

RENATO LUIS ZINI

**ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA
NO CONTEXTO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS**

PUC – CAMPINAS

2013

RENATO LUIS ZINI

**ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA
NO CONTEXTO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA – PUC-CAMPINAS, COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM PSICOLOGIA COMO PROFISSÃO E CIÊNCIA

ORIENTADORA: PROF^a DR^a VERA ENGLER CURY

PUC – CAMPINAS

2013

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t178.8 Zini, Renato Luis.
Z77a Acolhimento como prática psicológica no contexto
de um centro de
 atenção psicossocial em álcool e drogas / Renato
Luis Zini. - Campinas:
 PUC-Campinas, 2013.
 327p.

 Orientadora: Vera Engler Cury.
 Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade
Católica de Campinas,
 Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em

RENATO LUIS ZINI

O ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA
NO CONTEXTO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS

BANCA EXAMINADORA



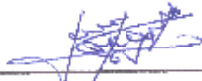
Presidente – Prof^ª. Dr^ª Vera Engler Cury



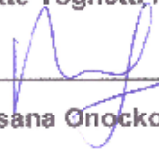
Prof^ª. Dr^ª. Tania Maria Jose Ajello Vaisberg



Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior



Prof^ª. Dr^ª. Henriette Tognetti Penha Morato



Prof^ª. Dr^ª Rosana Onocko Campos

RESUMO

Zini, R. L. (2013). Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas. Tese de Doutorado – Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC – Campinas, 327p.

A pesquisa objetivou apreender fenomenologicamente a experiência de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas, situado em um município do interior do estado de São Paulo, a partir da prática de *acolhimento* efetivada por um psicólogo. Esta prática tem sido considerada como um dos dispositivos facilitadores para a consolidação do Programa Nacional de Humanização em Saúde, implementado a partir de 2004 pelo Ministério da Saúde. Embora o ato do acolhimento seja preconizado como interdisciplinar e inserido na rotina de todos os profissionais e serviços de saúde pública brasileiros, procurou-se analisá-lo sob a perspectiva da prática de um psicólogo de orientação humanista. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica e o contexto escolhido para os encontros do pesquisador com os participantes foi o atendimento rotineiro de plantão. Foram entrevistadas trinta e seis pessoas adultas de ambos os sexos que compareceram ao serviço pela primeira vez ou retornaram ao tratamento após um período de abandono, entre os meses de setembro de 2011 e agosto de 2012. Destas, foram selecionadas quinze para participarem da pesquisa. Como estratégia para a análise dos encontros com os participantes foram construídas narrativas que possibilitaram ao pesquisador uma aproximação com elementos da experiência dessas pessoas a partir de suas próprias impressões ao estar com elas numa relação dialógica. Os resultados evidenciaram elementos significativos que emergiram dos atendimentos: 1) **autoimagem**: os participantes referem-se a si mesmos como pessoas capazes de empreender mudanças na forma de viver em direção à saúde física e psicológica; sentem-se esperançosos em relação à possibilidade de recuperação a partir da adesão ao tratamento; 2) **relação com o corpo**: revelou-se a experiência de uma cisão entre o corpo físico e sua simbolização, levando-os a negligenciarem as informações que lhes eram transmitidas pelos técnicos do serviço quanto a serem portadores de moléstias físicas graves e outros agravos à saúde; 3) **percepção de si**: preservam a condição de narrarem sua própria história de vida, relacionando fatos e eventos relevantes que os impeliram a estar na condição atual; 4) **relações afetivas**: o início do uso de substâncias químicas está associado a pessoas afetivamente relevantes; da mesma forma em relação à decisão de procurar por ajuda para livrar-se da dependência; 5) **sofrimento face a maneira como se está vivendo** como elemento desencadeador da busca por ajuda profissional; 6) **relação com o consumo de drogas**: independente da(s) substância(s) usada(s), o consumo era referido pelos participantes na maioria das vezes como algo que já haviam deixado, assim que tomaram a iniciativa de procurar pelo CAPS. Os participantes sentiram-se acolhidos durante os atendimentos em função da postura empática e aceitadora do psicólogo. Os atendimentos realizados assemelham-se ao plantão psicológico como prática de intervenção clínica em instituições quanto às atitudes do plantonista e a sua forma de acolher a demanda do cliente. Foi possível constatar a importância de uma relação dialógica para o desencadear de um processo experiencial que disponibiliza ao cliente um resgate de sua subjetividade.

