conta do uso continuado de álcool - os alcoolistas eram maioria entre os casos. Nem sempre o CAPS AD tinha condições de oferecer o cuidado clínico necessário a estes casos que precisam de atenção continuada. Da mesma forma, os CSs não possuíam equipe especializada em atenção de crises ou estavam preparados para um cuidado integral de casos que envolviam uso problemático de substâncias.

Essa suspensão dos *matriciamentos*, assim como a sobrecarga de serviços da atenção primária com casos de covid, fez com que a mesma lógica produzida internamente entre a equipe se reproduzisse na dinâmica da própria rede de saúde. Os serviços acabaram se atomizando e as trocas entre equipes de saúde se rareficaram. No CAPS ADAO isso significou uma piora nos quadros clínicos dos *usuários* assim como um contínuo processo de individualização dos processos de responsabilidade assumidos pelos profissionais. Com a sobrecarga gerada pela pandemia o resultado foi este: profissionais exaustos e *usuários* desassistidos.

Não obstante, esse processo de precarização das possibilidades de cuidado não é algo que se inicia com a pandemia, apesar de se agravar drasticamente com ela. Não há nada de novo em afirmar a precarização e o desmonte do SUS como projeto político. Há tempos sabemos das filas crônicas, da falta de recursos investidos, das desigualdades estruturais de acesso aos serviços, que se expressam nos territórios mais pobres e vulneráveis. Esse subfinanciamento, já anunciado a partir da Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016 que previa austeridade e congelamento dos gastos públicos em saúde e educação por 20 anos (iniciados a partir de 2018), gerou, com a pandemia, uma intensificação do número de mortes evitáveis (RUTSTEIN et al, 1976).

O extenuante trabalho de enfrentamento cotidiano da pandemia, combinado ao precário investimento na política pública, baixa remuneração, falta de materiais, medicamentos e espaços adequados para a realização plena de seu trabalho se combinam para a precarização da possibilidade de cuidado em decorrência do adoecimento de profissionais do SUS. Este capítulo, ancorado neste processo histórico particular, busca desenvolver como a precarização da principal política pública do país afeta os processos de subjetivação daqueles corpos que a compõem.

## Saúde mental e pandemias

Pandemias são sabidamente eventos desencadeadores de maior sofrimento mental sobre suas populações. O exemplo mais recente em território brasileiro, a epidemia do zika vírus em 2015, desencadeou aumento de diagnósticos de depressão, ansiedade e estresse na população afetada, distúrbios estes que estão intimamente associados à falta de apoio social e desenvolvimento de políticas públicas (Kuper H, Lopes et al, 2019). Durante outras epidemias de SARS, profissionais da saúde chineses relataram aumento de depressão, medo, ansiedade e frustração (XIANG et al, 2020)

No contexto que pude observar, houve ainda o agravamento de alta porcentagem de *usuários* que apresentam quadros de comorbidades, desenvolvidos concomitante ao abuso de substâncias. Quadros graves de HIV/AIDS, Tuberculose e distintos tipos de Hepatite são frequentemente encontrados entre pessoas que cometem abuso de substâncias como cocaína - em suas diferentes formas - e álcool (CRUZ et al, 2013; MARTINS, 2011; CARVALHO; SEIBEL, 2009). A fala a seguir, proveniente de uma entrevista realizada com um médico residente, evidencia como estes quadros de comorbidades, que tem alta incidência entre a população atendida pelos CAPS AD, sofreram um processo de “descompensação” ao longo da pandemia.

Sim, teve bastante mudança, pois muitas das atividades não relacionadas a covid foram canceladas, então muitos ambulatorios foram cancelados. Então o que acontecia, tipo assim, a gente tinha um ambulatorio para atender pacientes com diabetes. E aí o pessoal fazia teleorientação, ligava, perguntava se tava tudo bem, e se tivesse tudo bem remarcava a consulta mais pra frente. **Isso fez com que os pacientes fossem menos atendidos e chegassem cada vez mais descompensados pra gente. Então as doenças crônicas foram ficando cada vez mais descompensadas porque tinham menos atendimento médico.** Então a gente teve menos contatos com estas pessoas, contatos mais limitados, sempre utilizando equipamentos e proteção, então isso meio que dificulta um pouco a relação médico paciente. [...] Dificultou muito o seguimento próximo dos pacientes, que era uma coisa que a gente tinha que ter feito, mas não tinha como fazer, a gente tinha que remarcar os ambulatorios para evitar o contágio mesmo, não teve jeito.

O foco total do aparato público de saúde sobre a pandemia foi um fardo que atingiu tanto seus profissionais quanto seus *usuários*. A sobrecarga do SUS pela pandemia de COVID-19 agravou, tanto quadros de saúde que dependiam de um acompanhamento constante, quanto atacou os processos de subjetivação de seus profissionais. Somado à ausência de posicionamento por parte de setores do governo federal, diversos profissionais foram empurrados, já exaustos, para uma maratona de “alternativas infernais” (STENGERS; PIGNARRE, 2011) que se reproduz cotidianamente.

A categoria de “alternativas infernais” proposta por Pignarret e Stengers me ajudou a dar contorno às situações que presenciei em campo. Os autores categorizam alternativas infernais como “o conjunto de situações que parecem não deixar escolha a não ser a resignação ou uma denúncia que soa um tanto quanto vazia” (STENGERS; PIGNARRE, 2011 p. 24, tradução própria). Apesar da elaboração dos autores sobre esta categoria se inspirar a partir das revoltas que ocorreram em resposta ao encontro da Organização Mundial de Comércio (OMC) em Seattle em 1999 ela me pareceu um instrumento eficaz para pensar como a precarização do SUS associada ao processo de pandemia teve impactos diretos na produção de cuidado no CAPS AD.

Um dos pontos fundamentais na noção de categorias infernais que, a meu ver, torna possível sua transposição para um contexto tão distinto é o fato delas serem construídas e não dadas. Como Stengers nos chama atenção, "a máquina que produz alternativas infernais implica um exército de especialistas no processo de criação das condições de seu funcionamento" (*Idem*, p.29). As alternativas infernais, o cansaço e a resignação que elas implicam, não são portanto um fenômeno natural, mas são produzidas a partir do esfacelamento da política pública.

São produtos de certa feitiçaria produzida pelo sistema capitalista na medida em que tornamo-nos reféns dela. É parte de um discurso, ao qual certa classe política parece constantemente buscar nos convencer, de que nada pode ser feito contra essas amarras porque a mera oposição a elas tornaria a situação ainda pior. Não há possibilidade de realização de isolamento social, ou lockdown, pois isso destruiria a economia e isso seria ainda pior do que a morte de centenas de milhares de brasileiros: esta é a lógica que produz alternativas infernais.

Nós agora encontramos essas alternativas em todos os lugares. Adaptar, 'reformatar' o estado de bem-estar social tornou-se uma obrigação ardente. Sacrifícios são necessários, caso contrário, o financiamento da aposentadoria não será mais garantido. Ou os pagamentos da previdência social se tornarão um poço sem fundo! *Aceitar* tornou-se um imperativo. (*Idem*. p. 24, tradução própria, grifo no original)

O cotidiano dos profissionais da saúde, contudo, é muito diferente daqueles que passaram a maior parte da pandemia em um regime de teletrabalho. É necessário, portanto, pensar sobre como estes processos atuam no contexto particular ao qual este capítulo se dedica.

A falta de protocolos claros de enfrentamento da pandemia e de uma direção centralizada a partir do ministério da saúde produziu uma lógica perversa de inversão das responsabilidades entre a política pública e as pessoas que a constroem. As múltiplas formas de mal-estar e angústia que palpitam nos profissionais da saúde, argumento, advém, entre outras coisas, de uma *terceirização subjetiva das responsabilidades da pandemia*.

Parte da produção de alternativas infernais depende deste despejo do processo decisório coletivo sobre indivíduos. Na ausência de protocolos bem definidos sobre o manejo caberia ao profissional de saúde avaliar qual paciente deveria receber sua atenção, seu cuidado. Como pode alguém decidir quem morre e quem vive? Qual quadro de saúde é mais urgente, o de um alcoolista com estágios iniciais de cirrose hepática, ou o usuário de crack HIV positivo, ou seria aquele em abstinência? Ou então aquele usuário em situação de rua é ameaçado no território por conta de dívidas com o tráfico? Como pode uma pessoa ser amparada psicologicamente neste processo? São questões estas que ainda não possuímos respostas claras, e a mera reflexão sobre elas deveria provocar enjoo e angústia sobre qualquer um de que esteja submetido a este processo.

A partir do que pude observar e construir com profissionais de saúde entendo que a soma dos micro-eventos que emergem a partir deste contexto se conformam em um processo de séria ameaça das possibilidades subjetivas de existência do SUS. Os múltiplos relatos entre profissionais da saúde de exaustão, sentimento de culpa, cansaço crônico, aumento do número de síndromes de *burnout*, depressão e pânico é sintoma disso. Esse desgaste psíquico que tem tirado diversos profissionais da linha de frente, não é simples resultado da pandemia, mas sua combinação com a gestão desastrosa, em termos de vidas perdidas, por parte do governo federal.

Na pandemia, o agravamento da individualização do cuidado continuamente produzia situações nas quais os profissionais não possuíam recursos suficientes para efetivar o cuidado. A combinação de um processo de cuidar que progressivamente se tornava individual associada à impossibilidade material de efetivar o cuidado gerou sentimentos de cansaço e frustração entre os profissionais que frequentemente se transformavam em esgotamento psíquico.

A pandemia de coronavírus no Brasil marca uma dobra, um agravamento, que não pode ser entendido como uma mera continuação do que se mostrava antes. É sua gestão desastrosa que provoca o esgarçamento das estruturas de desigualdades brasileiras, marcadamente racializadas, gendradas e classistas. As taxas de mortalidades de covid reforçam a lógica colonial e matam principalmente pretos, pardos e indígenas assim como trabalhadores informais, autônomos e mal remunerados. Esses corpos, que carregam marcadores sociais da desigualdade, dependem em sua grande maioria do SUS.

No contexto brasileiro ainda são poucas as pesquisas dedicadas a avaliar o impacto da pandemia sobre a saúde mental dos profissionais da saúde. Um destes estudos, que vem sendo realizado na Universidade Federal de Brasília (UnB), avaliou médicos residentes que atuaram durante a pandemia. O estudo aponta para a incapacidade destes profissionais de relaxarem

além de mais medo e nervosismo. A qualidade do sono também piorou de acordo com 83,3% dos participantes, um alto fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de Burnout<sup>41</sup>.

Vi muitos profissionais exaustos que acabaram deixando a linha de frente na tentativa de salvar sua própria existência, sua saúde mental e sua presença, indispensável na esfera familiar, que há muito não podia ser conciliada com o trabalho nos hospitais, centros de saúde e serviços análogos. A precarização não é somente sobre as estruturas públicas, sobre os medicamentos necessários para se entubar uma pessoa e sobre os equipamentos necessários para manter-se um ser humano respirando quando seu pulmão não mais o pode fazê-lo sozinho. Durante a pandemia foi possível dizer também que a precarização da política pública anda de mãos dadas com uma precarização das estruturas psíquicas necessárias para a produção do cuidado e promoção de saúde.

O funcionamento do SUS depende na mesma medida de seus especialistas em logística e gestão e dos profissionais da linha de frente. Depende, fundamentalmente, da busca incansável de ampliação das fronteiras de governança da saúde. Depende, portanto, das redes sociotécnicas e de pactuações políticas para que estas se efetivem. Essas redes, como já destacado anteriormente, passam por um processo de deterioração, tanto a partir da EC 95 quanto pelos ataques diretos realizados ao cuidado de pessoas que cometem abuso de substâncias no âmbito da RAPS.

Destacar esse processo que se constitui ao longo de quase uma década, ao meu ver, ajuda na compreensão de como a restrição das possibilidades de cuidado de *usuários* de substâncias, no âmbito do SUS, constroem este universo de alternativas infernais. O vírus atinge um SUS já precarizado, e a decisão de deixá-lo circular livremente ataca não só estas estruturas legais, materiais e os recursos da saúde pública, mas também a carne que dá sustentação a esta vasta política pública: aqueles que trabalham cotidianamente para sua efetivação plena.

Muitos dos *usuários* com os quais tive contato durante minha imersão em campo também sofreram por conta destes impeditivos que a pandemia impôs sobre o cuidado psicossocial. O abuso continuado de substâncias acarreta, para além do sofrimento psíquico e da deterioração de relações sociais, a maior propensão para o desenvolvimento de comorbidades de difícil manejo, especialmente quando a presença em serviços de saúde representava um risco de infecção pelo vírus da COVID-19.

---

<sup>41</sup><https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude>

Como me foi apontado diversas vezes em campo pelos meus interlocutores da saúde coletiva, o não acompanhamento de casos clínicos onde doenças crônicas eram um importante fator fazia com que estes corpos ficassem "descompensados". Quando eu cheguei ao CAPS AD em meados de janeiro de 2021 a equipe começava a retomar as visitas domiciliares e um acompanhamento mais próximo dos *usuários* do serviço. Essas atividades de retomada tornaram-se possíveis em grande medida por conta do início da vacinação dos profissionais do serviço. Contudo, ao iniciar este processo tornavam-se evidentes os impactos da ausência de acompanhamento continuado em casos onde doenças graves e comorbidades eram um fator de importância.

Casos HIV positivo, contração e agravamento de quadros de tuberculose, piora no cuidado da diabetes e deterioração das funções hepáticas por conta de hepatite não tratada foram temas constantes nas reuniões de equipe que ocorriam semanalmente. Esse agravamento, associado à frequente recusa dos *usuários* de procurar cuidado hospitalar por conta do estigma associado aos corpos abjetos de pessoas que cometem abuso de substâncias (RUI, 2012) - muito presente na sociedade civil, mas que naturalmente encontra-se também presente nas estruturas de saúde pública<sup>42</sup> - impunha novas contingências que tornavam a possibilidade do cuidado a estes *usuários* situações de profunda dificuldade. Frequentemente e, apesar da insistência dos profissionais que acompanhei, esta tentativa de cuidado traduzia-se em uma resignação exausta.

Para ilustrar este contexto ao qual me refiro insiro a seguir uma narrativa colhida em campo que ajuda a tomar posse e nos apropriarmos desta argumentação. O caso torna-se particularmente ilustrativo, a meu ver, por encontrar-se atravessado pelas múltiplas contingências até aqui trabalhadas: o agravamento de comorbidades pela impossibilidade de acesso a espaços hospitalares durante o período de pandemia; o preconceito associado a usuários de drogas que dificulta seu cuidado nos serviços de saúde; o foco total na pandemia que deixou estes sujeitos à sua própria sorte; o esgotamento e o medo que emergem nestas situações e, por fim; a resignação imposta pelas alternativas infernais.

O relato que se segue se deu a partir de uma visita domiciliar que realizei junto a um enfermeiro e uma agente de saúde a uma usuária de crack, vinculada ao CAPS AD em questão. A *usuária* C.C. possuía um quadro extremamente preocupante de comorbidades que se associavam: HIV positivo, tuberculose ativa e hepatite C. Em momentos prévios à visita já

---

<sup>42</sup> Para mais, confira Lancetti e sua elaboração do conceito de contrafissura. No caso específico das estruturas de saúde, recomendo o artigo de Faria sobre a importância das atividades de *matriciamento* no combate a contrafissura no interior da rede pública de saúde.

sabíamos que sua condição de saúde se agravava e atingia um ponto de difícil manejo. Ao sair, nosso objetivo era avaliar seu quadro de saúde e buscar convencê-la a uma internação em um hospital especializado em Tuberculose localizado em Campos do Jordão<sup>43</sup>. A narrativa é a que segue:

### ***Primeira Narrativa***

*Saio do CAPS AD para realizar uma visita domiciliar a uma usuária do serviço que preocupa a equipe. Relatos que chegaram à equipe, a partir de outros usuários, indicam que desde o início da pandemia, C.C. tem intensificado uso de crack e encontra-se em precária situação de saúde. O uso intensificado de crack e álcool agrava os quadros de comorbidades da paciente: Anêmica, HIV +, Hepatite C e tuberculose ativa. Esse quadro precário impossibilita a usuária de estar presente no CAPS AD. Seu precário sistema imunológico, se em contato com o SARS-COV-2, poderia colapsar e o serviço não possui estrutura ambulatorial adequada para realizar sua internação. A paciente se recusa a procurar atendimento junto ao Pronto Atendimento após múltiplos casos de violência que sofreu por conta do “pré-conceito que tem com usuário de crack”, como ela mesma apontou em outras ocasiões. Dentre o escopo limitado de alternativas de cuidado, os profissionais de referência acabam decidindo por realizar visitas domiciliares na tentativa de convencer C.C. de buscar tratamento. Nesta visita, a principal preocupação era com os sintomas da Tuberculose que se agravaram no último mês. Partimos para realizar uma visita semanal a casa de seu pai, onde ela reside, para verificar os sintomas vitais da usuária e oferecer a possibilidade de encaminhamento para um hospital especializado no tratamento da tuberculose em Campos do Jordão.*

*Nos paramos, eu, uma agente de saúde e um enfermeiro que são profissionais de referência de C.C., e fomos no carro de um do enfermeiro - visto que o transporte do CAPS ADAO não estava disponível naquele dia - até a residência do pai de C.C.. O portão é gradeado e na varanda da pequena casa encontra-se C.C., sentada em uma cadeira e com uma maçã na mão. A luz clara da manhã ilumina um corpo esquelético, evidente pela sombra dos ossos na pele de C.C.. Ela pesava 37kg na última visita médica que havia realizado algumas semanas atrás, agora parecia ainda mais magra. Cada respiração demandava muito esforço e ouvia-se*

---

<sup>43</sup> Para mais sobre tratamento de tuberculose em centros de referência Cf. Boldrim, 2020.

