

Impasses E Resistências Antimanicomiais De Uma Experiência Cartográfica Em Um CAPS AD

Deadlock And Resistances Anti-Asylum Of A Cartographic Experience In A CAPS AD

Impases Y Resistencias Antiasilo De Una Experiencia Cartográfica En Un CAPS AD

Mateus Alexandre Pratas Rezende

Daniele de Andrade Ferrazza

Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil.

Resumo:

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira conquistou a implantação de diferentes equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, construindo uma perspectiva de cuidado territorial em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre os equipamentos antimanicomiais, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) enquanto um serviço de referência de atenção à saúde das pessoas que experimentam sofrimentos associados ao uso de substâncias psicoativas. O objetivo desta pesquisa é cartografar os discursos e práticas que têm composto os modos de exercer o cuidado ofertado às pessoas usuárias de um CAPS AD. A pesquisa-intervenção se desenvolve a partir do *ethos* cartográfico, acionando os dispositivos das entrevistas cartográficas e do diário de campo do pesquisador, mapeando um caminho que acontece entre a direção de um Paradigma Psiquiátrico e Proibicionista e outro alinhado às Políticas de Redução de Danos e da Atenção Psicossocial.

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

Abstract:

The Brazilian Psychiatric Reform movement achieved the implementation of different equipment to replace the asylum model, building a perspective of territorial care in services of the Psychosocial Care Network (RAPS). Among the anti-asylum equipment, the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) stands out as a reference health care service for people experiencing suffering associated with the use of psychoactive substances. The objective of this research is to map the discourses and practices that have composed the ways of exercising the care offered to people using a CAPS AD. Intervention research develops from the cartographic *ethos*, activating the devices of cartographic interviews and the researcher's field diary, mapping a path that takes place between the direction of a Psychiatric

and Prohibitionist Paradigm and another aligned with Harm Reduction Policies and Psychosocial Care

Key words: Psychiatric Reform; Alcohol and Other Drugs; Psychosocial Care; Cartographic Method.

Resumen:

El movimiento brasileño de Reforma Psiquiátrica logró la implementación de diferentes equipamientos para sustituir el modelo de asilo, construyendo una perspectiva de atención territorial en los servicios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Entre los equipamientos anti-asilo, se destaca el Centro de Atención Psicosocial al Alcohol y Otras Drogas (CAPS AD), como servicio de referencia en salud para personas que experimentan sufrimiento asociado al uso de sustancias psicoactivas. El objetivo de esta investigación es mapear los discursos y prácticas que han compuesto las formas de ejercer el cuidado ofrecido a las personas usuarias de un CAPS AD. La investigación de intervención se desarrolla a partir del ethos cartográfico, activando los dispositivos de las entrevistas cartográficas y del diario de campo del investigador, trazando un camino que se desarrolla entre la dirección de un Paradigma Psiquiátrico y Prohibicionista y otro alineado con las Políticas de Reducción de Daños y de Atención Psicosocial.

Palabras-clave: Reforma Psiquiátrica; Alcohol y Otras Drogas; Atención Psicosocial.

Introdução

Em nossos dias, o tema das ‘drogas’ está presente cotidianamente nas manchetes de jornais e televisões, momento no qual se fala sobre elas a partir de diferentes perspectivas. De fato, a questão das ‘drogas’ na atualidade é composta por distintos agenciamentos, sendo um campo transdisciplinar em constante disputa. Estudos sobre a relação da humanidade, das instituições e legislações com as substâncias psicoativas perpassam temáticas muito distintas e se configuram

em um campo amplo e complexo. Diante disso, direcionamos nossa atenção para um fragmento deste campo, a dimensão da saúde da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas e que, historicamente, as medidas assistenciais oscilaram entre práticas religiosas e manicomiais (Brasil, 2003). Esse campo só seria redimensionado a partir das rupturas produzidas pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil e no mundo.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira conquistou, a partir do final da

década de 1980, a implantação de diferentes dispositivos substitutivos à internação manicomial, construindo uma perspectiva de cuidado territorial em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Uma década após a implantação dos primeiros equipamentos da rede de atenção psicossocial, surgem os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) enquanto um equipamento de saúde com foco na atenção às pessoas que experimentam sofrimento psíquico e outras demandas psicossociais relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas.

Dessa forma, o presente artigo é um fragmento de uma pesquisa cartográfica realizada no âmbito de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas paranaense. Nesse contexto, objetivamos mapear as forças que estão em jogo na atenção à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, seguindo o que é visível e dizível para acompanhar as linhas de força que atravessam o processo de Reforma Psiquiátrica.