Palavras-Chave: acolhimento; atenção psicológica em instituições; abuso em álcool e drogas; prevenção e intervenção psicológica; fenomenologia; narrativa.

ABSTRACT

Zini, R. L. (2013). *Welcoming* as a psychological practice in the context of a Psychosocial Care Center on Alcohol and Drugs. Doctoral Thesis. Psychology Post - Graduation Program - Center for Life Sciences – Pontifical Catholic University of Campinas, 327 p.

This phenomenological research aimed to apprehend the experience of persons who have been attended in a Psychosocial Care Center on Alcohol and Drugs - CAPS - located in a medium size town in São Paulo state in the context of the practice of *welcoming* made effective by a psychologist. This practice has been regarded as one of the facilitator contrivance for the consolidation of the National Health Humanization Program, implemented by the Ministry of Health since 2004. Although, the act of welcoming is recommended as interdisciplinary and inserted into the routine of all professionals and services related to Brazilian Public Health, the purpose was to analyze it from the perspective of a humanistic oriented psychologist. This is a qualitative phenomenological research based on the encounters of the researcher and the participants on the context of a duty care routine service. Thirty-six adults of both sexes were interviewed including those who attended the service for the first time and those who returned to treatment after a period of neglect during the period of September 2011 and August 2012. From these thirty-six people, fifteen were selected to participate in the research. As a strategy for the analysis of the encounters with the participants, there were constructed written narratives that enabled the researcher to approach with elements of the experience of these people from his own impressions on meeting them in a dialogic relationship. The results showed significant elements that emerged from these clinical encounters: 1) **self-image**: the participants refer to themselves as people who can undertake changes in the way of living towards the physical and psychological health; feel hopeful about the possibility of recovery from treatment adherence; 2) **relationship with the body**: the experience revealed a split between the physical body and its symbolization leading them to neglect the information transmitted to them by service technicians as to be carriers of serious physical ailments and other health problems; 3) **self-perception**: they preserve the condition of narrating their own life story, relating facts and relevant events that impelled them to be in the present condition; 4) **affective relationships**: the beginning of the use of chemicals is associated with emotionally relevant people, but it is also, the decision to seek help to get rid of addiction, 5) **suffering because of the manner they are living as** a trigger for seeking professional help, 6) **relationship with drugs consumption**: independent of the substance(s) used, most of the time, consumption was reported by participants as something that they had already stopped when they took the initiative to seek help from CAPS. Participants felt welcomed during the encounters due to the empathic attitude and acceptance of the psychologist. The practice of *welcoming* performed in this study regarded the well-known institutional practice of psychology on duty care as proposed by Brazilian psychologists as an intervention made effective by the means of some specific attitudes held by the psychologists in order to receive clients psychological emergency demand. Thus, it was possible to realize the importance of a dialogic relationship to engage an experiential process that provides the client with a rescue of his/her subjectivity.

Keywords: welcoming; psychological on duty care in institutions; alcohol and drug abuse; psychological prevention and intervention; phenomenology; narrative.

RESUMEN

Zini, R. L. (2013). Acogida como práctica psicológica en el contexto de un Centro de Atención Psicosocial en Alcohol y Drogas. Tesis de Doctorado – Programa de Post Graduación Stricto Sensu en Psicología del Centro de Ciencias de la Vida – PUC – Campinas, 327 p.