*um sibilo ao fundo de seu peito. Cada passo até o portão ameaça um colapso do corpo. Os dois profissionais entram, conversam e tentam convencê-la mais uma vez de acessar o Pronto Atendimento, mas sem sucesso. O enfermeiro liga para o Centro de Saúde ao qual C.C. é vinculada na tentativa de mobilizar outros profissionais da rede enquanto afere os sinais vitais.*

*“Não sei se vocês ainda tem vínculo com ela, mas ela vai morrer em casa se vocês não vierem ajudar!”.*

*78 de saturação. 35 de movimento respiratório por minuto. Frequência cardíaca de 150.*

*Acionamos o SAMU em uma última tentativa desesperada. C.C. neste processo reclama com a equipe dizendo que não vai ao hospital de jeito algum. Eu, D. (enfermeiro) e M. (agente de saúde) nos encontramos em uma silenciosa e inquieta agitação. A ambulância chega após 15 ou 20 minutos, ao abrirem as portas da ambulância, uma médica desce e pergunta para nós onde está a paciente. D., desesperado, aponta para C.C. e diz “é ela, ela ta dessaturando!”, afirmação que é prontamente respondida pela médica “paciente dessaturando comendo maçã eu nunca vi! Você realmente acionou o SAMU médico pra isso? Só pode estar de brincadeira. Eu tenho um monte de gente morrendo de COVID, sufocando e você ainda me faz bater ponto aqui?”.*

*Ficamos completamente desmoralizados. Trocam-se farpas entre a médica e o enfermeiro D.. Enquanto a médica expressa seu desgosto, reclamando que estamos no meio de uma pandemia e as pessoas estão morrendo, C.C. move-se lentamente até o interior da ambulância. Seus sinais não são aferidos e é entregue um termo para ela assinar que atesta que ela recusou socorros. Ela assina, a ambulância parte.*

*Ficamos os três se entreolhando, C.C. volta a entrada da casa para sentar-se onde se encontrava. Volto com D. e M. para o carro. Ao chegarmos ao CAPS AD não conversamos e vamos para a sala dos profissionais. D. chora “ela (médica) nem olhou pra ela (C.C.)... nem olhou...”. Fui embora do CAPS AD com a certeza de que C.C. irá falecer nos próximos dias.*

Escolhi este relato por conta da aglutinação de fatores que podemos destacar que tornaram possível que C.C. não recebesse seu cuidado. O abuso de substâncias e o preconceito que ela já havia sofrido que, combinados, fizeram com que C.C. recusasse cuidados

hospitalares. A pandemia que demandava a totalidade dos recursos de saúde pública para ser combatida. A indignação da médica com o chamado da ambulância apesar da gravidade da situação. A desistência de oferecer cuidados que foi imposta aos profissionais por conta da combinação de todas estas contingências.

Se nos lembrarmos da construção feita anteriormente sobre o trabalho de Stengers e Pignarre temos a noção de que estas escolhas, apesar de se darem nas microrrelações cotidianas, possuem como um de seus fatores articuladores políticas macroestruturais.

Estas dimensões políticas influenciam na construção de mundo e nas possibilidades de atuação dos profissionais de saúde dentro das estruturas disponíveis do SUS, assim como se expressam nas agências individuais de cada ator. Nesse sentido, podemos observar estas transversalidades na recusa da médica do SAMU em oferecer o cuidado tido como adequado pelo enfermeiro. A justificativa, dada pela médica em questão, para recusar colaborar com o pedido feito pela equipe não foi de que C.C. não precisava de cuidados. Mas que seu caso não era urgente como suposto e que não poderiam ajudar por conta das demandas impostas pela pandemia. Não fosse tal contexto, talvez o resultado desta história teria sido diferente. São estas atuações políticas que forçam a sobrecarga do aparato público de saúde e impactam a escolha individual de negar assistência à C.C. apesar da avaliação de um profissional que estava mais envolvido no caso.

Na próxima sessão busco desenvolver melhor como estas transversalidades se desenvolveram a partir do contexto pandêmico e as influências deste no trabalho dos profissionais da saúde assim como em seus processos singulares de subjetivação. Para tal, me apropriei da bibliografia pertinente ao campo da antropologia das emoções como forma de expor as consequências e constrangimentos que fazem com que a pandemia afete processos de subjetivação. Especialmente para aqueles que atuaram sob a sombra do vírus.

### **Antropologia das emoções: Possibilidades de uma análise transversal entre dinâmicas macropolíticas e sofrimento cotidiano**

Durante o período que estive inserido em campo um dos principais sentimentos que se expressavam cotidianamente no serviço era o medo. Medo da infecção pelo vírus, medo de transmitir a doença para algum ente querido ou para os *usuários* do serviço, medo de não conseguir os recursos necessários para cuidado do *usuário* do serviço por conta da sobrecarga do sistema de saúde com a pandemia de coronavírus.

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz durante o período que estive em campo corrobora a afirmação feita acima. Em média, 87,6% dos profissionais da saúde sentiram medo da COVID em algum momento da pandemia (LOTTA et al, 2021). A emergência do medo como tônica emocional da vida dos profissionais de saúde - tanto da atenção básica quanto especializada e hospitalar - encontra-se intimamente associada com uma carga emocional e psicológica que sobrecarrega os profissionais, algo presente inclusive em momentos em que eles se encontram fora do expediente.

Esse esgotamento psíquico, contudo, tem como espaço de emergência fundamental o corpo, transbordando assim, para um esgotamento físico profundo. Alinho-me aqui a certas perspectivas nas ciências sociais (CSORDAS, 2008; REZENDE; COELHO, 2010) de que o locus privilegiado para suportar, processar e tornar possível a expressão das emoções é, portanto, o corpo. A tristeza, que muitas vezes tornou-se explícita em meu campo pelo transbordamento de lágrimas e pelos sons dos soluços; A ansiedade que se expressava pela falta de ar, os olhos cansados da insônia e o “aperto no estômago” e, por fim; o medo, suas palpitações e inquietações que eram relatadas pelos profissionais, especialmente quando a suspeita da infecção era levantada.

As diversas emoções que descrevi anteriormente, o esgotamento individual que elas produziram, não se encerram, contudo, nos distintos corpos onde elas emergem. Muito se discutiu na bibliografia acerca das antropologia das emoções sobre essa aparente qualidade fundamental das emoções (LUTZ, 2011; ABU-LUGHOD; LUTZ, 1990; COELHO; DURÃO, 2017; COELHO, 2010): seriam elas expressões individuais do sujeito, ou seriam culturalmente constituídas e portanto possuíam uma propriedade essencialmente social?

O campo da Antropologia das emoções desenvolveu-se precisamente a partir deste debate. A partir dos anos 1980, especialmente nos Estados-Unidos, algumas discussões foram formalizadas respondendo esta questão a partir do que foi posteriormente denominado como “perspectiva relativista”. A questão norteadora e disparadora deste campo de estudos era compreender como as emoções possuem dinâmicas distintas em diferentes contextos culturais. A maior referência à qual podemos nos debruçar neste sentido é o trabalho de Lutz (2011 [1988]) e sua análise da concepção euroamericana sobre as emoções e como elas são construídas.

Mais adiante, contudo, desenvolveu-se o viés contextualista, que não mais buscava compreender as diferentes significações dadas às emoções (por um exercício comparativo). Mas sim compreendê-las, de modo a perceber as dinâmicas micropolíticas que se desenvolviam no campo das emoções de um mesmo grupo (ABU-LUGHOD; LUTZ, 1990).

Lutz & Abu-Lughod elaboram, contra o pano de fundo deste mapa, a proposta que batizam de perspectiva contextualista, cuja inspiração teórica é a noção de discurso de Foucault, entendido como uma fala que forma aquilo sobre o que fala, ao invés de manter com ele uma relação de referência, como algo que lhe seria externo. Esta perspectiva permite às autoras adentrarem a dimensão micropolítica dos sentimentos, mostrando como as emoções são tributárias de relações de poder entre grupos sociais, servindo simultaneamente para expressar e reforçar tais relações. (COELHO, 2010, p.268)

Essa construção teórica, que se alinha em grande medida na noção foucaultiana de discurso, embebe a análise das emoções nas relações micropolíticas que constituem o cotidiano. Assim como as dimensões tomadas pela epidemia de coronavírus não podem estar estritamente relacionadas às propriedades do vírus, as emoções também devem ser entendidas em um contexto social e cultural dinâmico, que implica relações de poder.

A problematização que busco colocar refere-se a como podemos perceber a relação entre as emoções - emergentes no cotidiano de trabalho de profissionais da saúde - e a gestão pública da pandemia de coronavírus no Brasil. Tomei a alternativa metodológica de olhar para as emoções suscitadas em situações específicas de difícil atuação por profissionais da saúde através da vertente contextualista. Apesar do exemplo dado neste artigo ser particular, esta micropolítica emocional do esgotamento se expressava também por atividades cotidianas. O relato a seguir, que colhi com um médico residente em contexto hospitalar, corrobora como este esgotamento era perene. Quando perguntado sobre sua avaliação da gestão da pandemia em nível federal ele atenta para como sentia-se impotente em seu trabalho quando assistia a TV que ficava na “sala vermelha”, onde os pacientes com quadros graves de covid eram levados

*Como você avalia a qualidade da gestão pública da pandemia no nível federal?*

Eu acho que com toda essa turbulência que a gente teve de troca de ministros no início da pandemia (Mandetta por Teich, Teich por Pazuello), e todas as medidas que haviam sido adotadas por um ministro trocadas, e o próprio governo não ter investido direito na compra de vacinas, não ter investido em medidas de isolamento social acabou que no quesito federal o Brasil deixou muito a desejar. Tanto que já passamos ai de mais de meio milhão de mortos. E mortes que poderiam ter sido evitadas com medidas simples. Deixou bastante a desejar.

*E como que esta gestão te fazia sentir? Era uma coisa que passava na sua cabeça durante seu trabalho? Você mencionou estas "mortes que poderiam ter sido evitadas", teve alguma situação que isso te pegou? Como que é essa sensação? Essa situação era incorporada na sua atuação profissional? no seu cotidiano?*

Então, às vezes a gente tava lá trabalhando, lá na sala vermelha, e a gente via na TV o presidente saindo sem máscara, o presidente aglomerando, o presidente deixando de comprar as vacinas, e cometendo todas estas infrações assim, na minha opinião, que ele cometeu, e **eu sentia raiva**. Pq assim se ele tivesse aqui, até teve uma época que ele chegou a estimular as pessoas a entrar

nos hospitais pra verem como os pacientes tavam, dava vontade de falar "entra aqui pra você ver, pra você passar um tempo aqui, pra você ver o desespero destas pessoas". E muitos casos de pacientes que chegavam lá muito graves, pacientes que, por exemplo, tinham tomado uma dose só da vacina. E assim, se a campanha tivesse sido adiantada um pouco, teria tomado a segunda dose e provavelmente não estaria grave. Então pacientes com idade, por exemplo, entre 40 e 50 anos, que tinham recebido ou uma, ou nenhuma dose da vacina, previamente saudáveis, e que chegavam muito graves já pra gente. e eu pensava "nossa, se o Brasil tivesse mobilizado mais dinheiro pra comprar mais vacina em menos tempo, isso teria gerado muito menos custos para saúde e muito menos mortes". Então era uma coisa que era muito discrepante, o que você via na tv, a forma como o presidente estava se agindo frente a esta situação e a forma como as coisas estavam acontecendo dentro do hospital. Era uma coisa muito discrepante. Uma sensação de raiva mesmo, de injustiça, de **"por que que eu estou trabalhando se a pessoa que me representa no país está fazendo tudo ao contrário?"**. Já tem pouca coisa que eu posso fazer, e o governo federal não ajuda, pra que que eu vou trabalhar se eu não vou conseguir resolver o problema? Vai ser só uma bola de neve cada vez chegando mais gente. **A principal sensação era de medo, de impotência.**

Me alinho aqui a fala de Susana Durão e Maria Claudia Coelho no sentido de que as emoções não são uma dimensão da vida que se relega ao domínio do individual e do íntimo, mas encontram-se imbricadas nas relações do mundo e por ele são condicionadas na mesma medida que o constituem. Corroboro aqui, portanto, o argumento das pesquisadoras de que

As emoções, assim, parecem fazer coisas. Agimos ao sentir, bem como ao não sentir, ou ao controlar as demonstrações do que sentimos, ou até a natureza mesma daquilo que sentimos. E esses sentires são rígidos, como de há muito a antropologia das emoções advoga, não pelas flutuações do íntimo, não de maneira idiossincrática, mas por formas codificadas e perpassadas por códigos morais e convicções ético-políticas, que prescrevem, avaliam, condenam, exigem e até mesmo proscrevem reações emocionais (COELHO; DURÃO, 2017 p.59)

Me alinho aqui a este aparato teórico para compreender as dinâmicas do cotidiano que se desdobram a partir do estabelecimento de alternativas infernais no contexto da saúde pública. Associada a estes sentimentos de estresse, ansiedade e medo, o processo de tomada de decisões e cálculo de riscos epidemiológicos muitas vezes foi despejado nos profissionais na ausência de protocolos claros de enfrentamento da pandemia.

Houve ainda o agravamento de alta porcentagem de *usuários* que apresentam quadros de comorbidades, desenvolvidos em decorrência do abuso de substâncias. A fala a seguir, proveniente da mesma entrevista citada anteriormente, evidencia como estes quadros de comorbidades, que tem alta incidência entre a população atendida pelos CAPS AD, sofreram um processo de “descompensação” ao longo da pandemia.

Sim, teve bastante mudança, pois muitas das atividades não relacionadas a covid foram canceladas, então muitos ambulatórios foram cancelados. Então o que acontecia, tipo assim, a gente tinha um ambulatório para atender pacientes com diabetes. E aí o pessoal fazia teleorientação, ligava, perguntava se tava tudo bem, e se tivesse tudo bem remarcaria a consulta mais pra frente. **Isso fez com que os pacientes fossem menos atendidos e chegassem cada vez mais descompensados pra gente. Então as doenças crônicas foram**

**ficando cada vez mais descompensadas porque tinham menos atendimento médico.** Então a gente teve menos contatos com estas pessoas, contatos mais limitados, sempre utilizando equipamentos e proteção, então isso meio que dificulta um pouco a relação médico paciente. [...] Dificultou muito o seguimento próximo dos pacientes, que era uma coisa que a gente tinha que ter feito, mas não tinha como fazer, a gente tinha que remarcar os ambulatórios para evitar o contágio mesmo, não teve jeito.