Metodologia

A pesquisa-intervenção se desenvolveu a partir do *ethos* cartográfico,

acionando os dispositivos das entrevistas cartográficas e do diário de campo do pesquisador, traçando os caminhos dos registros e escritas a partir dos encontros e desencontros com profissionais da equipe de saúde e usuárias/os que perpassam por um CAPS AD do interior do Paraná.

Comumente, conhecemos a cartografia como o campo de saberes e práticas relacionados ao estudo e produção de mapas, mas a partir da “Introdução: Rizoma” de “Mil Platôs” (Deleuze & Guattari, 2011a), fomos inspirados a pensar a cartografia dos processos de produção subjetiva. Naquela introdução, os autores apresentam o rizoma como uma produção contínua de novos arranjos, de tramas que produzem a realidade.

Assim, a proposta do método cartográfico é de desenhar um mapa, não um decalque, isto é, não é o desenho de um modelo que poderá ser aplicado e repetido invariavelmente. E por isso é uma metodologia que não pode ser prescritiva, seguir caminhos já pavimentados, muito menos se ater a algum conjunto fixo de regras metodológicas. Uma cartografia é feita à medida que se caminha (Lemos, Santos, Reis Junior & Sampaio, 2022). Não é também um caminhar sem direção, como um “deixar rolar”. De acordo com Barros e

Passos (2020, p. 17), “a diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados”, afirmando a inseparabilidade entre conhecer e fazer, sujeito e objeto e entre pesquisa e intervenção. A partir disso, os autores afirmam que toda pesquisa é intervenção, pois “a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência” (Barros & Passos, 2020, p. 17).

Realizar uma pesquisa cartográfica é o desafio de se afastar da captura de um pensamento arborescente, traçar uma linha de fuga em um paradigma de ciência tradicional, dando ênfase ao caráter processual da produção do conhecimento, realizando uma recusa ao Universal e ampliando as conexões entre os mais distintos saberes e as mais diversas vozes, nas palavras de Lemos et al. (2022, p. 31) a “cartografia nos auxilia a romper com lógicas arborescentes e causais tão presentes nas ciências modernas”.

Por não ser um método prescritivo, nos inserimos ativamente nesse território do pesquisar com uma abertura sensível aos encontros, disponível às experiências e

experimentações. É sempre um lançar-se ao desconhecido, assumir uma condição de aprendiz. Conforme Alvarez e Passos (2020), “a instalação de uma cartografia sempre pressupõe a habitação de um território” (p. 137). Essa instalação exige um aprendizado que se inicia quando nos inserimos em determinado território de um CAPS AD com uma receptividade afetiva.

Nesse contexto, a pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 53361421.6.0000.0104). A inserção no CAPS AD foi um lançar-se ao desconhecido. Os primeiros contatos se deram por telefone e também por intermédio de uma companheira de viagem cartográfica que fazia parte da equipe de profissionais do CAPS AD. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi apresentado em reunião de equipe de saúde, momento no qual foi possível adentrar o serviço e também conhecer o funcionamento institucional. O movimento de habitar esse território se fez por múltiplas entradas, a princípio, participando das reuniões de equipe e de oficinas terapêuticas enquanto pesquisador-cartógrafo, no período de oito meses, passando pelos espaços de acolhimento, mas também por entre os corredores, cozinha, jardins, conversas com todos

habitantes – profissionais e usuários -, e pelas esperas na sala de ‘recepção’.

Para tanto, nos utilizamos de duas ferramentas de pesquisa: a entrevista cartográfica e o diário de campo. A princípio, como pontuam Tedesco, Sade e Caliman (2016), não existe um método de entrevista cartográfica propriamente dito, o que se busca é um manejo cartográfico da entrevista, que se realiza não por seguir uma forma determinada, mas sim, seguindo um determinado “*ethos* que seria praticado não apenas na entrevista, mas em toda pesquisa...” (p. 93). Nesse sentido, os autores resgatam o conceito de agenciamento coletivo de enunciação de Deleuze e Guattari (2011b) e compreendem que “os discursos são compostos a partir dos discursos de outrem, são oportunidade para que as vozes se misturem umas às outras. Nenhuma subjetividade, isoladamente, funciona como origem das falas ou centro gerador da ideia” (Tedesco, Sade & Caliman, 2016, p. 114).