La investigación tuvo como objetivo aprehender fenomenológicamente la experiencia de personas atendidas en un Centro de Atención Psicosocial en Alcohol y Drogas, situado en un municipio del interior del estado de São Paulo, a partir de la práctica de la *acogida* realizada por un psicólogo. Esta práctica ha sido considerada como uno de los dispositivos facilitadores para la consolidación del Programa Nacional de Humanización en Salud, implementado a partir de 2004 por el Ministerio de la Salud. Aunque el acto de la acogida sea preconizado como interdisciplinar y se encuentre insertado en la rutina de todos los profesionales y servicios de salud pública brasileños, se buscó analizarlo bajo la perspectiva de la práctica de un psicólogo de orientación humanista. Se trata de una investigación cualitativa de inspiración fenomenológica y el contexto escogido para los encuentros del investigador con los participantes fue la atención rutinaria de guardia. Fueron entrevistadas treinta y seis personas adultas de ambos sexos que comparecieron al servicio por primera vez o retornaron al tratamiento después de un periodo de abandono, entre los meses de septiembre de 2011 y agosto de 2012. De estas, fueron seleccionadas quince personas para participar de la investigación. Como estrategia para el análisis de los encuentros con los participantes, se construyeron narrativas que posibilitaron al investigador una aproximación a elementos de la experiencia de esas personas, a partir de sus propias impresiones, al estar con ellas en una relación dialógica. Los resultados evidenciaron elementos significativos que emergieron de los encuentros: 1) **autoimagen**: los participantes se refieren a sí mismos como personas capaces de emprender cambios en la forma de vivir en dirección a la salud física y psicológica; se sienten esperanzados en lo que se refiere a la posibilidad de recuperación a partir de la adhesión al tratamiento; 2) **relación con el cuerpo**: se reveló la experiencia de una escisión entre el cuerpo físico y su simbolización, llevándolos a inadvertir las informaciones que les eran transmitidas por los técnicos del servicio en cuanto a ser portadores de molestias físicas graves y otros agravantes de la salud; 3) **percepción de sí mismo**: preservan la condición de narrar su propia historia de vida, relacionando hechos y eventos relevantes que los impelieron a estar en la condición actual. 4) **relaciones afectivas**: el inicio del uso de sustancias químicas está asociado a personas afectivamente relevantes; de la misma forma, la decisión de buscar ayuda para librarse de la dependencia; 5) **sufrimiento por la manera en que se está** viviendo como elemento desencadenador de la búsqueda de ayuda profesional; 6) **relación con el consumo de drogas**: independiente de la(s) sustancia(s) usada(s), la mayoría de las veces, el consumo era referido por los participantes como algo que ya habían dejado, cuando tomaron la iniciativa de buscar la ayuda del CAPS. Los participantes se sintieron acogidos durante las atenciones en función de la postura empática y aceptadora del psicólogo. Las atenciones realizadas se asemejan a la guardia psicológica como práctica de intervención clínica en instituciones en lo que se refiere a las actitudes del psicólogo de guardia y su forma de atender a la demanda del cliente. De esta forma, fue posible percibir la importancia de una relación dialógica para el devenir de un proceso experiencial que ofrece al cliente un rescate de su subjetividad.

Palabras clave: acogida; atención psicológica en instituciones; abuso de alcohol y drogas; prevención e intervención psicológica; fenomenología; narrativa.

AGRADECIMENTOS

Sempre se corre o risco de cometer injustiças ou lapsos ao tentar enumerar tantas pessoas que presenciaram o início e o término desta pesquisa. Algumas pessoas se foram e permanecem inscritas para sempre na memória. Outras tantas surgiram e tornaram meu trabalho mais leve ao transmitirem otimismo, compreensão ou simplesmente confiança nos momentos de maiores atribulações. A todos aqueles que estiveram de uma forma ou de outra envolvidas em um empreendimento pessoal tão importante, a certeza da minha inesquecível gratidão. Em especial:

À Prof^a Dr^a Vera Engler Cury, que através de sua ajuda e compreensão incondicional sempre esteve presente como educadora e incentivadora, acreditando e compartilhando sua rica experiência, para que eu pudesse superar muitos obstáculos ao longo destes anos.

Aos meus pais, Osvaldo e Sueli e meu irmão, Marcelo, que não pouparam esforços - além de seus próprios limites - para a concretização deste sonho e projeto de vários anos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, pela amizade e companheirismo .

A minha companheira Karin que, participou de cada momento deste percurso, sempre me apoiando e amparando incondicionalmente.

Aos amigos Silvio e Rita sempre presentes, confiantes e incentivadores de qualidades que pareciam estranhas a mim mesmo.

A todos os colegas do CAPSad, especialmente Eliana Quilici e Lika, que, abriram as portas daquele serviço para a realização desta pesquisa, acolhendo-me nos momentos de maior dificuldade.