O foco total do aparato público de saúde sobre a pandemia foi um fardo que atingiu tanto seus profissionais quanto seus *usuários*. O esgotamento psíquico e corporal descrito entre profissionais da saúde durante o período de pandemia, tem como consequência, para além da destruição das possibilidades de resistência dos profissionais da saúde, o esgotamento do sistema de saúde ele próprio. O SUS depende da máquina política e de financiamento na mesma medida que depende dos trabalhadores que lhe dão corpo. O primeiro destes fatores já se encontrava sob ataque antes da pandemia. O segundo, sob a sombra de alternativas infernais, sufoca agora tanto pelo vírus quanto pela falta de ar de ataques de pânico e crises de ansiedade. Esgota-se tanto física quanto emocionalmente e sucumbe psicologicamente apesar de qualquer feito de resiliência ao qual poderíamos exaltar aqui.

Vimos também como os sentimentos de desprezo em relação às mortes da pandemia enunciados pelo governo federal afetaram diretamente o cotidiano micropolítico das emoções dos trabalhadores da saúde, fator que deve ser incluído na conta dos danos psicológicos infligidos a estes profissionais durante o contexto pandêmico.

Destaco aqui uma última fala antes de me encaminhar para o encerramento do capítulo. Tive oportunidade de coletar esta fala em uma reunião pública referente ao conselho de saúde mental do município onde realizei trabalho de campo. A reunião, realizada em março de 2021, buscava dar encaminhamentos a questões urgentes, tanto políticas - a questão e os impactos do *revogação* sobre a RAPS - quanto epidemiológicas - como se articular como rede para promover cuidado aos *usuários* da RAPS. Uma gestora de serviço de saúde da RAPS realizou uma análise que me pareceu assertiva quanto às possibilidades de existência do cuidado psicossocial no SUS no contexto político e epidemiológico que busquei desenhar ao longo deste artigo.

A coisa da pandemia tá tão pesada e tem efeitos diretos na questão da saúde mental. Há um agravamento da saúde mental, o agravamento da pandemia, a atenção básica tendo que se voltar totalmente para essa questão, aí o sofrimento psíquico, aquilo que se refere a saúde mental, vai ficando muito num limbo. Acho que isso tudo vai reverberar bastante pra dentro do serviço. Como que a atenção básica nesse momento tem se organizado em relação a estes sofrimentos subjetivos e como a gente lida com isso. O CAPS (onde trabalho) suspendeu matriciamento presenciais, apesar de sustentar atendimentos conjuntos. Agora as coisas estão muito mais graves, também do ponto de vista econômico e social, **as pessoas tão morrendo de covid, ou tão morrendo de fome, ou tão morrendo de violência. Como a gente junta com isso essa ameaça de um governo que usa o contexto da pandemia pra fazer desmonte daquilo que já existia, já estava sendo sucateado. A gente**

**tem que ser uma rede mais solidária, se não a gente não vai sobreviver, e muito menos os usuários do serviço.** (Caderno de campo, 19/03/2021)

Não inimigo, mas aliado da plataforma de governo bolsonarista, o vírus torna-se duplamente letal: letal aos pulmões, sim, mas também letal às estruturas psíquicas daqueles cujo trabalho é nos salvar do sufocamento. A estas questões somam-se outras prévias à emergência da pandemia. Marcadores sociais de gênero, raça e classe dão carne a este corpo múltiplo que está sendo atacado: majoritariamente feminino, negro e pobre. Frente ao descaso político com a pandemia e à falta de protocolos de manejo e controle da situação, o Brasil já soma mais de 600 mil óbitos, mas não só. Ameaçam-se também as possibilidades subjetivas de existência do SUS na medida em que seus agentes - os profissionais - encontram-se também em situações de precariedade que muitas vezes os previnem de realizar seu trabalho da maneira que eles julgam mais adequada.

Foucault demonstrou como a gestão da lepra e a gestão da peste foram eventos fundamentalmente processuais na medida que a partir deles desenvolveram-se estratégias de gestão de corpos, assim como mudanças cabais nos modos de expressão do poder. Se a lepra era gerida apenas através de medidas de cerceamento e exclusão dos corpos doentes, a peste inventa as formas de gestão disciplinares e a inclusão excludente: segmentação do espaço urbano, criação de fronteiras, zonas de controle.

Essa mesma técnica de gestão da peste foi aplicada em muito do mundo ocidental como medida profilática à pandemia, mas podemos perceber desde já novas técnicas de gestão destes problemas, ressaltando o caráter processual da pandemia de covid, pelo menos no que tange às formas de controle e poder, de gestão de populações e biopolíticas. As experiências de Japão, Coreia do Sul, Taiwan, Japão, Israel já indicam uma nova gestão a partir de técnicas farmacopornográficas de biovigilância (PRECIADO, 2020) através do tracking individual dos doentes a partir de seus telefones celulares<sup>44</sup>.

O que acompanhamos aqui, no que tange o cuidado a pessoas que cometem abuso de SPAs, e as dificuldades particulares da efetivação deste cuidado no contexto pandêmico brasileiro, se dá na medida em que a gestão do dispositivo droga (FIORE, 2020) comporta uma

---

<sup>44</sup> A noção de técnicas farmacopornográficas de biovigilância como desenvolvida por Preciado indica o “tipo de gestão e produção do corpo e da subjetividade sexual” dentro de uma nova configuração política onde corpo e subjetividade são regulados, além das instituições disciplinares, também e principalmente “por um conjunto de tecnologias biomoleculares, microprostéticas, digitais e de transmissão de informação”. Preciado afirma que “se as chamei de pornográficas foi porque, em primeiro lugar, estas técnicas de biovigilância se introduzem dentro do corpo, atravessam a pele, nos penetram; e, em segundo lugar, porque os dispositivos de biocontrole já não funcionam por meio da repressão da sexualidade (masturbatória ou não), mas pela incitação ao consumo e à produção constante de um prazer regulado e quantificável. Quanto mais consumimos e mais saudáveis estamos, melhor somos controlados.” (PRECIADO, 2020)

sobreposição das técnicas que foram criadas a partir do conjunto destas experiências. O encarceramento em massa que se desenvolveu a partir da guerra às drogas e a exclusão de populações periféricas por sua associação com a coisa droga - seja seu consumo ou seu comércio - são expressões de uma lógica necropolítica de exclusão. As técnicas segregatórias, às quais as pessoas em circulação de rua são submetidas sob o pressuposto da saúde e da higiene, impressas em nossas subjetividades são dispositivos que temos da herança de gestão da peste.

A população acompanhada pelo CAPS ADAO, portanto, encontra-se em permanente escrutínio de ambas estas lógicas e vêm-se espremidas por entre estas forças, o que por muitas vezes impede que seus corpos sejam tidos como dignos de atenção e cuidado. O que acompanhamos neste capítulo é um retrato deste processo, ainda extremamente inicial, de tentativa de se adaptar às novas formas de gestão biopolíticas e farmacopornográficas de biovigilância.

Não obstante, nas dobras deste processo ainda incompleto, encontram-se outras ferramentas de cuidado, sendo a principal a tentativa permanente da ampliação das ecologias de cuidado (DAS, 2015; DAS e DAS, 2006). A pandemia, nesse sentido, extrapola sua dimensão processual macroestruturante e se infiltra nos processos de vida cotidianos, microestruturados, dos corpos que acompanhamos, assim como altera profundamente os projetos de cuidado mesorelacionais que antes eram articulados através do matriciamento.

Durante o período de pandemia, quando algum usuário apontava sintomas respiratórios durante sua permanência em leito no CAPS ADAO a solução possível era encaminhamento para abrigo de sintomáticos, organizado pela prefeitura municipal de Campinas. Foram organizados dois abrigos emergenciais para população em situação de rua com sintomas gripais, que em conjunto tinham capacidade para acolher 80 pessoas<sup>45</sup>. Apesar de estar inserido na rede pública de saúde, a RAPS de Campinas não possuía testes de COVID para avaliar o caso a caso, dessa forma, assim que sintomas gripais eram percebidos pelos usuários ou profissionais era realizado o encaminhamento para estes abrigos.

Esses novos instrumentos de gestão dos casos de covid compunham as ecologias de cuidado (DAS, 2015; DAS e DAS, 2006), estas que não deixaram de existir, apesar das novas formas farmacopornográficas de biovigilância de corpos (PRECIADO, 2020). Igualmente, o papel central dos profissionais na articulação, construção e manutenção destas ecologias, seja articulando familiares dos usuários, alianças medicamentosas ou parcerias institucionais -

---

<sup>45</sup> Disponível em <<https://novo.campinas.sp.gov.br/noticia/38425>>. Último acesso em 12/01/2022.

formais ou não - é reiterado em contextos como o da pandemia e reiteram os múltiplos processos que atravessam a particularidade deste momento histórico.

O que se destaca, portanto, é o fato de que as possibilidades de existência do cuidado permanecem, apesar dos múltiplos ataques desenvolvidos às políticas públicas. As redes de afeto, relacionais e políticas agenciadas a partir do, e também para além do SUS, continuam a se desenvolver apesar do enfraquecimento material e concreto da política pública.

Torna-se evidente neste capítulo, contudo, como esse desamparo afeta os processos subjetivos de cuidado. Técnicas e recursos tornam-se mais rarefeitos e, conseqüentemente, há um agravamento da vulnerabilidade das populações que são atendidas por estes instrumentos. Fragilizam-se, portanto, as ecologias de cuidado pré existentes, algo que é refletido nos profissionais a partir de sentimentos de frustração e cansaço.

Não obstante houve contínuo desenvolvimento de estratégias, formais e informais para a manutenção do cuidado dos usuários do CAPS ADAO, inventividade esta que atravessa também outros momentos e contextos distintos à pandemia de COVID. No próximo capítulo apresento algumas dificuldades que se apresentam no cuidado relativo às mulheres usuárias de droga assim como os enfrentamentos feitos pela equipe, tanto no que tange às relações externas ao CAPS ADAO, quanto às internas. As narrativas, cenas e momentos que apresento a seguir se desenrolaram ou foram enunciadas por interlocutoras(es) sob o período de pandemia e, portanto, são atravessadas pelas dificuldades expostas aqui.

A despeito disso o capítulo seguinte apresenta estratégias de cuidado, ora bem sucedidas, ora não tanto, que se desenvolvem nesse processo permanente de cuidar. De tentar e errar, de fazer o que dá e um pouco mais, de buscar soluções e inventar estratégias, de firmar parcerias e rever combinados já estabelecidos, na tentativa de efetivar o cuidado a estas pessoas, especialmente às mulheres negras.

### Capítulo 3 - “Ninguém me aguenta mais, nem eu”

*“KIRIKOU: Grand-Père, pourquoi Karaba est-elle méchante?*

*GRAND-PÈRE: Parce qu'on lui a fait mal; Elle souffre jour et nuit à cause d'une épine empoisonnée que des hommes lui ont enfoncée dans la colonne vertébrale. Cette épine lui donne aussi ses pouvoirs de sorcière.” KIRIKOU et la Sorcière. 1998*

A epígrafe que inicia este capítulo provém de um filme de animação baseado em lendas africanas chamado *Kiriku e a Feiticeira* (1997). Ele conta a história de uma pequena criança (Kiriku), que nasce já sabendo andar e falar, em uma aldeia que vem sofrendo com ataques de uma poderosa feiticeira, Karabá. Ao longo de todo o filme ouvimos a criança perguntar repetidamente aos habitantes da aldeia “Porque Karabá é má?”. Toda vez que esta pergunta é colocada pela criança, ela parece absurda para aqueles que a ouvem. Ora, Karabá é má porque é má. As pessoas não sabiam responder a indagação da criança.

O enredo do filme se desenvolve nesta busca da criança em descobrir o porquê de Karabá ser má. Ao longo do filme realiza diversas façanhas, resgatando crianças e trazendo água de volta à sua aldeia, sempre tendo Karabá como a autora das desgraças que recaem sobre a população. Sua última grande missão é a de encontrar seu avô, um sábio que, de acordo com a mãe da criança, é o único que poderia responder às questões que afligiam o pequeno Kiriku. Ele parte nesta viagem e ao conseguir localizar seu avô lhe coloca a pergunta: “Avô. Por que Karabá é má?” “Por que nós a machucamos. Ela sofre dia e noite por conta de um espinho envenenado que alguns homens enfiaram em sua coluna vertebral. Ele a machuca e também é a causa de seus poderes de feiticeira.”

\*\*\*

Este capítulo visa discutir como o uso de substâncias atrelado à condição feminina coloca determinados corpos em situação de maior vulnerabilidade às violências e estigmas que o uso intensivo acarretam. Através de histórias que me foram contadas, ou eventos e discussões que presenciei busco problematizar como as mulheres que fazem abuso de substâncias são refletidas pela rede pública de saúde.

Muitas das narrativas femininas que pude acompanhar no CAPS AD possuíam semelhanças estruturais e marcas psíquicas que faziam com que criassem uma categoria social ampla. Escolhi juntar as narrativas que me foram ditas e que presenciei pela complementaridade que elas possuem na construção da figura da mulher usuária de substâncias

e os impactos e pesos que esta categoria agrega para os encontros institucionais, relações intrapessoais e processos de subjetivação dessas mulheres.

O próprio campo e acompanhamento junto dos profissionais justifica essa construção. O fato de serem mulheres usuárias de substâncias cria metodologias de cuidado particulares, assim como o fazem quando são casos de homens alcoolistas, ou homens usuários de crack. Ambas estas duas últimas personagens também produzem dinâmicas de cuidado particulares e relações distintas entre profissionais-*usuários* e profissional-profissional. Apesar da produção de PTS e uma estratégia de cuidado singularizada para cada paciente como já foi discutido anteriormente, os marcadores sociológicos nos quais os casos são enquadrados ajuda na compreensão dos casos. Usuários de crack, por exemplo, tendem a encontrar-se em situação de rua, associação muito menos frequente no caso dos alcoolistas. O fato de possuir moradia ou não interfere de modo geral em como o cuidado vai ser produzido. O fato do *usuário* ser mulher é outro fator que demanda manejos específicos.

Ademais, o fato de ser mulher provoca afetos específicos nos profissionais. As características associadas a certa ideia de feminilidade por vezes dificultam o cuidado dos corpos femininos. O cuidado seja de si próprio ou de suas famílias. Casos de mulheres tendem a afetar a equipe de modo particular também, pois a feminilidade é associada à figura de provedora de cuidados. A construção cultural da mulher como provedora de cuidados têm seu início a partir de uma biopolítica preocupada com a gestão da vida e a construção cultural da família como objeto de atenção médica. Jurandir Freire Costa (2004) nos mostra como durante a passagem dos séculos XVIII para o XIX começa uma construção do espaço domiciliar e familiar como espaço passivo de intervenção pelo olhar médico. As políticas higienistas movidas pelo saber médico e que começavam a adentrar o espaço doméstico encontraram nas mulheres “importantes aliadas” (*ibidem*, p.255) na medida em que era o espaço doméstico um domínio estritamente feminino.

As redes familiares no CAPS AD, assim como o espaço doméstico, são a principal rede mobilizada pelos profissionais fora da rede pública de saúde e assistencial. Quando esta rede é acionada, quase exclusivamente é trabalho das esposas, mães e filhas dos usuários homens de cuidar deles. Também a questão da higiene é escrutinizada quando direcionada ao corpo feminino por conta disso. A higiene, o cuidado de si, o cuidado da beleza, apesar de ser oferecido ao conjunto dos *usuários*, possui um peso muito maior quando é direcionado ao corpo feminino.

Apesar do trabalho de Freire Costa estar localizado em um período histórico muito distinto do que eu presenciei, as lógicas e estruturas culturais que se consolidaram nas reformas

sanitárias e na vida familiar no período descrito por ele ainda se fazem presente. O cuidado, ou *care* como foi posteriormente denominado por um conjunto de sociólogas do trabalho preocupadas com as discussões de gênero, (KERGOAT; HIRATA, 2007) se insere em uma lógica da divisão social do trabalho que delega prioritariamente o cuidado para as mulheres. A higiene, o cuidado com a família e a si mesmo ainda recaem como atribuições particulares do corpo feminino.

Em casos como os que apresento, nos quais estas atribuições sociais são subvertidas, o cuidado torna-se dificultado na medida em que o olhar que pretende-se objetivo acaba por se envolver em afetos distintos. As múltiplas narrativas que dão carne a esta figura - mulheres usuárias de substâncias - provocavam sempre afetos distintos nos profissionais, seja de medo, ou de compaixão, de apego. Os processos transferenciais psicanalíticos eram frequentemente mobilizados pelos profissionais para explicarem estes enrosos emocionais.