Para a realização das entrevistas, era necessário que se aguardasse uma ‘brecha na agenda’ das(os) profissionais para que realizássemos os encontros. Já com as pessoas usuárias do serviço as limitações para realização das entrevistas eram no sentido de muitas estarem no CAPS AD

aguardando os seus respectivos horários agendados em psicoterapia e consultas médicas-psiquiátricas. Essas limitações se relacionam com aspectos do modo de funcionamento institucional que serão discutidos posteriormente no texto

O segundo instrumento selecionado para a realização da presente pesquisa cartográfica, como forma de registro das experiências em campo, foi o diário do pesquisador. Na perspectiva acionada por esse instrumento, os diários se constituem enquanto uma importante ferramenta de pesquisa na medida em que procuramos provocar deslocamentos com relação aos dualismos historicamente instituídos pela tradição “positiva” de ciência, já que estes incluem no processo de registro da pesquisa pesquisadores e pesquisados, movimentos e afetos (Nascimento & Lemos, 2020).

Nesse percurso, o diário de pesquisador foi povoado por diferentes documentos, desde as anotações tomadas em uma caderneta durante as reuniões de equipe, a transcrição de entrevistas em conjunto com as afetações proporcionadas por tais encontros, a narrativa de cenas cotidianas e de encontros inusitados em pontos de ônibus ou entre as diferentes linhas de transporte coletivo, no balcão da cozinha, no jardim e corredores do CAPS

AD, nas muitas idas e vindas ao serviço de saúde, captando para além do que se via e ouvia, mas tudo que afetava o corpo, seja o cheiro forte do córrego, o aroma envolvente de um café recém passado, ou uma música do “Febem” que tocava no fone de ouvido. Durante a narrativa deste texto todos os nomes dos participantes da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios para preservar o sigilo e a confidencialidade das pessoas.

Discussão

Ao acabar a reunião segui em direção ao ponto de ônibus. Logo na saída do CAPS AD, bem à frente, existe uma mercearia, com uma porta aberta na qual se enxerga um senhor atrás de um balcão e uma estante repleta de litros de bebidas alcoólicas. A pintura vermelha da parede se compõe com as cores laranjas da propaganda da marca de cerveja patrocinadora. Fazia algum tempo que não fumava um cigarro, mas juntei duas moedas no bolso, entrei no estabelecimento e pedi um cigarro avulso. Quis fumar enquanto esperava o ônibus. Estava muito sol, e quando chego à metade do cigarro, um jovem saía do CAPS

AD e vinha em direção ao ponto de ônibus. Ele se aproxima com um andar despojado e me pergunta se ali passaria o ônibus para o terminal urbano municipal. Respondo que sim e ele senta ao meu lado no ponto de ônibus. Então, me pergunta: “cê tem mais um desse aí pra salva irmão?”. Eu não tinha, mas ofereci a metade que ainda queimava e respondi: “só tenho esse mano, mas se quiser pode pegar a segunda bola”. Ele agradeceu e sentou ao meu lado para terminar o cigarro. Enquanto saboreava a fumaça quente, me perguntou se eu morava por perto, ou trabalhava no CAPS. Respondo que não, disse que estava apenas realizando uma pesquisa. Ele me conta com uma expressão alegre que hoje foi o primeiro dia que veio ao CAPS. Perguntei como havia sido e ele me conta que passou por um acolhimento, e já havia marcado outras três consultas. Quando lhe pergunto como havia se sentido com esse acolhimento, ele me responde com os olhos bem abertos em um tom de surpresa: “Eu achava que quando chegasse aqui eles iam me medicar, internar, ou falar que tava com alguma doença.

Mas não foi nem um pouco isso que aconteceu”. (Diário de pesquisa, registro de 23 de março de 2022).

Esse encontro em um ponto de ônibus próximo ao CAPS AD aconteceu nas primeiras semanas de nossa inserção no serviço de saúde. O homem de aparência jovem com o qual acabei por dividir um cigarro se trata de Gustavo, tem 30 anos, e é residente de um bairro periférico da cidade, com um emprego concursado na prefeitura do município. Os contornos que Gustavo tinha sobre a atenção à saúde do sujeito usuário de substâncias psicoativas se ilustram a partir de três condutas – diagnosticar, medicar e internar – que são produções históricas e políticas, resultantes de um complexo processo no qual a experiência do uso de “drogas” é sequestrada por práticas, discursos, leis e instituições que tentam colocá-la inteiramente ora no domínio médico ora no domínio jurídico. Não apenas a compreensão dele, mas também uma das profissionais entrevistadas sinaliza sobre como os contornos manicomiais estão presentes em âmbito populacional: “isso era tão forte que, quando os usuários [do serviço] chegavam pela primeira vez, eles não sabiam que o CAPS não é internação”

(Entrevista com Luana, profissional do CAPS, registro em dezembro de 2022).