Aos usuários do CAPSad que aceitaram compartilhar de forma profunda e afetiva suas histórias de vida, depositando, de forma emocionante, confiança em meu trabalho.

Ainda, de forma especial minha gratidão à Sandra, Marcelo, Ericksson, Taichi, Cibele, Cleide, Beth Brisola e Paulo Freire.

À CAPES, pelo financiamento para a realização da pesquisa.

Sumário

Introdução.....	11
Capítulo 1 – Cartografando o Acolhimento	18
1 – Novos Modelos Tecnoassistenciais em Saúde	25
2 – Acolhimento segundo a concepção do SUS: uma prática?.....	36
3 – Triagem e Acolhimento: delimitando diferenças.....	44
Capítulo 2 – Os Centros de Atenção Psicossocial.....	47
1 – Os CAPS: alguns pontos críticos	52
2 – O CAPSad como contexto de pesquisa	53
3 – Delimitando o contexto de pesquisa	55
4 – O cotidiano no CAPSad: explorando e descobrindo	62
5 – O Plantão Multiprofissional no CAPSad: uma proposta singular para o acontecer clínico	63
6 – O Plantão Multiprofissional como uma relação dialógica	67
Capítulo 3 – Delineando o caminho da pesquisa.....	71
1 – Método Fenomenológico e a pesquisa em psicologia: um recorte histórico	71
2 – Husserl e a Fenomenologia	78
3 – A narrativa como estratégia metodológica de pesquisa em Ciências Humanas.....	90
4 – O caminho trilhado neste estudo.....	97
4.1 – O processo de encontro com os participantes.....	97
4.2 – A construção das narrativas	98
4.3 – O processo de análise das narrativas a partir do encontro com os participantes.....	100

Capítulo 4 – As Narrativas	103
1 – O processo de narrar nesta pesquisa	103
2 – Narrativas e Sínteses Compreensivas dos encontros com os participantes..	105
3 – Narrativa Síntese	279
Capítulo 5 –Dialogando com outros pesquisadores sobre novos significados	285
Considerações Finais	297
Referências Bibliográficas.....	301
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	325
Anexo II – Carta de Autorização da Instituição	327

Introdução

Objetivou-se neste estudo descrever, compreender e interpretar a experiência de pessoas atendidas no contexto da prática do *acolhimento* ao ser efetivada por um psicólogo em um serviço público de atenção a usuários de álcool e outras drogas, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (Capsad).

Atualmente os CAPSad tornaram-se mais conhecidos pela população em função da preocupação da sociedade face ao agravamento do consumo e abuso de drogas, levando os meios de comunicação a colocarem em cheque as políticas públicas e os serviços de saúde disponíveis para resolver o problema. De um modo geral, a expectativa é que por meio da implementação de medidas restritivas pelos órgãos públicos seja possível solucionar de maneira imediata este problema que se alastra pelos grandes centros urbanos brasileiros, mas também não poupa os pequenos municípios. Há uma tendência a associar-se o aumento no consumo de drogas ao recrudescimento dos índices de violência urbana, sem que sejam feitas análises mais aprofundadas acerca dos fatores de ordem social e psicológica que incidem sobre a vida nas sociedades contemporâneas do ocidente. Neste cenário, os CAPS surgem no imaginário coletivo como capazes de absorver diversos níveis de tratamento ao usuário¹ de drogas e são cada vez mais solicitados a dar respostas e executar

¹ Este estudo utiliza os termos cidadãos, clientes, pacientes e usuários de maneira aproximada, por não haver na literatura e entre profissionais uma unanimidade de como se ferir as pessoas que utilizam-se dos serviços públicos de saúde.

ações eficazes em relação ao problema. Atualmente constata-se uma tendência na sociedade para a implementação de ações focadas exclusivamente em internações psiquiátricas em instituições hospitalares. Tal anseio baseia-se em suposições fantasiosas sobre a necessidade de afastar essas pessoas do convívio social como estratégia para solucionar os riscos decorrentes do consumo de drogas, em especial o recrudescimento da violência urbana. Esta situação acaba por tumultuar a rotina dos técnicos da área da saúde mental, pois são chamados a dar conta de um problema complexo e de difícil solução que deveria envolver equipes interdisciplinares e um trabalho em rede muito bem organizado, o que nem sempre é possível apenas com os serviços disponíveis. Mesmo diante desta solicitação por ações e respostas urgentes por parte dos diferentes segmentos sociais, governamentais ou não, ainda prevalece em relação à formulação de políticas públicas nos âmbitos municipais, estaduais e federais um processo desordenado e não integrado que complica ainda mais a situação.