Para mim foi difícil me apropriar desta noção como uma categoria prática no campo, visto que ela era usada de modo bastante amplo pela equipe como um todo - não só pelos psicólogos ou psiquiatras - e também por conter uma vasta elaboração teórica a seu respeito, variando de uma escola psicanalítica para outra<sup>46</sup>. Não obstante penso ser possível compreendê-la a partir das emoções provocadas nos profissionais a partir da discrepância de corpos como o destas mulheres com os constructos sociais projetados sobre eles.

Em entrevista com um psiquiatra que trabalhou no CAPS ADAO durante o período que estive lá, o interpelei sobre as dificuldades encontradas no cuidado dos pacientes do CAPS AD - em sentido amplo, não somente no que se refere aos casos de mulheres - ele me respondeu que

"Já tive dificuldade na relação. Questões assim da nossa própria vivência. No nosso núcleo familiar e social né? E quando a gente se depara com pacientes assim, com características semelhantes: transtorno de personalidade, histriônicas, pacientes manipuladoras, pacientes teatrais, manipuladores, né? Já tive dificuldades nesse tipo de relacionamento. De ter uma - talvez a palavra correta - uma contratransferência ruim e muitas vezes entrar num embate uma coisa assim. Hoje em dia, depois de muito tempo de trabalho e muita terapia, muita análise pessoal, eu acho que eu tenho lidado bem." (Entrevista - Psiquiatra. Novembro de 2021)

"Histriônicas" e "manipuladoras" é no uso destes dois adjetivos de gênero feminino que torna-se evidente a dificuldade de lidar com pacientes como Gini. Com o decorrer da conversa, e a partir de alguma insistência de minha parte de entender o porquê de marcar estes adjetivos

---

<sup>46</sup> Para mais sobre o conceito de transferência e contratransferência Cf. Zimmerman. Dicionário Psicanalítico.

no gênero feminino, o psiquiatra acabou por associar estas pacientes com uma experiência pessoal sua com sua própria mãe.

“Limite é quando você não consegue lidar com seu sentimento, e que você acaba sem recursos para lidar. Por exemplo, não sei se cabe aqui, mas eu tive uma mãe que fazia muita, digamos assim, a popularmente conhecida ‘chantagem emocional’, no sentido de prender, me prender a ela, de impedir por certa forma a minha independência, minha procura por uma vida adulta e tal. E na minha prática eu já vi muitas mães que têm um comportamento mais histriônico, mais dominador, por exemplo chegar numa crise pq o filho está conseguindo sua independência: vai trabalhar, vai mudar de cidade, vai casar. E eu penso assim, que... na minha parte emocional, a mãe deveria estar bem pelo filho estar se desenvolvendo, e na verdade o que ela faz ali na prática é que se ele se desenvolver ela vai morrer. É complicado né? É algo que tá fazendo mal pra ela né? não deixa ela feliz. E muitas vezes, isso na minha prática me levava no limite, de me deixar com ódio, me deixar com raiva, me deixa com sentimento assim, sei lá, de dizer coisas que não eram terapêuticas para aquela pessoa, para aquele paciente que tava ali na minha frente. Então eu entendo que as pessoas às vezes chegam no limite, elas tem um mundo interno, um psiquismo interno. E tem questões... têm feridas né? Então, mesmo sem ter este objetivo, os pacientes acabam metendo o dedo ali na ferida mesmo. E aí pode ser que você tenha que sair ali um pouco de cena, se recompor, sei lá, na própria terapia mesmo, para lidar com aquilo. Mas nem sempre é fácil.

É nessa dobra, nessa associação que enxergo os processos transferenciais negativos que se embrenham no cuidado de corpos femininos no CAPS AD. Especialmente no caso das mães que fazem abuso de substâncias, há uma ideia generalizada em outros serviços da rede pública de saúde e assistencial de sua incapacidade de exercer a maternidade, algo que se repete na bibliografia pertinente (OLIVEIRA, 2015.; CHAGAS; ABRAHÃO, 2018.; MALHEIRO, 2019.).

Não obstante, estas personagens também evocam processos transferências positivos nos profissionais, especialmente no caso das contratransferências - ou seja, os processos transferenciais que se referem aos afetos dos profissionais em relação aos usuários - de trabalhadoras mulheres. Afetos positivos entre as profissionais do serviço e usuárias eram trocados e espaços destinados a esta troca nunca deixaram de existir, mesmo em tempos pandêmicos. Ademais, processos de identificação entre as trajetórias destes dois grupos de mulheres, especialmente no caso das mães, eram frequentemente evocados. Em entrevista com uma técnica de enfermagem que há pouco havia ganhado bebê estes processos de transferências positivos podem ser melhor compreendidos.

“Você se sente emocionalmente envolvida com os casos?” “Sim” “Como você lida com este envolvimento?” “eu tenho que saber o meu limite, por exemplo, até quando isso vai ser terapêutico pro usuário, porque a gente tem que pensar em primeiro lugar nele. Mas sim, é impossível a gente não se sentir envolvido sentimentalmente. Porque assim, tem histórias muito marcantes, histórias que a gente identifica um pouco com nossa vida. Por exemplo, quando eu voltei da licença maternidade - to falando muito disso porque foi muito difícil - eu voltei sendo mãe e eu vou pra um território que só tem mulheres e mães. E de alguma forma eu sinto que eu também estou deixando de ser mãe, eu trabalho eu estudo, eu fico 15 horas longe da minha filha. Então quando

eu vejo a história delas, que elas não tão podendo viver a maternidade eu me identifico muito. Eu sinto que tem uma troca positiva nesse sentido, me sinto mais próxima delas. Só que isso por vezes é perigoso, é arriscado, a gente precisa saber nosso limite e o limite do que é benéfico pra relação sua com o usuário”.

O que desejei chamar atenção aqui é o fato de que estes casos, invariavelmente, provocam afetos e deslocam as pessoas de seus lugares de conforto, sejam esses deslocamentos positivos ou negativos para o cuidado dessas mulheres. A categoria limite é importante para acessar a fronteira terapêutica do cuidado. Apesar disso, de modo geral, durante a circulação destas mulheres através de outros serviços não especializados na questão álcool e drogas da rede municipal os enfrentamentos são diversos. Especialmente para o caso das mães.

O capítulo que se segue busca abordar estas questões através de uma construção que se divide em três momentos e utiliza metodologias distintas. Na primeira parte apresento uma entrevista realizada com Esmeralda na qual ela narra sua infância, adolescência e juventude, de modo a apresentar ao leitor a trajetória que faz com que muitas destas mulheres acabam se voltando para o uso de drogas . Em um segundo momento apresento algumas cenas etnográficas que acompanhei durante minha primeira imersão em campo referentes à Gini, uma usuária que mobilizou muito a equipe naquele momento e oscilava entre a figura de vítima e agressora. Por fim abordo a questão da maternidade através de três casos distintos: Gisela, usuária que frequentemente ia ao serviço com seu filho Vinícius e as dificuldades enfrentadas por ela nessas idas; *Cristiana* que perdeu a guarda do filho durante o período que estive lá e, por fim; retomo a história de Gini e os relatos da perda da guarda de seus filhos, anos antes, e como eles me afetaram.

### **O câncer na alma de Esmeralda**

Conheci Esmeralda durante minha segunda imersão no CAPS AD. Oscilando entre mania e depressão ela passou por uma breve internação em leito e passava a maioria dos seus dias no pátio fumando ou perguntando para a equipe sobre os paradeiros de sua peruca, que veio a receber neste mesmo período. Esmeralda fora diagnosticada pela segunda vez com câncer de mama alguns meses antes. Apesar da careca nunca deixava de se maquiarse, usar brincos e cuidar de sua vaidade, a não ser pelos dias que passava na cama, cuidando da tristeza profunda que a acometia de tempos em tempos. Apesar de viver na rua ela afirmava “eu não perdi minha identidade de vaidade, do meu jeito de se vestir, meus apetrechos... Quando a gente mora na rua a gente perde muitas coisas que a gente adquire. Mas eu sou uma mulher que gosta de adquirir, faço meus caprichos, uso meu básico e ainda pago caprichos.”

Esmeralda era dançarina ávida. Durante nossa entrevista descobri que era algo que fez parte de sua vida desde que nasceu. Deu aulas, montava coreografias e “passava inveja nas pé rapadas que tem medo de perder o marido”. Dançava sempre que podia e vivia puxando profissionais para testar seus requebrados e lhe fazerem companhia.

Esmeralda era usuária de álcool e crack e fazia este uso, desde muito jovem, de acordo com ela, como forma de atenuar a doença que mais lhe fazia mal: seu câncer na alma. Ao comentar sobre o câncer de mama, ou seu diagnóstico de borderline sempre o fazia com naturalidade:

“Eu tenho transtorno bipolar, eu tenho emoções, mudadas assim, muito rápido. Ao mesmo tempo que eu to sorrindo, eu to chorando, ao mesmo tempo que eu to de boa com você eu to querendo te estrangular, eu sou muito nervosa, mas eu sou muito comunicativa, sou muito educada, mas eu tenho um problema muito sério”

Dizia ela, sempre gesticulando muito e fazendo movimentos com as mãos como se fossem essenciais ao que ela tentava me explicar.

Mas ao mencionar o câncer de sua alma seus olhos marejavam, as palavras se emaranhavam nas cordas vocais e sua cabeça abaixava, como que pelo peso de carregar as múltiplas violências que sofreu. Foi essa a “Minha (de Esmeralda) primeira doença que eu descobri foi o *câncer da minha alma*, foi o mal que fizeram pra mim no passado”.

Esmeralda era a única filha mulher de uma família de 3 irmãos, filhos de mãe dançarina. Esmeralda disse ter sofrido muito com a mãe, que de acordo com ela “teve depressão pós-parto e ela não gosta de mim”, diferente dos outros dois irmãos - homens - cuja mãe tratava “como reis, príncipes, governador e tudo que você imaginar de coisas maravilhosas”. Sua relação com a mãe, que apesar de ser produtora da vaidade e do gosto pelo dançar que ela tanto se orgulha, como ela mesma me disse, passou ao largo de ter sido apenas um abandono, sendo frequente que sua mãe lhe batesse, machucasse ou tentasse matá-la

Então foi assim, a minha mãe, por mais que ela me repudiou, eu adquiri dela. Porque os filhos eles acompanham os pais, e minha mãe era muito linda e muito vaidosa, então essa vaidade ela me deu como herança. Ela me negou, mas uma coisa que ela não deixou de me dar de presente foi querer se arrumar, querer se pintar, querer ter bom gosto para se vestir;. Então isso eu tenho de bom dela. Mas ela tentou me matar, eu tenho várias cicatrizes no corpo, ela me queimou, ela me deu choque,... sabe, ela... o filme de terror que as vezes a gente busca de psicopata na televisão, aquilo ali não é um filme, aquilo ali é a realidade de um ser humano que um dia passou por aquilo. e eu posso dizer pra você, porque eu sou testemunha de uma vida, de um cenário psicopata que minha mãe foi pra mim. O pouco de tempo que eu podia ficar em casa ela me maltratava de mais e fazia muita maldade comigo.

Acabou que Esmeralda caiu nos braços do pai, que ela frequentemente narrava com sentimentos contraditórios pois foi ele que “cuidou de mim desde bebê”, mas também foi ele que abusou de Esmeralda de seus 8 até seus 13 anos e fez dela “mulher dele”. Essa marca da

violência sexual cometida por seu pai acompanhou todos seus futuros relacionamentos com homens. Ela me disse, enchendo a boca pra falar, “eu odeio homem, odeio todos vocês” e era fácil compreender seu ódio em nossa conversa.

Porque pra fugir do meu pai, dos abusos que eu tinha em casa, muitas vezes, com minha mãe em casa dormindo ele colocava eu pra dormir junto com eles, minha mãe dormindo, e ele fazia sexo comigo com minha mãe do lado, sabe? Então eu fugi de casa. E fugindo de casa eu fui estropada cinco vezes. Então... eu tenho trauma muito grande de homem... sabe. Eu tenho um trauma terrível de homem (começa a chorar). Eu tentei ser lésbica, tentei ser sapatão, pra mim num deixar homem me tocar. Mas eu não consegui sabe?

Os primeiros relacionamentos abusivos de Esmeralda foram com seus pais, mas não seriam os últimos. Dentro dela começava a crescer este algo, nascido das múltiplas violências, físicas, psicológicas e sexuais que sofreu da mãe e do pai e que só anos depois ela poderia nomear como “o câncer de sua alma”. Esmeralda fugiu de casa com 13 anos e passou a viver na rua, até seus 15 anos, quando foi acolhida por uma família em um pequeno barraco de uma favela chamada Xangai e aprender a “tratar” de sua doença.

Eu tive dificuldades muito grandes depois disso (dos múltiplos abusos que sofreu do pai), de me adaptar com homens, foi quando uma família me adotou e essa família usava droga. Foi onde eu aprendi a tirar a dor do sofrimento que me causaram, né? através da droga.

Durante este período, Esmeralda começou a beber, mas o uso de outras substâncias se deu durante sua chegada à Xangai. De acordo com ela era fundamental, para que ganhasse a confiança do tráfico, que ela se mostrasse “do sistema”. Na sua chegada ela passou por uma espécie de ritual de iniciação, onde enrolou e fumou seu primeiro baseado com quem articulava o tráfico naquela região.

Nisso eu fui ficando muito rebelde, ai de casa em casa de rua em rua eu conheci uma família numa favela. E pra entrar nessa favela a gente tinha que conhecer o crime, e eu não conhecia o crime. E um dos meus irmãos era muito maloqueiro, muito louco, ele me ensinou a fazer um baseado. Porque pra entrar na favela você tem que saber bolar um baseado, fumar e trocar ideia com os vagabundo. E eu não sabia. Aí eu cheguei no meu irmão, eu tinha uns 16 anos, aí meu pai comprou um barraquinho de madeira nessa favela, o Xangai, e nessa época, era muito perigosa essa favela, e pra entrar você tinha que ser do sistema, se não fosse você não morava na favela. Como eu era nova moradora, o pessoal do crime tinha que me entrevistar pra saber se eu não era cagueta se eu não tava la pra espiar. Então é o seguinte, falaram, no topo do pasto ali tem uma árvore centenária. Então todo mundo vai sentar ali, uns 20 maloqueiros, e você vai bolar um baseado. O baseado era dessa grossura, uma bomba. Eu que não sabia fumar maconha, não sabia fazer nada, o meu irmão me ensinou. Me ensinou como: ele pegou um papel de pão, pegava terra, tipo assim, imaginava como se tivesse dichavando a maconha na mão, colocava no papel, molhava a ponta dos dedos, bolava, enrolava e passava pra mim. "tá vendo mana, como é que é, é desse jeito". Quando eu fazia errado ele dava safanó na minha orelha. Nossa, mas eu levei um par de safanó na orelha pra aprender a bolar esse baseado. Até que eu aprendi, no dia que eu aprendi, aí foi o dia da reunião. Ai tipo assim, do jeito que ta essa árvore aqui, igual ta ela, ficaram em volta dela todinha os vagabundo sentado de perna cruzada e eu no meio. “você vai bolar o baseado”. Eu boleei o baseado, só que eu nunca fumei maconha né? Falaram assim, você vai ser a primeira a ascender. Ascendi

o baseado, tussi pra caramba, quase vomitei, quase morri. Aí foi passando de um em um. Aí teve um que teve coerência, teve uma visão de ética né? E falou tipo assim “ó, a menina é de menor, em primeiro lugar, a mina mostrou aí, que ela não é do sistema, mas ela tá aqui pra encarar porque ela tá tentando sobreviver, então vamos dar uma chance pra ela, não dá mais maconha pra ela não”. Eu saí de lá, cambaleando. Falaram “Ai, pode levantar, seja bem vinda, só que é o seguinte: no seu quadrado, na sua, você é cega, surda e muda e é o seguinte, você por favor, se possível você não de trabalho. Aqui tem muita cunhada, a maioria das mulheres aqui são casadas e as que não são vão se incomodar com você porque você é muito bonita e vão querer disputar terreno com sua pessoa. Então, por favor, qualquer problema você conversa conosco”.

A ida para o Xangai, contudo, não significou o fim das violências sofridas por Esmeralda. Durante este período ela sofreria novas violências: um espancamento coletivo realizado por cerca de 20 mulheres que de acordo com ela foi motivado por inveja após ela assumir a posição de porta-bandeiras na escola de samba local; “O meu presente de aniversário de 17 anos foi apanhar de 20 mulheres. Entraram dentro do barraco, com cabo de vassoura, chute soco, me levaram pra fora, bateram de mais em mim, cortaram meu cabelo, judiaram de mim de mais.”. Também nesse período teve seu primeiro filho e primeira filha “que veio através dum estupro”.