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

Nesse encontro povoado pela fumaça e odor característicos dos cigarros industrializados, encontramos com os fortes contornos de uma lógica manicomial pautada pelo paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (PPHM) (Costa-Rosa, 2013), e que são rompidos a partir de um dispositivo de saúde idealizado a partir da perspectiva da Atenção Psicossocial (Amarante, 2009). Diante disso, traçamos uma linha nessa narrativa na qual nos propomos acompanhar os movimentos em curso no interior de um CAPS AD e percorrer os tensionamentos existentes entre os diferentes paradigmas de saúde.

*A Organização e os Fluxos de
Atendimentos em um CAPS AD*

Na perspectiva de cartografar os fluxos que se cruzam em um CAPS, buscamos acompanhar os modos de trabalho da equipe de profissionais daquele equipamento de saúde.

Me encontro com Isa, e passamos a caminhar pelo corredor amplo e iluminado pelo sol da tarde, tendo uma conversa a respeito da dinâmica do serviço, ela dobra um papel e enquanto faz anotações e me conta sobre dois momentos no atendimento: o acolhimento e a abordagem. O acolhimento é o momento no qual se começa o estabelecimento de um vínculo, acolhendo a demanda trazida por aquele usuário, assinalando os aspectos contratuais do serviço e fazendo o agendamento para os outros profissionais. Isa me conta que, após o acolhimento, é realizado o momento da abordagem, no qual o usuário do serviço passará por atendimento individual com diferentes profissionais da equipe de saúde: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psiquiatra, enfermeira, educadora

social e instrutora de artes (Diário de pesquisa, registro de 28 de abril de 2022).

O acolhimento desponta enquanto norteador das práticas por meio da escuta qualificada, que incluem as queixas, as angústias, os afetos e o território do usuário que chega ao dispositivo de saúde. Nesse sentido, a aposta clínica no estabelecimento de um vínculo terapêutico viria superar as relações hierárquicas, abandonando uma concepção tecnicista e individualizante de saúde. Todavia, é necessária uma atenção constante ao acolhimento, na medida em que ele pode acabar sendo entendido e operado como uma espécie de ‘triagem’. Nesse contexto, a prática do acolhimento oscila entre tal aposta clínica na produção de um vínculo e entre um primeiro contato que funciona enquanto triagem, que aborda a demanda, define aspectos contratuais e agenda as consultas individuais.

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

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

Em entrevista com profissional do equipamento consta que a abordagem compreende o agendamento de consultas individuais com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social obrigatoriamente, e com instrutora de artes, educadora social no caso de demandas mais específicas. Em momento posterior aos atendimentos individuais, a equipe se reuniria para a discussão e elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Este importante dispositivo na produção de saúde foi desenvolvido para romper com “as relações manicomiais e as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas” (Marchesab & Ferrer, 2016,

p. 138). Conforme Lancetti (2015, p. 122), “o PTS é um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia, o território geográfico onde a pessoa habita, os recursos desse território e – o que é mais difícil de considerar – o território existencial do usuário e seu contexto”. No entanto, como aponta o relato de entrevista com uma profissional da equipe de saúde:

Eu não acho que exista um PTS, ou existe de uma forma muito precarizada, não percebo que isso aconteça. Ele [o usuário] continua sendo atendido de forma individualizada por todos os profissionais [...] (Entrevista com Luana, profissional do CAPS, registro em dezembro de 2022).

Dessa forma, a equipe parece ter dificuldades de promover a construção de um Projeto Terapêutico Singular que se faria em conjunto com o usuário e familiares no processo participativo sobre as decisões relacionadas às atividades a serem desenvolvidas e que poderiam, por sua vez, estar relacionadas às alternativas e possibilidades de cuidado e atendimento de acordo com as especificidades e particularidades do sujeito em sofrimento. Nesse sentido, conforme alerta Lancetti (2015): “Muitas vezes o PTS se resume a

uma agenda: o PTS de fulano é duas vezes por semana no CAPS e consulta psiquiátrica uma vez por mês...” (p.122). Nesse contexto, “o PTS é como uma flecha propulsora, mas para ser certa precisa contar com o conhecimento e a participação dos usuários”, e se ressalta a “importância de elaborar uma cartografia para cada grupo familiar ou cada usuário” na medida em que “essa cartografia visa ampliar o mundo das pessoas, produzir repetições que provoquem pequenas diferenças” (Lancetti, 2015, p. 125).

A questão que envolve o tempo de trabalho e o volume de agendamentos remete, em certa medida, a reprodução de uma lógica ambulatorial, caracterizada principalmente pelos atendimentos individuais, e, conforme pontua Tenório (2007, p. 17), “procedimentos burocráticos de admissão e desligamento (quem nunca ouviu a regra “três faltas perde a vaga?”). Conforme uma das profissionais entrevistada, a equipe de saúde orienta aos usuários que: “é para os pacientes irem quando estiver com agendamento”. Diante disso, a entrevistada conclui que são: “algumas questões de engessamento da instituição, ou de inflexibilidade que dificulta o acesso das pessoas” (Entrevista com Luana, profissional do CAPS, registro em dezembro de 2022).