De acordo com Esmeralda, essas múltiplas violências que sofreu progressivamente a levavam a intensificar seu uso, algo que foi aprendendo com outras pessoas como forma de aliviar os traumas que carregava e as violências que a marcaram. Como ela disse, “eu aprendi a tirar a dor do sofrimento que me causaram, né? através da droga”.

Toda vez que eu usava droga eu tinha medo de estar perto de homem e perto de mulher, mas eu precisava de alguém perto de mim porque eu tinha medo de alguém aparecer de supetão e me fazer mais mal ainda. Eu tinha síndrome do pânico de maldade que fizeram comigo. Passa a mão na minha cabeça (eu me estico e passo a mão para sentir uma grande cicatriz). Isso aqui foi minha mãe. 33 pontos que ela rachou minha cabeça, isso aqui foi um corte que ela fez no meu rosto. Então... eu peguei muitos traumas, muitos traumas, e eu coloquei o nome pro meu trauma: "câncer da alma". Passei a ser cancerronica, desde meus 8 anos. Uma criança me fizeram ser adulta com 8 anos de idade. Tanto que meu filho hoje, ele foi na época, confundido como se fosse filho do meu pai. Pq ele teve alguns traços do meu pai, mas graças a deus não era filho do meu pai. Ai pra mim conseguir acalmar essa ferida inflamada do câncer da alma eu comecei a me acostumar a usar droga no sentido que ela virou uma morfina. Então eu fumava um baseado e cheirava uma farinha. Ai essa farinha começou a me dar sinusite, passar mal, conheci o crack.[...] Eu fiquei sem sorrir por muitos anos. Muitos, muitos anos. Hoje eu tô contando essa história pra você sem ter vergonha, mas eu tive muita vergonha da minha história. Eu tinha medo de alguém descobrir que meu pai mexia comigo, eu tinha medo de descobrirem que eu fui estrupada, eu tinha medo de descobrirem que eu tava dando risada pq eu tava locona, pq se eu ficava careta eu só chorava. Ce entendeu? Então eu acabei adquirindo esse perfil, a morfina maldita me faz dar risada, me faz trocar ideia, me faz ser um personagem verdadeiro. Eu saía da minha realidade pra viver uma realidade saudável, mas que era uma realidade maldita. Ai eu vou dizer pra você. Tenho 47 anos, mas desde quando eu me conheço por gente, eu to no mundo da droga e no mundo da rua.

Essa conversa com Esmeralda foi de grande valia para mim. Entrevistas como esta foram raras durante o período que estive no CAPS AD, seja entre profissionais ou *usuários*, a

temporalidade da urgência frequentemente interrompia conversas ou fazia com que elas fossem postergadas ou canceladas. Conheci Esmeralda apenas alguns dias antes da ocasião em que ela me contou sua vida e essa falta de intimidade não a impediu de expor suas entranhas como o fez, possivelmente por ela me identificar a um profissional em serviço.

Em outros casos, em que construí grande intimidade com meus interlocutores, estas conversas não foram possíveis, e não pude saber os pormenores das trajetórias de cada uma de minhas interlocutoras. De toda forma, sinto que a narrativa de Esmeralda nos ajuda a compreender como os traumas passados na infância e adolescência destas mulheres moldam suas subjetividades de modo a torná-las estas figuras que provocam múltiplas sensações e afetos em quem cruza seus caminhos. Nessas condições - quem vai negar? - o uso de drogas como morfina para o sofrimento ganha inteligibilidade

A narrativa que se segue, de Gini, nos ajuda a compreender melhor como estes corpos afetam o cotidiano do CAPS AD e como a condição feminina atravessa o cuidado, muitas vezes criando percalços.

### **Segunda Narrativa ou Gini, vulnerabilidade e a linguagem da violência**

Iniciei minha primeira semana de campo no CAPS ADAO em uma terça-feira. Era previsto que o campo se iniciasse somente na semana seguinte, mas fui convidado pela gestora do serviço para acompanhar a reunião de equipe. Nas palavras dela “venha por que vamos discutir o caso de uma usuária que vai ser importante pra equipe, você vai gostar da discussão”. As reuniões de profissionais no CAPS ADAO acontecem semanalmente, toda terça-feira. São duas reuniões de miniequipes, para discutir casos específicos e onde os profissionais buscam sugestões de outros colegas sobre como produzir dinâmicas de cuidado e fortalecimento de vínculos. Uma terceira reunião é de toda equipe em conjunto. Nesta última, discutem-se dinâmicas internas do serviço, a relação entre os profissionais e o funcionamento do serviço como um todo.

Minha introdução à Gini se deu desta forma particular, não através dela mesma, de seu corpo e seu rosto, de sua voz e seus trejeitos, mas através de uma reunião de equipe com uma supervisora convidada que oferece uma espécie de consultoria para a equipe de profissionais. Esta supervisão, voltada particularmente aos *profissionais de referência* de Gini, buscava instrumentalizar esses profissionais de técnicas, tanto referentes ao cuidado da *usuária* quanto ao cuidado de si próprios. Na medida em que Gini frequentemente respondia de maneira

violenta ao contato com os profissionais, o cuidado de si era fundamental na manutenção do PTS da *usuária*.

Entre o lugar de vítima de violências - das mais diversas - e o lugar de pessoa violenta, Gini circula pelos diferentes serviços oferecidos pela rede pública de saúde e assistência social há mais de 10 anos, sendo um corpo que mobiliza distintos afetos nos profissionais que a atendem.

A trajetória de Gini, portanto, comporta uma história mais ampla que coloca em perspectiva diversos processos individuais – como os processos de cuidado e autocuidado, de subjetivação das formas de violência e de abjeção dos corpos usuários de crack – assim como diversos processos coletivos fundamentais à produção de cuidado no interior de políticas públicas do SUS – como o *matriciamento*, o PTS e a sustentação de violências dos *usuários* por parte dos profissionais.

### **1ª semana**

Na reunião de equipe já mencionada, pude ter uma descrição de Gini a partir da apresentação dos profissionais para a supervisora. Gini é branca, magra e de cabelos loiros e curtos, tem aproximadamente 45 anos e é mãe de 4 filhos, dos quais não possui custódia de nenhum. Gini fica num entra e sai das ruas. Quando consegue juntar um dinheiro aluga um quarto em algum canto da cidade, por vezes dormem em abrigos e outras dormem na rua. Antes do início da pandemia, morava com um homem mais velho que a deixava dormir na sua casa em troca de relações sexuais.

Gini trabalha desde os 8 anos, quando começou a trabalhar em roças da cidade de onde emigrou. Durante sua infância foi abusada pelo pai, buscou a mãe para conseguir ajuda, mas foi desacreditada por esta. Aos 14 seu pai faleceu e sua mãe se casou com outro homem. Aos 15 anos já realizava uso de maconha, cocaína e álcool, que posteriormente evoluíram para uso de crack e quadro de alcoolismo, esta última condição que sua mãe também compartilhava.

Ela iniciou seus cuidados no CAPS AD em 2014 e hoje realiza visitas esporádicas nas quais por vezes é extremamente afetuosa e por outras muito violenta. A motivação destas visitas geralmente é a mesma: vem para cuidar de uma ferida na perna que já a acompanha há 5 anos. Em um relacionamento passado, descrito pela equipe como extremamente abusivo e que lhe custou a maior parte dos dentes, seu companheiro enfiou-lhe uma estaca na parte posterior do joelho quando ela subia em uma árvore para tentar escapar dele. Esta ferida nunca

fechou completamente e invariavelmente infecciona de tempos em tempos. Gini sofre muita violência quando está na rua, tendo relatos de estupro, queimaduras, ameaças de morte.

Em 2019 seu quadro começava a apresentar melhoras, mas teve retrocessos em 2020, na avaliação da equipe, por conta das complicações impostas pela pandemia.

Após essa descrição extensa do caso, assim como das medidas tomadas pela equipe desde o início das vindas de Gini ao serviço, um longo silêncio se fez na sala. Na minha avaliação, não um silêncio de omissão, mas sim um silêncio que se traduzia por um esgotamento, uma exaustão. Quando a supervisora - que havia sido convidada para discutir o caso - perguntava algo, ninguém se dispunha a responder. O cansaço exaurido fazia-se notar nos trejeitos e posturas corporais da equipe.

## **2ª semana**

Tive oportunidade de conhecer Gini presencialmente cerca de uma semana depois desta supervisão. Na ocasião ela havia acessado o CAPS AD por conta de uma agressão que lhe havia quebrado o braço. O companheiro e agressor, Marcélio, encontrava-se de *leito*<sup>47</sup> no CAPS AD. Houve grande discussão entre os profissionais da equipe sobre como lidar com esta dinâmica. Como poderiam acolher Gini e cuidar de seu braço quando seu agressor se encontrava sob o mesmo teto que ela? Quais os limites éticos que estavam implicados na decisão de manter os dois, ou de recusar o cuidado para um deles?

Duas profissionais foram mais enfáticas na defesa de que a equipe deveria convidar Marcélio a retirar-se do espaço, contudo, outros dois profissionais homens que eram referências de Marcélio defendiam que ele deveria permanecer, pelo menos uma noite. Marcélio havia acessado o CAPS AD profundamente intoxicado e chorava muito por ter agredido Gini, estava arrependido e mandá-lo embora poderia implicar em um rompimento de vínculo com a equipe.

Após muito debate foi decidido que a única possibilidade de negar cuidado à Marcélio seria se Gini decidisse por fazer um Boletim de Ocorrência pedindo medida restritiva, algo que foi advogado pela equipe. Gini, contudo, decidiu por não registrar a ocorrência e disse que tudo bem estarem os dois no mesmo espaço.

---

<sup>47</sup> *Leito* é como os profissionais denominavam uma forma de inserção no serviço na qual o *usuário* poderia pernoitar no serviço. Outras modalidades, como a *permanência dia*, davam possibilidade do *usuário* permanecer o dia no serviço, onde poderia se alimentar, banhar-se e participar de atividades terapêuticas.

### 3ª semana

Alguns dias depois tive oportunidade de conversar com uma terapeuta ocupacional que era referência de Gini. Conseguimos conversar de modo mais confiante na medida em que acompanhei ela a uma *busca ativa* de uma usuária do serviço que não aparecia há alguns meses. A partir desta viagem conseguimos conversar sobre as dificuldades enfrentadas pelas usuárias mulheres para acessar o serviço, assim como para tratar de questões de gênero e vulnerabilidade dentro do serviço.

A terapeuta ocupacional me disse que via “dois motivos principais” para estas dificuldades. “O primeiro é que o ambiente do CAPS é um ambiente muito masculinizado. A maioria dos usuários são homens e isso poderia gerar uma certa dificuldade de convivência”. Ademais, não são raros os casos de mulheres onde a violência de gênero seja uma constante. Durante a semana em que Gini teve seu braço quebrado anotei mais dois outros casos de agressão no meu caderno de campo. Invariavelmente o agressor era o companheiro da vítima e ambos compartilhavam o mesmo espaço, seja na rua ou em uma residência. De acordo com pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (2019), 76,4% das mulheres que foram vítimas de violência doméstica afirmaram que a agressão foi cometida por um alguém conhecido. Dentre esta categoria, “conhecidos”, 39% dos casos o agressor é o companheiro ou cônjuge que a mulher se relaciona no momento da agressão ou um ex-parceiro.

No Brasil, apesar de novas políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher, os números ainda são alarmantes. De acordo com a pesquisa anteriormente citada foram 16 milhões de casos em 2018, e apesar de haver avanço na produção de dados quantitativos sobre o tema, estima-se que muitos casos ainda permanecem sem denúncias, por conta de complicações como o medo da vítima de represália do agressor, falta de redes familiares e públicas para lidar com a questão, entre outras.

O segundo motivo para a dificuldade de acesso de mulheres usuárias de drogas aos serviços de saúde seria devido à posição desviante que mulheres usuárias de drogas ocupariam em relação às normas sociais estabelecidas e os papéis de gênero esperados. Gênero e uso de substâncias estariam compondo um acúmulo de resistências normativas ao acesso destes corpos. Nas palavras da terapeuta ocupacional, “uma **sobreposição de fatores de preconceito,**

o estigma de ser *usuário*, drogado, viciado é engrandecido quando combinado com outros marcadores sociais da desigualdade, como ser negro, pobre, periférico, e também ser mulher”.

A T.O. me disse que em outros momentos estas questões já haviam sido melhor trabalhadas pela equipe como um todo, mas que elas produzem certas dificuldades no manejo de casos como o de Gini na semana passada. Comentamos também sobre as dificuldades de trabalhar casos onde os tipos de opressão e violências vividas pelos usuários ressoam na vida dos trabalhadores individuais ou nas relações internas ao coletivo da equipe. A violência de gênero e suas desigualdades são uma constante na sociedade brasileira e sua herança patriarcal é algo que acompanha-a desde seus primórdios. Ainda hoje estas violências ressoam sobre nossas vidas, independente de classe social. Quando algum caso provoca uma reflexão no que tange às desigualdades de gênero fica mais complicado o manejo interno das tensões que isso provoca na equipe.

“É mais difícil se distanciar do caso e falar como imparcial, especialmente para as mulheres, a gente acaba sentindo um certo desdém vindo da parte dos nossos colegas de trabalho que são homens. Enfim, é algo que eu entendo que não é passível de acontecer somente no CAPS, mas em qualquer lugar por causa do contexto (brasileiro) que a gente está.” (caderno de campo)

#### **4ª semana**

Na sexta-feira de minha terceira semana de campo, após minha saída do serviço, Gini agrediu verbal e fisicamente uma das enfermeiras do serviço. Após chegar ao serviço muito intoxicada e com a tala do braço quebrado fora de lugar, ela aciona a equipe para realizar novo enfaixe do braço. Ela chega ao serviço querendo que o assunto fosse resolvido na hora e sem paciência para esperar a reunião dos profissionais acabarem. Quando a reunião se encerra a profissional avalia o gesso e afirma que por falta de material não iria poder realizar o serviço requisitado. Indica a Gini ir ao Pronto Atendimento e, quando se vira para sair, é agredida pela usuária.

O evento desencadeou muitas inquietações no serviço, tanto entre *usuários* quanto profissionais. Alguns *usuários* homens que presenciaram a cena instigaram o ato de violência e ficaram fazendo chacotas. Outros profissionais que intervieram na ação - também homens - agarraram Gini por trás para separá-la e depois se colocaram entre a usuária e a profissional pedindo que Gini se retirasse do serviço.

Tive oportunidade de colher estes relatos em uma reunião extraordinária de profissionais na segunda-feira pela manhã para tratar do assunto. Após debates decidiu-se pela

suspensão do PTS de Gini até ela se retratar com a equipe. Essa retratação seria realizada a partir de duas etapas. A primeira pedia que Gini assinasse um termo afirmando que ela compreendia a gravidade de seus atos e que estava ciente de que, fosse esta situação repetida, o CAPS pediria que seus cuidados fossem realocados para outro serviço, tendo em vista a inviabilidade do cuidado. A segunda era um pedido de desculpas a enfermeira que fora agredida.

### **6ª Semana**

Durante esta semana a equipe buscou articular com Gini a assinatura do termo. Pedi para a gestora do serviço para estar presente na discussão. Gini, uma profissional de referência dela, a gestora e eu nos juntamos em uma sala reservada dentro do CAPS AD. Na ocasião, a gestora lê o documento para ela e pergunta se ela tem ciência do que estaria assinando. Ela diz que sim, mas pede para inserir uma cláusula dizendo que ela quer realizar uma internação em hospital psiquiátrico para “dar um tempo” e pede ajuda da equipe para articular. As profissionais que me acompanhavam foram pegadas de surpresa pelo pedido, mas decidiram acatar visto que era uma demanda da paciente.

É articulada a inserção de Gini em Hospital Psiquiátrico mais tarde nesta semana, contudo ela não consegue sustentar a internação e evade do hospital. Este evento faz com que o contrato firmado entre as partes seja quebrado, impedindo a continuidade de Gini no serviço.

Durante este período de suspensão, Gini passou alguns dias dormindo em frente ao CAPS AD. Ela pedia um acolhimento para poder cuidar de sua ferida na perna que estava suja e emitia um odor desagradável. Contudo, por se tratar de uma decisão coletiva, a equipe teve de esperar nova reunião para debater o caso, apesar de alguns profissionais de referência sentirem que a decisão de inserir a cláusula de internação fora um equívoco. Dois dias se passaram até nova reunião que decidiu redigir novo contrato sem a cláusula. Neste período em que Gini ficou do lado de fora do serviço tive oportunidade de conversar com ela.

“Tá bem Gini?”, eu pergunto. “Nada bem”, ela responde. Ela me diz que não conseguiu se sustentar a internação em hospital psiquiátrico por conta da fissura do cigarro. Me pergunta se pode entrar no serviço, como já vinha fazendo há algum tempo para os profissionais do serviço.

“João, pelo amor de deus, deixa eu tomar um banho por favor. Eu to fedendo. To aqui desde as 7 da manhã, faz dois dias que eu não tomo banho, não cago, não mijo, não como, não bebo água. Ninguém me ajuda mais aqui”

Não sei muito como responder. Sei que não posso ofertar nenhum cuidado a ela. Tento só escutar e levá-la a sério. Apesar disso, Gini não perde o seu jeito debochada. Do lado de fora, liga para o CAPS AD e quando perguntada “quem é” responde “é uma retardada de uma paciente que tá aí em frente desde as 7 da manhã” e desliga na cara do atendente morrendo de rir.

No meio de nossa conversa um T.O e um Técnico em enfermagem chegam e tentam conversar também. Gini expressa sua frustração para os dois profissionais

“Pelo amor de deus, eu preciso mendigar eu mendigo. Deixa eu tomar um banho pelo amor de Deus! Não tem jeito com vocês, se eu brigo com vocês eu to errada, se eu fico quieta ninguém me atende! Eu tenho que esfregar bosta na cara pra alguém cuidar de mim?”

O T.O. responde que infelizmente não pode oferecer cuidados por conta do ocorrido com a enfermeira na semana passada. Eles propõem uma ida ao pronto atendimento para cuidar da ferida do joelho. Podia-se sentir o cheiro através da máscara de proteção PFF2 que era obrigatória durante o período que estive no CAPS. Gini ri na cara dele. Mostra a ferida aberta e diz:

“Ir no P.A. (pronto atendimento) pra que? Sabe quanto tempo eu to com isso? Você acabou de chegar né? Faz 8 anos que eu tenho isso, vai resolver bosta nenhuma ir pro PA. Eu preciso é lavar isso! Me deixa entrar pelo amor de Deus.”

O T.O., apesar do visível constrangimento com a situação e vontade de ajudá-la, explica que não pode fazer isso, se não estaria indo contra uma decisão que foi tomada coletivamente em assembleia de trabalhadores. Ela não termina de ouvir o que ele tem para dizer e liga para sua mãe pelo celular e assim que a mesma atende, Gini passa o telefone ao T.O.

Consigo ouvir o T.O conversando com a mãe pelo telefone. Aparentemente a preocupação da mesma é que Gini encontra-se em situação de rua. A mãe pergunta sobre a possibilidade dela ir para um abrigo. Gini olha pra mim e para o técnico de enfermagem e diz que para o abrigo proposto ela não vai pois possui desavenças com os profissionais de lá, já foi muito mal tratada e “vocês sabem que eu não engulo escova de cabelo”. Ouço a mãe falando desesperada com o profissional e perguntando “O que que eu faço meu Deus?!” Gini ouve a fala da mãe e fala pra si mesma “Faz nada, nunca fez porra nenhuma por mim mesmo”.

Após esta conversa, que durou cerca de meia hora, Gini pede seus documentos que estavam no administrativo do CAPS e diz que vai embora. Volta uns 20 minutos depois, devolve os documentos e vai embora definitivamente, desta vez sem seus documentos. Após nova conversa em equipe, os profissionais de referência conseguiram fazer contato telefônico com Gini e pediram para ela retornar e assinar o novo documento. Esse encontro foi feito durante minha 7ª semana de campo.

## 8ª Semana

Nesta semana havia previsto a realização de uma entrevista com Gini. Tínhamos combinado de nos falarmos no período da tarde quando ela estaria de permanência no serviço. Antes do final da reunião de passagem entre turnos - que ocorre todo dia pela manhã, no horário do almoço e no final da tarde - sai para procurá-la do lado de fora do serviço e conversar. Encontrei ela e Jacinta sentadas no chão e escoradas no muro. Conversamos um pouco e Gini disse que queria muito fazer a entrevista: ela, Jacinta e eu. As duas estavam abraçadas e rindo, lembrando de histórias antigas e me dizendo que eram amigas de longa data. Bati um pouco de papo e entrei de volta no serviço para acompanhar o final da reunião de passagem. Informei uma psicóloga que estava no *acolhimento* do meu combinado com Gini.

Entretanto, quando sai de novo para chamar as duas *usuárias* para entrarem elas me informaram que não queriam mais entrar. Neste intervalo de no máximo 20 minutos que me ausentei elas mudaram de ideia, provavelmente para fazerem uso juntas do lado de fora do serviço, algo que não era tão fora do ordinário.

Disse pra elas que já que era assim, ficaria do lado de fora conversando com as duas. Nessa hora ainda tinha esperança de realizar a entrevista. Disseram que tudo bem a companhia e me pediram 3 reais emprestados. Quando perguntei para que era o valor elas se entreolharam e deram risadas. “Ta bom, ta bom, vocês fingem que não pediram e eu finjo que não ouvi isso” eu disse rindo também.

Me pediram para não contar pra equipe que me haviam pedido dinheiro e que estavam fazendo uso. Reiterei que minha obrigação era ética e tinha duas vias: eu não poderia dar o dinheiro, mas também não poderia contar do pedido para a equipe de profissionais.

Nesse momento a psicóloga que estava no acolhimento saiu pelo portão do serviço e decidi sentar-se conosco do lado de fora. Eu e ela tentamos tensionar a entrada das duas *usuárias* para o serviço. O papo fluía, apesar da recusa delas de entrarem. Gini, então, começa a nos contar da sua infância, relata relatos de violência física. “Já apanhou com tira de boi? Eu apanhava muito!”.

Terminada esta história, disse que estava “cada vez mais difícil”, referindo-se a sua vida. Ia e voltava nesse movimento, de lembrar de histórias com teor muito agressivo, mas contadas com tom jocoso, e dizer o quando estava difícil viver neste momento. “Ja contei pra vocês da vez que eu fiquei em coma alcoólico? fiquei três dias no hospital” e completa, “A... mas eu já morri tantas vezes também, né?” A psicóloga insistia no tensionamento. “Gini, você não acha que tá precisando de um cuidado?”

“Como que cuida de uma pessoa igual eu?” Ela retrucava.

Gini falava tudo sempre soltando trêmulos suspiros ao final de suas falas. Soltava o ar pelos lábios, que vibravam. Dobrava o lábio inferior para dentro da boca e o mordida, fazendo com que a pele do queixo ficasse tensionada. Tinha o pescoço visivelmente tenso.

Disse pra ela “Gini, parece que você tá com um nó na garganta meu. Até eu to vendo. Você tem que soltar isso aí, senão você vai morrer sufocada. Tem que falar com alguém, não precisa ser comigo, nem com Carla (psicóloga), mas é assim que cuida de qualquer pessoa, inclusive você”.

Ela olha pra mim e para a psicóloga, com os olhos marejados e diz:

“Eu vou matar vocês dois com chumbinho. Vou por chumbinho na comida de vocês dois”.

Essa conversa é representativa de Gini como um todo. Ela quer se cuidar, ela busca cuidado, mas falar das violências que sofre e que sofreu é, de alguma forma, revivê-las. Permeada por violências de toda ordem - simbólicas, sociais, físicas e psicológicas - Gini carrega-as como feridas simbólicas abertas e permanentes, assim como a ferida concreta que ostenta na parte posterior da perna. A gramática social da violência que marca sua trajetória torna-se sua própria linguagem nos momentos em que estes traumas emergem em contextos de cuidado.

Gini decidiu não entrar, eu acabei deixando a entrevista de lado.

Por volta de 3 horas depois de nossa conversa ouvimos uma agitação do lado de fora do serviço. Gritos, batidas no portão e o chamado de socorro de Gini pro lado de dentro “Tão tacando pedra em mim! Socorro!” Um dos funcionários abre a porta, Gini cai de costas, estatelada no chão, pro lado de dentro do portão. Fechamos o portão e algumas pedras ainda são atiradas por cima do muro tentando atingi-la. Ela foi agredida por três outros *usuários*, dentre os quais o ex-companheiro, Marcélio que havia quebrado seu braço, a amiga que estava com ela trocando histórias do lado de fora do portão no início do dia, e uma terceira usuária.

Gini decidiu nesse dia fazer um B.O. contra Marcélio, que fora indicado como o incitador da ação. Ele foi levado à delegacia e Gini foi acompanhada pela gestora do serviço. Uma semana depois, Marcélio foi liberado da custódia, o motivo não sei ao certo. Quando deixei o CAPS, por conta do agravamento do contexto da pandemia, Gini e Marcélio estavam juntos de novo.

## Maternidade e abuso de substâncias

A maternidade se configurou, ao longo dos séculos XVIII e XIX como um dispositivo que produz uma naturalização do cuidar a partir da junção entre as funções biológicas do corpo feminino com a função social do cuidado, seja da família, dos filhos ou do espaço doméstico. Zanello utiliza-se do termo “dispositivo materno” (p.143, 2018) para caracterizar esse processo de transformação da diferença em desigualdade a partir do momento em que se despeja essa responsabilidade do trabalho de cuidar sobre os corpos femininos.

A figura idealizada da mãe, como aquela que dá conta, que cuida, que articula arranjos emocionais e materiais no interior do espaço doméstico (HOCHSCHILD, 2012; ZANELLO, 2018; BADINTER, 1985; CARVALHO *et al*, 2008; HIRATA; KERGOAT, 2007) ganha força a partir de construções culturais e operam como dispositivo também no interior da medicina social e do Estado (FOUCAULT; COSTA, 2004). Ao longo deste processo, o cuidar torna-se uma categoria gendrada e essencialmente feminina.

O estereótipo e tipo social da mãe ideal e a ideia moderna de maternagem muitas vezes entrava em colisão com o abuso de SPAs das mulheres que acionavam o CAPS ADAO. A divergência dessas normativas social e culturalmente constituídas pode ser vista como anormal, e muitas vezes a impossibilidade - ou recusa - de exercer este papel social é um ato pelo qual as mulheres são responsabilizadas individualmente apesar de diversos agravantes sócio-econômicos e relacionais atravessarem essa decisão.

O problema desta leitura, no que tange a saúde pública e atenção à estas mulheres, é que, ao serem individualmente responsabilizadas pelo não acato a estes constructos sociais as situações de vulnerabilidade às quais elas estão sujeitas são entendidas como escolhas individuais e não problemas coletivos ou questões de saúde pública. O abuso de SPAs em concomitância com o exercício da maternidade implica maiores vulnerabilidades e uma desassistência para estas mulheres. De acordo com Oliveira (2015) em seu estudo sobre vivências de mães que fazem uso de SPAs,

a maternidade e o consumo de drogas em conjunto acarretam agravos sociais e de saúde para as mulheres. A concomitância desses elementos de vulnerabilidade amplia as chances da mulher se expor a vários riscos e/ou agravos, os quais afetam sua vida. (p. 67)

Uma das mães que acompanhei durante minha primeira imersão no serviço foi Gisela, 37 anos, preta, de cabelos longos e levemente cacheados que se penduram em um corpo magro: 47kg, muito distantes dos 56kg ideais de acordo com ela. Sua droga de preferência é a cocaína. “Eu gosto é de cheirar farinha! Muita droga, mas muita droga mesmo!”. Gisela é mãe de uma

jovem adolescente de 15 anos que mora com uma irmã e de um menino de 8 anos que frequentemente a acompanhava as visitas no CAPS ADAO. Gisela acionou o serviço 5 vezes durante o período que estive acompanhando a equipe, em todas por conta de violência doméstica por parte de seu marido.

Se tratava de um caso delicado e que dividia a equipe. Em tempos de pandemia, a presença do menino no serviço por vezes era vista como preocupação epidemiológica, mas também temia-se pelo envolvimento dele com outros usuários e sua presença lá podia ser mal vista por alguns profissionais por não ser “um ambiente saudável para o filho dela”. Outra parte da equipe entendia que era importante que ela pudesse ser atendida e acolhida para cuidado mesmo com o filho, tendo em vista que não havia com quem deixar a criança e deixá-la com o pai agressor também poderia ser problemático.

Os processos transferenciais discutidos na introdução deste capítulo nos ajudam bem a entender as dificuldades de produção de cuidado em casos como o de Gisela. A evidência de sua maternidade expressa através da presença de seu filho no serviço evocava múltiplas sensações entre os profissionais, seja de empatia ou de repulsa, e que permeavam as decisões da equipe no que tange o cuidado da usuária, algo que estava presente também através da rede de saúde e assistência.

Em ocasião de uma visita de *matriciamento* no CS ao qual Gisela é vinculada, o caso foi discutido em conjunto com duas psicólogas do CS que receberam 3 profissionais do CAPS ADAO e a mim. Nesta visita de *matriciamento* a equipe buscava uma estratégia de cuidado conjunto, visto as dificuldades do caso e a impossibilidade dos profissionais estarem mais próximos devido à distância geográfica entre a casa da usuária e o CAPS ADAO. Quando essa proposta foi feita às psicólogas que nos receberam elas disseram não poder ajudar com a partilha deste cuidado, contudo, a justificativa não foi a falta de recursos, mas sim o fato de que, na avaliação delas, o caso de Gisela não era questão de saúde pública, mas sim da assistência social. “Mas ela [Gisela] ainda está com o marido dela? O conselho tutelar já foi acionado para tirar essa criança da família? Pessoal, peço desculpas, mas na minha avaliação não há nada que a gente possa fazer se ela continua teimando no erro”, afirmou uma das profissionais do CS.

Essa última fala sugere que Gisela seria perpetuadora da própria situação de violência a qual ela está sujeita. Ademais, repete-se a noção de que o uso de SPAs, associado às violências sofridas por Gisela seriam um risco para o bem-estar de seu filho e um impeditivo para que ela pudesse exercer plenamente suas funções maternas. Essa concepção reforça a condenação social destas mulheres por conta de seu uso e conseqüentemente as tornam mais

vulneráveis e desassistidas. Foi frequente durante os meses que estive no CAPS ADAO o drama das mães de perderem a guarda de seus filhos, ou, para aquelas cuja a maternidade já havia sido negada, as dificuldades de manutenção de algum tipo de vínculo ou o sofrimento decorrente da quebra da relação com seus filhos.

Na última semana de minha primeira imersão no CAPS ADAO acompanhei uma busca ativa de uma usuária - Cristiana - junto com um enfermeiro e um técnico em enfermagem. O companheiro dela havia acionado o serviço pedindo que alguém fosse buscá-la para internação em leito relatando que ela havia aumentado muito o uso de SPAs depois que a irmã desta usuária decidiu tomar a criança dela por julgar que ela não estava em condições de cuidar do bebê de apenas 8 meses.

Assistência social, rede de saúde pública e familiares constantemente questionam a possibilidade destas mulheres exercerem a maternidade. “Inserida em uma trama de códigos morais que se configuram como verdades absolutas, a maternidade quando vivenciada por mulheres que usam drogas é considerada fundamentalmente inaceitável.” (OLIVEIRA, p. 73, 2015). Esse rompimento do exercício da maternidade, por vezes profundamente violento e abrupto, é muitas vezes causa de grave sofrimento psíquico e gatilho para aumento do abuso de SPAs (MALHEIRO, 2019; OLIVEIRA, 2015; BENOIT, et al, 2014).

Desdobramentos no caso de Cristiana apareceram em uma entrevista realizada com uma técnica de enfermagem do CAPS ADAO, que também é mãe. Penso que a fala dela sintetiza bem algumas das dificuldades discutidas até agora na produção de cuidado de mulheres e mães usuárias de SPAs. Além disso, penso encontrar neste testemunho, assim como na ação desta técnica de enfermagem que constantemente se posiciona junto do cuidado das mães usuárias do CAPS ADAO, um caso de processo transferencial positivo, no qual ela busca na sua própria experiência de maternidade forças para levar a cabo o cuidado destas usuárias.