Em um contexto no qual a lógica ambulatorial de atendimentos individuais se encontra fortemente instituída, orientar usuários que cheguem ao CAPS AD, mesmo sem horário marcado, é um deslocamento que se produz e que ‘perturba’ uma suposta ordem estabelecida e naturalizada. Tão logo que se trace uma linha dessa natureza, deparemos-nos com uma resistência por parte da instituição.

Nessa organização de trabalho, as agendas se distribuem entre os acolhimentos e atendimentos individuais e possibilidades de oferecimento de oficinas terapêuticas, que se dividem em duas modalidades: as oficinas denominadas de abertas, que acontecem diariamente e qualquer pessoa que esteja pelo serviço de saúde pode participar; e as oficinas nomeadas de fechadas que são aquelas mais específicas e dirigidas às pessoas usuárias em acompanhamento frequente no CAPS AD.

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

grupo prevenção de recaídas. As abertas são: oficina de escuta, de música, de jogos, práticas corporais e de autocuidado (Diário de pesquisa, registro de 28 de abril de 2022).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde definiu que os serviços substitutivos à internação manicomial, do tipo CAPS, devem oferecer oficinas terapêuticas, que são uma das principais estratégias de trabalho adotadas nos serviços de saúde mental (Brasil, 2004). Conforme aponta Ribeiro (2004, p. 105), as oficinas encontram sua sustentação “na possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo”. No entanto, questões que perpassam o trabalho com grupos por meio das oficinas terapêuticas são citadas algumas vezes durante as reuniões de equipe, cujas colocações sobre o tema são pautadas na frustração que se apresenta nos/pelos enunciados trêmulos e cansados.

Alguns dos profissionais com mais tempo de trabalho relataram uma tentativa frustrada de realizar uma oficina de geração

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

Os afetos que desaguam na frustração não têm sua voz somente nas experiências que já não acontecem mais, como no exemplo supracitado, o trabalho com a modalidade de oficinas, no geral, mobiliza e angustia a equipe.

Conforme relatado por uma profissional, em outros CAPS as equipes se utilizam muito da estratégia de trabalho com grupos. Já no CAPS AD percebe-se como sendo muito difícil esse trabalho, é com frustração que enunciam: “Quando se abre um grupo ele começa ‘bombando’ e vai se esvaziando até que se encerra por falta de usuários”. Outra profissional corrobora a percepção da colega: em 13 anos que trabalha no CAPS AD, sempre vê esse

movimento acontecer. (Diário de pesquisa, registro de junho de 2022).

Ambas modalidades de oficinas (abertas e fechadas) são oferecidas em horários comerciais, seja pela manhã ou pela tarde, que é o período no qual o equipamento CAPS AD está em funcionamento (no período das 7h às 19h). Em períodos anteriores ao ano de 2022, o CAPS AD contava com uma oficina pela manhã e outra pela tarde, no entanto, a partir da intervenção de profissionais da equipe, foi possível ampliar a oferta de oficinas terapêuticas, bem como inserir uma partícula de flexibilidade que já passava a permitir que a voz dos usuários circulasse de maneira mais ativa.

[...] as oficinas por quem passa por acolhimento diurno, há uma pela manhã e uma à tarde, com muita dificuldade conseguimos transformar em duas no período da tarde, no ano de 2022. E nelas eu acho que conseguimos ser mais flexível, temos opções de fazer atividades operativas ou grupos. (Entrevista com Luana, registro de dezembro de 2022).

Muito das queixas relacionadas à inflexibilidade de temas, modalidades e horários diversos vêm acompanhadas do

tempo. Não ter tempo para fazer alguma coisa diferente, não ter tempo para fazer o atendimento de alguém que chegou sem hora marcada, não chegar a tempo na ‘consulta marcada’, não poder participar da reunião multiprofissional na íntegra para ter tempo de realizar todos os atendimentos da agenda do dia.