“Quando entrei no CAPS eu era referência dos bairros Ipaussurama e Satélite. É um território que é bastante demandado, mas tinha menas questões... era mais com homens, é mais fácil tratar com homens.” “É mais fácil tratar de homens?” “É”, “Por que?” “Porque a sociedade é muito machista. Então, quando um homem agrediu uma mulher, é mais fácil tratar de um homem do que de uma mulher, porque a mulher nunca é tão bem vista aqui. E esse território que eu to eu trato mais de mulheres, mulheres que são mães, mulheres que estão com os filhos abrigados, mulheres que estão em vulnerabilidade, mulheres que estão em um uso mais intenso, e isso é mais difícil. Sabe? A gente tenta quebrar esse tabu com a sociedade, mas é muito difícil. Porque você percebe que a pessoa cuida sem você querer cuidar, porque fica julgando lá dentro e a gente tem que toda hora ficar reafirmando o lugar de direito dela, especialmente na relação com outros serviços da rede. Então isso é mais desafiador. É mais difícil articular o cuidado pra essa pessoa. O sistema, digamos assim... uma usuária de substância não tem direito de ser mãe. Eles acham que não. E eu tenho que provar pra eles que elas têm direito!” “Eles quem?” “A (rede de) assistência (social). é uma dificuldade muito grande. Eu to com uma usuária que o filho dela ta com a prima dela, e pra ela criar essa criança de volta ela tem conseguido ficar bem, tem ido

nos atendimentos e aí por que ela é usuária de substância, ta meio que sofrendo violência doméstica ela não consegue ser mãe. Ai que que eu vou fazer com isso? Eu vou tirar o direito dela? Eu vou lutar com ela!”.

### **Mulher usuária de crack e cuidado no CAPS ADAO**

As narrativas que apresentei ajudam a compreender tanto o ritmo frenético de um cotidiano marcado por violências, como podem ajudar a iluminar questões estruturais que se apresentam nas políticas de cuidado direcionadas a pessoas que cometem abuso de substâncias, especialmente quando falamos de corpos femininos.

Como Luana Malheiros (2019) aponta, o estigma associado ao uso de crack e outras substâncias recai com maior peso sobre corpos femininos. Os traços que marcam o corpo abjeto (RUI, 2012; 2014) do usuário de crack, quando associado ao corpo feminino tornam os comportamentos desviantes (BECKER, 1966) passíveis de maiores violências, providas tanto do Estado quanto nas relações sociais cotidianas. Os comportamentos desviantes, descritos por Becker em seu estudo com usuários de maconha nos Estados- Unidos, se referem a um desvio que tem como ponto de referência normas sociais estabelecidas. Em um contexto com forte herança e presença do patriarcalismo como o brasileiro a constituição dos papéis sociais femininos conjuga estes corpos dentro de espaços privados, notadamente o lar. Quando ocorre o desvio destas normas sociais a coerção sobre estes corpos torna-se enfática.

Se todos os usuários abusivos de drogas já são colocados à margem da sociedade, no caso das mulheres, o isolamento é mais amplo, pois é permanentemente reforçada por um registro social que estigmatiza a dependência química feminina. Historicamente, as mulheres sempre foram mais criticadas do que os homens por usarem álcool ou outras drogas, sendo acusadas por não cumprirem as funções femininas ou de se tornarem sexualmente promíscuas quando intoxicadas. A consequência dessas representações é um movimento de rejeição e exclusão social mais marcante em relação à mulher. (MEDEIROS, et. al. pp.525. 2015)

Assim, a violência contra estas mulheres se dá em parte por conta de seu uso de substâncias. Gini muitas vezes adentrou relações amorosas onde seu uso acarretava maior vulnerabilidade para ela. Uma de suas poucas *redes*<sup>48</sup>, que foi rompida pouco antes de minha

---

<sup>48</sup> Rede é como é denominado a pessoa ou grupo de pessoas que um *usuário* do CAPS AD, onde conheci Gini, pode contar para ajudar em situações de difícil manejo. Alguém que possa oferecer abrigo, comida, ou que se preocupe com o *usuário*. Redes familiares tornam-se particularmente importantes no processo de cuidado de usuários de drogas.

entrada em campo, era um homem mais velho que Gini que cedia um quarto a ela, assim como substâncias, em troca de relações sexuais.

Contudo, e é importante ressaltar, episódios de violência como estupros, ou a violação do processo de maternidade de mulheres usuárias de crack a partir da perda da guarda de seus filhos, são desencadeadores de episódios de uso mais intenso. Esse ciclo de violências repetidas que levam a situações de risco e produção de maior vulnerabilidade se retro-alimentam em casos como o de Gini. Malheiros destaca em suas entrevistas este processo cíclico, assim como chama atenção de que o uso de crack é tido como ferramenta de proteção ou um modo de lidar com o intenso sofrimento psíquico desencadeado nestas situações de violência, algo que podemos verificar no relato de Esmeralda.

O crack foi apontado em quase todas as entrevistas como um meio, um veículo, para esquecer experiências traumáticas de múltiplos episódios de violências. [...] os episódios de violência foram trazidos como um disparador para o uso mais abusivo de crack como forma de lidar com sentimentos de revolta e humilhação [...] Percebi um senso comum de que o recurso ao uso abusivo de crack é uma possibilidade concreta para lidar com situações de intenso sofrimento psíquico. (MALHEIRO, 2019)

Neste sentido é importante ressaltar que a categoria de usuário de droga não deve ser entendida como estatuto ontológico inerente, mas sim dinâmicas sociais e técnicas de saberes que produzem o sujeito como tal. Mais uma vez me alinho ao trabalho de Malheiro para reiterar que é importante diferenciar a categoria social, produzida através de normas e movimentos epistemológicos, do encerramento do sujeito que faz uso de substâncias dentro desta prática.

Conforme Campbell e Shaw (2008) ao se referenciar nos autores clássicos da Escola de Chicago e precursores da chamada etnografia das drogas Becker e Lindesmith relatam que embora tenham escrito sobre pessoas classificadas como usuárias de maconha ou adeptas de opiáceos, eles não confundiram a adesão em uma categoria social a um estado ontológico. Para eles se tornar um usuário de droga, era um processo governado por um conjunto de atividades, normas e movimentos epistemológicos. É este o sentido que utilizo neste trabalho. (MALHEIRO, 2019)

A perspectiva etnográfica que apresento, contudo, mostra outra dobra deste processo. Através da minha inserção via instrumento de saúde e o acompanhamento da equipe multidisciplinar que atua no CAPS AD, podemos perceber como as violências de gênero ressoam dentro da própria dinâmica de cuidado por conta da violência patriarcal, sistêmica e extensiva, que possui agência ostensiva no tecido social brasileiro. Como foi apontado pela terapeuta ocupacional com quem fiz a visita, casos onde a violência de gênero é um fator importante reverberam mais dentro da equipe do que outros. Este tipo de violência provoca afetos múltiplos independente do lugar ao qual se exprime. Essa cultura que penaliza as vítimas

já fora bem documentada no caso brasileiro. Em estudo sobre a violência contra a mulher Eva Blay (2001) demonstra como a violência contra a mulher é parte constitutiva do imaginário brasileiro assim como conseguiu se institucionalizar através dos processos jurídicos e legais que agem sobre processos culturais mais amplos, algo que é corroborado no trabalho de Zanello (2018).

Os programas televisivos, que dramatizam os crimes passionais, estupros seguidos de morte, incesto, trazem uma dupla mensagem: de um lado acusam o criminoso mas, ao mesmo tempo, romantizam esse tipo de crime. Esses veículos tendem a reproduzir a antiga versão de que “a vítima é responsável por sua morte” e, muitas vezes, ao reiterar imagens e reconstituições dos supostos fatos exaltam os crimes. (BLAY. pp. 93, 2003)

Blay já chamava atenção em seu artigo para a necessidade de produção de políticas públicas em defesa das mulheres, e, apesar dos avanços significativos na produção destas políticas públicas, Malheiros aponta para como mulheres que fazem uso de crack tornam-se duplamente estigmatizadas. Muitas políticas públicas de proteção à mulher não oferecem condições de sustentação às usuárias de crack, e no caso específico da maternidade essa violência se torna particularmente aguda. Não são raros os relatos de mães que são separadas de seus bebês por agentes do Estado em decorrência do uso de drogas das mesmas (MALHEIROS, 2019). Gini perdeu a guarda de seus três primeiros filhos sob este mesmo pretexto.

A história de Gini, marcada por violências de múltiplas ordens - institucional, física, psicológica e de gênero - nos ajuda a compreender as dificuldades mais amplas a serem enfrentadas nos processos de saúde e cuidado oferecidos a mulheres usuárias de crack no âmbito das políticas públicas. Atravessado pelo imaginário patriarcal assim como pela guerra às drogas, o uso de crack associado a corpos femininos constitui um cotidiano de violências cíclicas e permanentes. O gênero, associado ao contexto de uso, marca uma gramática que autoriza violências (DAS, 2007) das quais poucas ferramentas e dispositivos existem para seu enfrentamento.

O Estado de controle, violências e exceção que se dirige a gestão dos corpos à margem (DAS e POOLE, 2004) se faz em suas negativas que além de gestar, deixa morrer esta população. Não obstante é fundamental saber reconhecer o poder em suas múltiplas expressões, tanto negativas como positivas. A existência do CAPS AD permite nesse sentido que Gini possa ter oportunidades constantes de ressignificar simbolicamente os traumas psíquicos que se instauraram a partir das violências que ela sofreu ao longo de sua vida. Não fosse este espaço,

muito provavelmente Gini não teria oportunidade de significar estes eventos e pensar em estratégias de sobrevivência neste cotidiano.

Pensando com o trabalho de Malheiros novamente, “o que mais me inquietou foram as formas de reinvenção da própria vida a partir de inúmeras violências decorrentes da condição de ser mulher na rua.” (MALHEIROS, 2019). Assim, é importante destacar que tanto o crack, quanto o serviço que oferece cuidados a pessoas que realizam abuso do mesmo, são importantes mecanismos de proteção acionados por Gini em seu cotidiano.

Esmeralda disse em certo momento de sua entrevista que sentiu, durante muito tempo, vergonha de sua condição e das violências que se passaram com ela, sentia vergonha de dizer que havia sido abusada, especialmente pelo pai. Não obstante, a equipe do CAPS ADAO teve papel fundamental na tomada de controle de Esmeralda sobre sua trajetória e sua narrativa. Como destaquei durante o trecho deste capítulo em que narro a história de Esmeralda fiquei surpreso com a facilidade com a qual ela me narrou sua história, apenas após alguns dias de contato entre nós. Cheguei a interpelar ela sobre isso na ocasião, ao que ela me respondeu que passou a conseguir narrar sua história após revelar para sua filha primogênita, já falecida, dos estupros que sofreu nas mãos do pai, algo que só foi possível com suporte e construção conjunta entre Esmeralda e seus profissionais de referência.

*Esmeralda, eu acabei de te conhecer, e você tá me contando essa história super forte que você disse ter vergonha no passado... que aconteceu pra você conseguir estar me contando essa história hoje?*

Porque o CAPS me ajudou muito, as minhas referências... entendeu. Pra minha filha que morreu descobrir... ela era apaixonada pelo avô dela, e o vô dela já tava morto, então a minha filha que morreu, ela tinha vergonha de mim, ela me chamava de noia, ela não entendia por que eu não estava em casa cuidando delas, cuidando dos meus netos, ajudando meus filhos. Porque eu preferia cuidar de vagabundo, até de sanguinário, e não estar lá em casa cuidando deles que eu amava tanto. Então um dia, depois de várias reuniões, várias terapias, várias consultas psiquiátricas, você entendeu? Eu consegui ter coragem de falar ‘filha, me perdoe, você não consegue entender por que eu prefiro a droga do que você. Eu não prefiro a droga do que você. Eu prefiro esquecer porque você hoje é viva, Eu prefiro esquecer pq eu tenho tantos problemas ginecológicos, eu prefiro esquecer porque eu tenho um cancer na minha alma, porque o seu avô me fez adulta com 8 anos.’ Então foi a primeira vez que eu contei minha verdade, o meu passado maldito. Mas foi através deles (CAPS) - chorei muito - fui contando por etapas, devagarzinho. Hoje eu não tenho mais vergonha de contar a minha história. Pra mim tá sendo uma bandeira de vitória eu ter me libertado disso. Pq antes de eu ter essa coragem eu tentava me matar se drogando: eu ja me joguei embaixo de um carro, eu ja tomei vários remédio, ce entendeu? Eu já enfrentei lutador, lutadora, 2m de altura, só pra eles dar uma certeza em mim, eu cair e não levantar mais, na intenção de morrer. E só fui parar no hospital. Só checar a marca do machucado. Ai um dia eu cansei e pedi ajuda, eu falei “ó, eu quero morrer e não consigo, minha situação é essa, e é o seguinte, eu preciso de ajuda e eu preciso tirar essa dor do meu coração”.

O cuidado dessas mulheres é inerentemente complicado, mas mesmo assim a equipe não as abandona. O cuidado continua existindo, mesmo que imperfeito e vagaroso. Esse é um

dos fatos dos quais a política pública mais merece mérito. O caso de Gisela é interessante para pensar a centralidade que o CAPS ADAO possui na vida destas usuárias no que tange a criação de uma rede de cuidado que previne que estas mulheres acabem em situações mais graves de vulnerabilidade.

Podemos verificar aqui como o processo de repetido retorno ao CAPS ADAO é fundamental para a elaboração de processos de violência<sup>49</sup>. Não raras vezes a política pública que possibilita a existência dos CAPS AD e a metodologia do espaço são colocados em xeque por conta da percepção de que não é possível avaliar o funcionamento do serviço concretamente, o que seria diferente no caso de enfoque no processo de tornar-se abstinente. Aqueles que atacam a política pública, como foi o caso do documento produzido pela ABP no final de 2020, argumentam que a metodologia de redução de danos, em contrapartida com a abstinência, não produz resultados satisfatórios e não pode ser quantificada.

Um problema no planejamento das políticas públicas voltadas para a Saúde Mental é que a qualidade e a resolutividade dos serviços não são avaliadas: o que é feito, onde, para quem, por que, como, a que custo e com quais resultados. Ou seja, instrumentos e programas de avaliação devem ser implementados sob o risco de perpetuar serviços ineficazes. (Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil, 2020. pp. 6 ABP)

Além de uma informação inverossímil, visto que há na bibliografia científica tentativas de se avaliar a qualidade dos serviços - e que atentam para a importância destes instrumentos de saúde (CAMPOS, 2011) -, sinto que a existência do espaço consegue produzir oportunidades terapêuticas de questões psíquicas crônicas, assim como a revisitação sobre o uso intensivo de SPAs por parte dos usuários. Se pensarmos no caso de Gisela podemos imaginar como, por conta de uma situação de alto risco que combina violência doméstica, situação de pobreza, e o estigma do uso de drogas, ela não teria oportunidade de se *reorganizar* e tentar, através da ida ao CAPS ADAO, reelaborar e ressignificar uma situação recorrente de violência à qual ela está sujeita.

Durante as duas semanas nas quais ela esteve em 5 ocasiões diferentes no serviço a queixa era sempre a mesma e ela sempre se encontrava em situação de rua antes de acessar o serviço. O ciclo era: agressão por parte do companheiro seguida de expulsão do local de

---

<sup>49</sup> A noção psicanalítica de *compulsão à repetição* ajuda a compreender a importância de serviços como o CAPS AD na criação de possibilidades de cuidado e de uma quebra dos circuitos de violência em que Gisela, e muitas destas mulheres, se encontram emaranhadas. Este conceito trata do processo que ocorre quando a pessoa não simboliza alguma coisa, ou não tem ela simbolizada, e, nesse caso, é fundamental que ela repita sua narrativa indefinidamente para que consiga simbolizar determinado evento ou marco psíquico em sua vida. Sobre o conceito de compulsão à repetição Cf. Zimmerman, 2013

moradia, uso intensivo de cocaína durante o período seguinte a expulsão, produção de intenso sofrimento psíquico, busca por ajuda no acolhimento do CAPS ADAO. Eventualmente no serviço era inserida no leito quando havia vagas, ou passava o dia. Diminuía o uso, tomava um banho, tentava acionar alguma rede e pedia alta por conta após uma reconciliação com o companheiro agressor. Minha avaliação é que, não fosse o espaço do CAPS ADAO a usuária em questão não teria oportunidades de repetir o processo na busca por uma narrativa que possibilitasse a ela simbolizar questões subjacentes ao uso abusivo de cocaína.

Apesar de tanto a reincidência no uso, quanto a repetitividade das agressões, o CAPS possibilita a ela tentar de novo, lhe dá uma segunda, terceira, quarta, quinta chances de tentar simbolizar o processo de sofrimento que ela repete compulsivamente. Não posso especular sobre como seria o processo de Gisela caso o serviço fosse inexistente, contudo é evidente a importância do CAPS no processo terapêutico dela. Ademais, apesar das situações serem similares, algo sempre muda. É importante reconhecer que, mesmo que sejam ínfimas, mudanças ocorrem e isto é indicativo de uma dinâmica, um processo, um movimento, em oposição a uma repetição em círculos, estática e na qual o sujeito se encerra.

Por fim, gostaria de retomar a epígrafe deste capítulo, assim como a narrativa do filme Kiriku e a Feiticeira que mobilizei no início de minha argumentação, para pensar os lugares que Gini ocupa como vítima de violências e pessoa violenta. Um dos principais afetos provocados por Gini entre profissionais que tinham contato com ela era o medo. Mas isto era fruto de uma forma de reação, ou um mecanismo de sobrevivência adquirido em um meio onde a gramática social é violenta. Sustentar este tipo de violência como medida terapêutica se faz fundamental, assim como reconhecer que se Gini é assustadora, que esta característica não é inerte, mas algo que foi imposto a ela por conta de ser mulher usuária de crack.

### **Cuidado em Devir: Considerações finais**

*Se é de batalhas que se vive a vida,*

*Tente outra vez*

(Raul Seixas, Tente outra vez)

Houve algum momento durante a realização da pesquisa que pensei em me apropriar da fala de uma técnica de enfermagem para descrever o cuidado às pessoas que cometem abuso de SPAs e a clínica álcool e drogas. Nas palavras dela “eu chamo (a clínica AD) de clínica da frustração”. Durante algum momento esta me pareceu uma construção razoável do problema e também fidedigna. Vimos no capítulo 1 como ao longo de 20 anos (2003 em diante) a RAPS

foi sendo construída pouco a pouco, o paradigma manicomial foi perdendo força e o cuidado psicossocial se efetivou como uma alternativa de cuidado não só para pessoas com sofrimento mental grave como também para as pessoas que sofrem pela relação abusiva que têm com a coisa droga. Mas também vimos como essa grande rede de cuidado vem sofrendo ataques e é ameaçada constantemente, tanto em seu financiamento quanto nas bases de suas raízes epistemológicas e teóricas.

Também vimos no capítulo 2 como o momento da pandemia foi crítico na medida em que ameaçou gravemente a continuidade do cuidado destas pessoas e que os recursos disponíveis que já estavam fragilizados pela EC 95<sup>50</sup> foram direcionados para o combate a pandemia, deixando os profissionais sobrecarregados e os *usuários* em maior situação de vulnerabilidade. Nos momentos em que compartilhei o medo da pandemia com os profissionais, especialmente nas 8 primeiras semanas de campo (janeiro e março) quando a imunização completa ainda não era uma realidade, o sentimento de frustração era frequente.

Por fim, no capítulo 3 percebemos mesmo as frustrações sentidas pelas usuárias mulheres, algo marcado especialmente na fala de Gini, “como cuida de uma pessoa igual eu?”.

Não obstante, estas passagens de frustrações não são perenes no cotidiano. Houve, durante todas estas dificuldades, busca coletiva por parte da equipe, da gestão e dos *usuários* a criação de alternativas para efetivação do cuidado. Mesmo não sendo a resolução tida como ideal, o cuidado continuava, seja através de atendimentos individuais, seja na tentativa de efetivar as parcerias com os CSs através do *matricamento*.

Cuidar sob uma metodologia da saúde que não prevê cura ou alta de seus pacientes é, inerentemente, um processo longo e vagaroso que busca habilitar os sujeitos de autonomia para construção de soluções que condizem com sua singularidade. Não se trata de tornar-se abastémio tendo como o custo a suspensão das relações dos *usuários*, mas sim - retomando Fanon - “de pôr em movimento uma terapia dentro do quadro na vida social” (FANON, 2020, p.63). Isso implica buscar soluções singularizadas a partir da construção do PTS que leve em consideração as relações e possibilidades materiais de cada usuário de sustentar seu projeto de cuidado, reatar relações e construir ser agente ativo da sua própria reinserção psicossocial.

Como vimos no relato de Esmeralda a equipe do CAPS ADAO teve função central na reconstrução de sua relação com a própria filha e a habilitou a tomar posse da própria narrativa, permitindo-a enunciá-la e compreender como esta afetou sua trajetória de vida. Também no relato do capítulo 2 no caso de C.C. vemos que a equipe buscou diversas alternativas de

---

<sup>50</sup> Confira a elaboração no capítulo 2.

cuidado, assim como utilizou-se de seus recursos pessoais - carro do enfermeiro - na tentativa de acordar algo com a usuária.

Cuidar, nesse sentido, não é algo da ordem da frustração, mas uma ação da ordem do devir. É um verbo que encontra-se em permanente constituição, transformação e se realiza a partir de sucessivos arranjos provisórios. Faz-se o que é possível com os recursos que se têm. Não poucas vezes faz-se bem mais que o possível. A metodologia psicossocial, portanto, se mostra como uma ética de cuidado sempre em construção, algo que vimos tanto no processo dos *usuários*, quanto dos profissionais e que também está espelhada na construção da política pública.

A RAPS, e especialmente os CAPS AD, não são construções permanentes e seu próprio devir depende de sua permanente territorialização, horizontalização e acessibilidade. Não como agentes da cura atuam os profissionais, mas sim como facilitadores e provedores de ferramentas para a autoconstrução dos usuários de sua própria autonomia.

A partir do CAPS ADAO os dilemas do cuidado tornam-se expressos pelos percalços da efetivação de redes e das parcerias dentro do sistema público de saúde e assistência social, pelo enfrentamento do estigma associado ao uso de SPAs, pelas dificuldades dos não acessos, a falta de recursos tanto na escala institucional quanto na pessoal que dificulta a reinserção psicossocial. Em alguma medida, torna-se expresso que tanto as soluções quanto as dificuldades da efetivação do cuidado são relacionais.

Se levarmos a sério as dificuldades de cuidar, olhar para o processo de criação de afetos e resistências, soluções e possibilidades no processo de cuidar pode nos ajudar a compreender melhor as contradições neste processo percebido a partir de diversas perspectivas - institucionais, profissionais e subjetivas - que constituem as práticas e redes de cuidado.

Engajar-se no cotidiano e nas rotinas do cuidado a pessoas que cometem abuso de SPAs é perceber o vagaroso processo de um projeto de reinserção psicossocial permanentemente permeado por incertezas. Cuidar de pessoas que cometem abuso de SPAs implica um processo de torná-las visíveis, mobilizar pessoas e desenvolver tecnologias comunicativas, efetivar lutas políticas que façam destes corpos e suas demandas dignas de demandarem um bem-viver.

Parte da busca pela efetivação deste horizonte normativo passa pela troca de alteridades, pela troca relacional, por abraçar as singularidades dos *usuários* e as idiosincrasias dos territórios. Passa pela problematização permanente dos pontos nos quais atamos nossas relações e pela tomada de responsividade dessas relações. Trata-se de um processo que nunca se encerra, está sempre “parcialmente acabado” (EMERICH; CAMPOS. pp. 4, 2019)

A epígrafe final desta obra, que provém da música de Raul Seixas ecoava a todo tempo no CAPS ADAO, era uma das músicas favoritas de um *usuário* que esporadicamente pagava visitas. A construção do cuidado e das políticas de cuidado passa por esse mantra que seu Devanir sempre cantava e que frequentemente era acompanhado por profissionais, outros *usuários* e eu: tentar, escolher batalhas, frustrar-se e tentar outra vez.

## Bibliografia

ABERS, Rebecca (2019). Bureaucratic Activism: Pursuing Environmentalism Inside the Brazilian State. *Latin American Politics and Society*, 61:2, University of Miami. DOI 10.1017/lap.2018.75

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Editora Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. In: **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 1985. p. 370-370.

BARDY, João; RUI, Taniele. O processo de constituição do CAPS AD: Continuidades e descontinuidades no trato institucional do paciente psiquiátrico e do usuário de drogas. **Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP**, n. 27, p. 1-1, 2019.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício & O cemitério dos vivos**. Editora Companhia das Letras, 2017.

BECKER, H. *Outsiders studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press. 1966.

BENOIT, Cecilia et al. Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances. **Sociology of Health & Illness**, v. 36, n. 2, p. 252-263, 2014.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**, v. 17, p. 87-98, 2003.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL, Casa Civil. Decreto nº 4345, de 26 de Agosto de 2002, *Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências*. Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm)>. Acessado em: 13 de julho de 2021.

BRASIL, Casa Civil. Decreto nº 7179 DE 20 DE MAIO DE 2010.

Vide Decreto *Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor*,

*e dá outras providências.* Brasília, DF. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/decreto/decreto\\_7179.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7179.pdf)> . Acessado em: 23/09/2021

BRASIL, Casa Civil. EMENDA CONSTITUCIONAL 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.* Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acessado em: 12 de Junho de 2019.

BRASIL, Casa Civil. LEI Nº 6.368, DE 21 DE OUTUBRO DE 1976, *Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.* Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm)> Acessado em: 21 de Janeiro de 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 *Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.* Brasília, DF. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)> Acessado em: 25 de maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Brasília: MS, 2001.

CAMPINAS. LEI Nº 6215, DE 09 DE MAIO DE 1990. *Autoriza o Poder Executivo a celebrar convênio com o Sanatório "DR. Cândido Ferreira", visando o funcionamento e gerencialmente comum de suas atividades,* Campinas, SP. Disponível em <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/622/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990-autoriza-o-poder-executivo-a-celebrar-convenio-com-o-sanatorio-dr-candido-ferreira-visando-o-funcionamento-e-gerencialmente-comum-de-suas-atividades>>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4643-4652, 2011.

CARCERÁRIA, PASTORAL. Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo. **São Paulo: Pastoral Carcerária**, 2018.

CARVALHO, Heraclito Barbosa de; SEIBEL, Sergio Dario. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, v. 64, p. 857-866, 2009.

CHAGAS, Magda Souza; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1 Suplem, p. 61-73, 2018.

CLIFFORD, James. A experiência etnográfica—antropologia e literatura no século XX. 2012

COELHO, Maria Claudia Pereira; DURÃO, Susana Soares Branco. Introdução ou como fazer coisas com emoções. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 19, n. 1, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. Da família colonial à família colonizada. \_\_\_\_\_. **Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Geral**, 2004.

CRUZ, Vania Dias et al. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 9, n. 1, p. 48-55, 2013.

CSORDAS, Thomas. A corporeidade como paradigma da Antropologia. *In: Corpo/significado/cura. Porto Alegre: Editora da UFRGS*, v. 5, 2008.

DAS, Veena. **Affliction**. Fordham University Press, 2015.

DAS, Veena; DAS, Ranendra K. Pharmaceuticals in urban ecologies. **Global pharmaceuticals**, p. 171-205, 2006.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. **Relaciones Internacionales**, 2008.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A circulação dos saberes e práticas psicanalíticas nas ciências sociais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 24, p. 33-50, 2017.

EMERICH, Bruno Ferrari; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

ENGEL, Cíntia Liara. Partilha e cuidado das demências: entre interações medicamentosas e rotinas. 2020.

EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. **Science, Technology, & Human Values**, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

- FANON, Frantz. **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos**. Ubu Editora, 2020.
- FARIA, Paula de Fátima Oliveira; FERIGATO, Sabrina Helena; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas1. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 931-949, 2020.
- FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.
- FAUSTINO, Deivison Mendes. “Por que Fanon? Por que agora?”: Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil. 2015.
- FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regia. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial II**, p. 67-90, 2005.
- FIORE, Mauricio et al. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos. 2013.
- FOUCAULT, Michael. "História da sexualidade I." 2012.
- GARCIA, Marcos Roberto Vieira et al. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022.
- GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 51-58, 2012.
- GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.
- HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, p. 595-609, 2007.
- HOCHSCHILD, Arlie Russell. **The managed heart**. University of California press, 2012.
- KUPER, Hannah et al. The association of depression, anxiety, and stress with caring for a child with Congenital Zika Syndrome in Brazil; Results of a cross-sectional study. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 13, n. 9, p. e0007768, 2019.
- LANCETTI, Antonio. Contrafissura e plasticidade psíquica. **São Paulo: Hucitec**, p. 28-9, 2015.
- LOTTA, Gabriela. et. al. Nota Técnica a Pandemia de Covid-19 e os(as) Profissionais de saúde Pública no Brasil. 4ª Fase. - Rio de Janeiro: **FGV/EASP - Fiocruz**. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e->

[os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil\\_fase-4.pdf](#)>. último acesso em 31 de agosto de 2021.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 399-407, 2007.

LUTZ, Catherine A. **Unnatural emotions**. University of Chicago Press, 2011.

LUTZ, Catherine A.; ABU-LUGHOD, Lila Ed. Language and the politics of emotion. In: **This book grew out of a session at the 1987 annual meeting of the American Anthropological Association called " Emotion and Discourse."**. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1990.

MAGALDI, Felipe Sales. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 69-88, 2018.

\_\_\_\_\_. Entre o Inconsciente e a Cidadania. Arte e loucura na reforma psiquiátrica brasileira a partir de uma etnografia no Museu de Imagens do Inconsciente. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 18, 2016.

\_\_\_\_\_. **Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 17, p. 11-29, 2002.

MALHEIRO, Luana Silva Bastos. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA. 2019.

MARTINEZ, Mariana Medina. Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. 2015.

MARTINS, Tatiana; NARCISO-SCHIAVON, Janaína Luz; DE LUCCA SCHIAVON, Leonardo. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 107-112, 2011.

MBEMBE, Achile. **O direito universal à respiração**. Série Pandemia Crítica. N-1 Edições. 2020. Disponível em: [https://pospsi.com.br/wp-content/uploads/2020/09/TEXTOS\\_20-achille-mbembe.pdf](https://pospsi.com.br/wp-content/uploads/2020/09/TEXTOS_20-achille-mbembe.pdf)

MEDEIROS, Katrucky Tenório et al. Vivências e representações sobre o crack: um estudo com mulheres usuárias. **Psico-USF**, v. 20, p. 517-528, 2015.

OLIVEIRA, Daiane Santos. Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade. 2015.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo?. **Sociedade em Debate**, v. 25, n. 3, p. 74-88, 2019.

PIRES, Roberto Rocha C.; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200072, 2021.

PRECIADO, Paul B. Aprendiendo del virus. **El país**, v. 28, n. 3, 2020.

POVINELLI, Elizabeth A. **Economies of abandonment**. Duke University Press, 2011.

REZENDE, Claudia Barcellos e COELHO, Maria Cláudia. Antropologia das Emoções. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. Série Sociedade e Cultura, 2010

RUI, Taniele et al. Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012.

RUI, Taniele. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção** Editora Terceiro Nome, 2014.

RUTSTEIN, David D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England journal of medicine**, v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.

SANTOS, Maria Paula (Org.). Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, pp.77-100, 2018.

SARTORI, Leczy. A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado. Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. 2015.

SILVA, Mário Augusto Medeiros da. Frantz Fanon e o ativismo político-cultural negro no Brasil: 1960/1980. **Estudos Históricos (Rio de Janeiro)**, v. 26, p. 369-390, 2013.

STENGERS, Isabelle; PIGNARRE, Philippe. **Capitalist sorcery: breaking the spell**. Palgrave, 2011.

STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. Ubu Editora LTDA-ME, 2018.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

WEBER, Renata. O financiamento Público de Comunidades Terapêuticas: Gastos Federais entre 2010-2019, *In* RUI, Taniele; FIORE, Maurício. Comunidades Terapêuticas no Brasil,

2021. Disponível em <<https://www.ssrc.org/publications/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>>. Último acesso em 10/02/2022.

XIANG, Yu-Tao et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The lancet psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

#### Referências Fílmicas

KIRIKU e a Feiticeira. Direção Michel Ocelot. França: France 3, 1997. (74min).