A situação de profissionais precisarem se ausentar mais cedo das reuniões foram mais recorrentes aos profissionais ligados à psiquiatria. Em diversos momentos nos quais permanecemos na recepção, muitas das pessoas que ali aguardavam procuravam o atendimento psiquiátrico. Nessa direção, foi colocado em pauta em umas das reuniões da equipe de saúde, a discussão sobre a situação de usuários acessarem o CAPS AD para o atendimento exclusivamente com a médica-psiquiátrica na busca por medicações psicofarmacológicas, muitas vezes, negando-se a fazer agendamento com outros profissionais ou faltando quando aceitavam o agendamento. A psiquiatra em entrevista comenta de forma incomodada o fato de muitas pessoas chegarem ao serviço, passarem pela consulta psiquiátrica e depois “sumirem”, não acessarem os atendimentos pré-agendados com outros profissionais, voltando apenas quando

precisam renovar sua prescrição farmacológica. Nessa direção, como aponta Marconi (2015), romper com as formas manicomiais é um exercício constante e delicado, “pois este ainda está presente na demanda que chega aos serviços. São usuários solicitando uma consulta com o psiquiatra, outras já trazem a prescrição do remédio que precisam tomar.” (p. 13).

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

Isso é bem chato, além de você se sentir como uma máquina prescritora de medicações você vê que na verdade não está fazendo diferença nenhuma na vida daquela pessoa ao passar uma medicação. Isso sim é frustrante, ver que o paciente veio em busca de uma pílula mágica que fosse resolver os problemas. Eles chegam e falam: “quero parar de fumar”, “tem algum remédio?”, “me passe um remédio para parar de fumar!” (Entrevista

com Ana, profissional do CAPS, registro em junho de 2022).

Destaca-se que o movimento medicalizador (Zorzanelli & Cruz, 2018) caminha junto com uma expectativa por parte do usuário de que o saber psiquiátrico seria capaz de lhe prescrever com exatidão sua “pílula mágica”, colocando também o profissional em um distanciamento do trabalho em equipe: “É muito difícil também, ficar só nas nossas costas [da psiquiatra] uma expectativa, uma esperança de que tudo que você vai fazer vai resolver a vida quando sabemos que não é assim...” (Entrevista com Ana, profissional do CAPS, registro em junho de 2022).

É, todavia, no trabalho em equipe que a profissional da psiquiatria entrevistada encontra a potencialidade para deslocar a lógica médico-centrada: “O que eu gosto muito daqui é o trabalho em equipe, que é muito forte, a gente consegue dividir responsabilidades e se ajudar. Então, não fica tão pesado, você não se sente tão sozinha, ou perdida num caso grave...” (Entrevista com Ana, profissional do CAPS, registro em junho de 2022).

Quando outra profissional comenta em entrevista sobre sua experiência engajada em um processo de cuidado de um

usuário do CAPS AD, destaca a potência sentida através do trabalho em equipe:

O trabalho em equipe é formidável, for-mi-dável. O que me fez ficar no CAPS AD foi justamente isso, essa dúvida de você estar certo ou não, você tendo outros saberes ali junto com você auxilia muito. [...] Então, outros saberes, que não exclusivamente o seu, é riquíssimo, não tem coisa melhor. Aqui a gente tem abertura de todos os profissionais, para trocar ideia, tirar dúvidas... (Entrevista com Isa, profissional do CAPS, registro em abril de 2022).

Circuitos e ritmos: CAPS AD, territorial ou territorializado?

A tarefa a que nos propomos até o momento foi de acompanhar o movimento, percorrer as linhas e as forças que compõem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, a partir dos diversos encontros produzidos no interior desse equipamento. Em outras palavras, “seguimos o que é visível e dizível para acompanhar quais modos de atenção psicossocial são engendrados e, portanto, acompanhar as linhas de força que atravessam o processo da Reforma

Psiquiátrica no Brasil em curso” (Lavrador & Ribeiro, 2015, p. 91).

Retornamos assim ao início da narrativa. Voltamos ao encontro que se dá em um ponto de ônibus, numa tarde quente e ensolarada, que coloca em questão dois paradigmas em saúde mental que dimensionam as forças e tensionamentos que perpassam o CAPS AD: o Paradigma Psiquiátrico e o da Atenção Psicossocial. Não só o Gustavo, aquele usuário com o qual dividimos um cigarro no ponto de ônibus, como diversos usuários que passaram pelo dispositivo e tantas outras pessoas ainda têm os contornos da atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico envoltos pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizante, sintetizados em três principais condutas: medicar, diagnosticar e internar.

Ao chegar ao CAPS AD e serem acolhidos em um dispositivo porta-aberta, comunitário e territorial, os contornos manicomial se rompem. O acolhimento desponta como um importante prática e estratégia na Reforma Psiquiátrica que procura acolher o/a usuário/a do serviço como um ser que vivencia processos complexos, compreendido não como “objeto de um saber ou uma prática, mas sujeito em construção em um processo de individuação complexo que se dá no

interstício dos encontros” (Lima & Yasui, 2014, p. 599). Essa prática, que correspondeu a uma desterritorialização relativa às práticas manicomiais, hierárquicas e centradas na doença e no saber médico, aparece reterritorializada enquanto norteadora no processo de produção de saúde.

Embora o acolhimento deva ser norteador das práticas das equipes profissionais, a dinâmica de “acolhimento e abordagem” do equipamento no qual nos inserimos, lhe confere um estatuto de momento inicial, sendo entendido, por vezes, como uma ‘triagem’. A pessoa que chega ao CAPS AD aguardará na recepção e será acolhida, nesse momento, receberá as informações sobre o funcionamento do serviço e terá o agendamento das diferentes especialidades (psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outras). A partir de então, o serviço já não aparenta ser tão porta-aberta, esperando que o usuário volte ao CAPS apenas nos dias e horários pré-agendados. Ao voltar ao equipamento nos seus respectivos horários agendados, acontece o que é denominado ‘abordagem’, isto é, o usuário irá percorrer as salas de atendimentos individuais tendo ‘consultas’ com cada especialidade. Nesse contexto, o usuário, após o atendimento

individual com especialista, retornará para casa ou passará por acolhimento diurno. Aos que permanecem no dispositivo para acolhimento diurno há possibilidade de participarem de uma oficina terapêutica que, por sua vez, está em constante movimento de esvaziamentos - ‘secas’ - e colaborações - ‘cheias’.

Na recepção, ou melhor, na sala de espera, os ritmos são bem marcados, usuários entram, sentam distantes uns dos outros, aguardam um(a) profissional aparecer e chamar o nome de alguém para entrar na sala. Do consultório individual, na maioria das vezes, para a saída, criando o circuito entrada-recepção-consultório-saída. Este circuito, ainda que seja traçado por diferentes caminhos, parece conformar um certo ritmo marcado por algumas linhas de “engessamento da instituição ou de inflexibilidade” (Entrevista com Luana, profissional do CAPS, registro em dezembro de 2022).

Nesse sentido, nos lembramos do abecedário de Deleuze: “o que chamamos por nomes diversos – esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia - não tem outro objetivo do que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (Deleuze & Parnet, 1998, p. 146). O cenário que se desenha até

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

Deste campo, destacamos algumas linhas de segmentaridade duras - aquelas que visam a conservação e apontam para o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizante - como o engessamento das agendas, a dinâmica de atendimentos individuais que vão na direção de uma lógica médico-centrada e ambulatorial. Também conformam o circuito a ‘burocratização’ do Projeto Terapêutico Singular e do acolhimento que, muitas vezes, se reduzem a questões de agenda e triagem, respectivamente.

Percorrendo os caminhos e os ritmos do CAPS AD, em muito nos vimos perpassados por intensidades do ritmo que se produzira no equipamento, o circuito ‘sala de espera - sala de consulta - casa’ não proporciona tempo para a convivência e ambiência no serviço. Sentimos esse

movimento a partir da dificuldade de realizar entrevistas com usuários/as. Dos muitos que se encontravam no CAPS AD, a maioria aguardava seu horário agendado e daqueles que saíam do atendimento, muitos se negavam a participar, pois iam direto para casa ou voltariam ao trabalho. Tal ritmo é correlato das linhas de segmentaridades duras supracitadas.

Há, também, as linhas de segmentaridade flexíveis que percebemos na relação com o acolhimento, ainda que este por vezes apareça circunscrito a um momento inicial, em muitos momentos é a produção de um espaço e um vínculo de acolhimento, o que se desdobra positivamente na produção de um cuidado. Além disso, o trabalho multiprofissional também é o ponto no qual a equipe encontra um espaço de segurança para compartilhar angústias e buscar a promoção de um cuidado que se afaste da lógica manicomial e tecnicista. Há ainda as oficinas terapêuticas, espaços que se mostram potentes na catalisação de produção subjetiva daqueles que participam, promovendo a construção de novos vínculos com a vida e com a sociedade.

Contudo, percebe-se ainda que o acolhimento, o trabalho em equipe e as oficinas terapêuticas enquanto importantes e potentes vias de provocar deslocamentos,

não conseguem traçar uma fuga por ainda estarem muito engendradas e limitadas pelo ritmo das segmentaridades duras. Por outro lado, também se apresentam as linhas de fuga que produzem desterritorialização, como os movimentos que flexibilizaram a oferta das oficinas, bem como, condutas que fogem às formas instituídas, como receber os usuários sem que eles tenham horário marcado parecem estratégias de rompimento com linhas duras ainda presentes no dispositivo CAPS AD.

Considerações Finais

Nosso trabalho enquanto aprendizes-cartógrafos remete à produção de um mapa provisório e de caráter processual. Esse mapa tenta acompanhar as forças em jogo no processo de Reforma Psiquiátrica em curso, os regimes de enunciação e visibilidade, e os processos de subjetivação. Dessa forma, estamos tratando de uma paisagem que é palco permanente de tensões e disputas que se manifestam de diferentes maneiras, em dimensões macro e micropolíticas. Se coloca em jogo a disputa entre diferentes políticas de subjetivação, de narratividade, de cognição, que engendram práticas, discursos, normativas, condutas e outros

elementos que procuramos acompanhar em movimento no presente trabalho.

Os tensionamentos entre esses dois paradigmas em saúde perpassa as quatro dimensões do Paradigma da Atenção Psicossocial (Amarante, 2009): a) teórico-conceitual; b) técnico-assistencial; c) sociocultural; e c) jurídico-política. Nesse contexto, ainda que os CAPS sejam equipamentos antimanicomiais e que as diretrizes do SUS apontem para um Paradigma da Atenção Psicossocial, em seu interior coexistem práticas e discursos perpassados pelo paradigma psiquiátrico.

Dessa forma, ao buscar acompanhar as linhas e forças que engendram a atenção à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, instalamo-nos em uma zona de intensidade de um amplo dispositivo das drogas; melhor dizendo, é um platô do dispositivo-droga que se compõe com tantos outros. A escolha de um tema, os caminhos metodológicos, as ferramentas de intervenção e as formas de registro fizeram parte de um *ethos* que implica tomadas de posições fundamentalmente políticas e que, por sua vez, não se iniciam propriamente com as primeiras idas ao CAPS AD, tampouco nas primeiras aulas em um Programa de Pós-Graduação em Psicologia, mas sim, nos diversos

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

Referências

- Alvarez, J. & Passos, E. (2020). Cartografar é habitar um território existencial. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 131-149). Porto Alegre, Brasil: Sulina.
- Amarante, P. (2009). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Barros, R. D. B. & Passos, E. (2020). A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). 1ª ed. Porto Alegre, Brasil: Sulina.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2011a). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*, vol. 1. São Paulo, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2011b). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*, vol. 4. São Paulo, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Parnet, C. (1998). *Diálogos*. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo, Brasil: Escuta.
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. 1ed. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Lavrador, M. C. C. & Ribeiro, W. L. (2015). As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(2), 90-98. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200002&lng=pt&tlng=pt
- Lemos, F. C. S., Santos, A. E. S., Reis Júnior, L. P., & Sampaio, A. M. (2023). Cartografia e Arqueogenealogia: Operadores Metodológicos em Estudos de Recepção e Usos Históricos no Campo Psi. *Revista Polis E Psique*, 12(3), 26–47. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.106500>

- Lima, E. M. F., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 38(102), 593-606. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
- Marconi, A. E. G. (2015). *Desafios da gestão pública no âmbito da Reforma Psiquiátrica: o manicômio “velado” nos CAPS*. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/19628>
- Nascimento, M. L. & Lemos, F. C. S. (2020). A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo. *Barbarói*, (57), 239-253. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i57.14675>
- Passos, E., Kastrup, V & Escóssia, L. (2020) (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, Brasil: Sulina.
- Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In M. C. Costa & A. C. Figueiredo (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-116). Rio de Janeiro, Brasil: Contra Capa.
- Tedesco, S., Sade, C. & Caliman, L. V. (2016). A entrevista cartográfica: a experiência do dizer. In E. Passos, V. Kastrup & S. Tedesco (Org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (pp. 92-127). Porto Alegre, Brasil: Sulina.
- Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In M. Couto & R. G. Martinez (Org.). *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica* (pp. 13-29). Rio de Janeiro, Brasil: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.
- Zorzanelli, R. & Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), 22(66), 721–731. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>
-
- Matheus Alexandre Pratas Rezende:** Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).
- ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5164-0225>
- Email:** mateusapratas@gmail.com.
- Daniele de Andrade Ferrazza:** Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).
- ORCID:** <https://orcid.org/0000-00030912-9559>
- Email:** daferrazza@uem.br
-
- Submetido em:** 11/09/2023
1ª Rodada: 22/09/2023
2ª Rodada: 09/07/2024

Aceito em: 12/07/2024

Contribuição dos autores:

Conceitualização: M.A.P.R.; D.A.F.

Redação do manuscrito: F.M.B.; C.S.

Análise dos dados: F.M.B.; C.S.

Revisão e edição: F.M.B.; C.S.

Financiamento: Não há fontes de financiamento senão a dos próprios autores.