De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, há, no Brasil, 1.650 municípios com mais de 20 mil habitantes. Destes, 971 possuem ao menos um CAPS. Ao considerar o percentual médio de expansão do número de municípios com CAPS no período de 2002 a 2010, pode-se prever que apenas em 2015 todos os 1650 municípios brasileiros terão pelo menos um CAPS implantado como um serviço de atendimento em saúde mental, sem qualquer especificidade ou distinção em relação aos usuários. Ainda, de acordo com o mesmo relatório, ao final de 2010, havia 258 CAPS ad

espalhados pelo país. Do total de 238 municípios com mais de 100 mil habitantes, 138 (o equivalente a 48%) ainda não possuíam Capsad² em 2010.

Os Centros de Atenção Psicossocial, em quaisquer de suas modalidades, estão submetidos às diretrizes operacionais básicas do Sistema Único de Saúde de **universalidade** no atendimento, **integralidade** das ações de saúde e **equidade**. Em termos abrangentes, esses princípios não objetivam a mesma oferta de serviços de saúde para todos, mas, reconhecem a distribuição de serviços e ações igualitárias justamente no respeito às singularidades de raça, gênero, traços culturais etc.

Em vista da efetivação de seus princípios básicos desde o ano de 2004, foi oficialmente implantado no Brasil o Programa Nacional de Humanização da Saúde (HumanizaSUS) com o objetivo de ofertar um atendimento não apenas efetivo, no sentido da eliminação de uma determinada moléstia, mas visando atender o ser humano em sua integralidade e no desempenho de diferentes papéis sociais: o trabalhador, solteiro ou casado, desempregado, que habita uma determinada região do país, portanto, com hábitos diferentes de outro sujeito que more em outra região, etc. Dessa forma, apesar do reconhecimento das diferenças e desigualdades sociais presentes em um país continental como o Brasil, alguns princípios foram postos como necessários para se construir não apenas serviços em seu sentido físico, mas modalidades de atendimento que tenham como referência a

² O CAPSad onde se efetiva esta pesquisa é o terceiro do Brasil a requerer o reconhecimento de CAPSad III, isto é, com funcionamento 24 horas.

atenção e o cuidado a todo cidadão que vier em busca de uma instituição pública de saúde. Neste contexto, o presente estudo pretendeu ocupar-se de analisar a prática do **acolhimento**, por julgar que essa proposta ou princípio de humanização da saúde pública concentra uma grande confusão do ponto de vista técnico que acaba por esvaziá-la de sentido, negligenciando sua especificidade de forma a torná-la somente uma nova denominação para procedimentos habituais como triagem ou coleta de dados iniciais por meio de uma entrevista dirigida. Acolhimento é um tipo de termo genérico que parece ser aplicável às mais variadas situações e engloba diversas modalidades de técnicas e saberes específicos sem que se possa encontrar critérios bem definidos que possam nortear sua prática. Assim, diante da perplexidade de terem que efetivar um procedimento *humanizador* sem que se saiba bem o que significa nem como avaliar sua efetividade e eficácia, os gestores e técnicos dos serviços públicos de saúde acabam adotando maneiras próprias de lidar com esta determinação resultando em: acolhimento como recepção aos usuários, como técnica de atendimento ou como uma *postura* diante do encontro com o usuário no momento de sua entrada no serviço.

Em relação à participação dos psicólogos neste contexto, dados divulgados pelo Conselho Federal de Psicologia apontam a existência de aproximadamente 216.000 psicólogos no Brasil; destes, cerca de 50.000 atuam nas áreas de Saúde, Detrans, Assistência Social, Segurança Pública e Forças Armadas. Ainda, segundo esta mesma fonte, analisando-se a atuação dos psicólogos nos treze maiores estados brasileiros conclui-se que a maioria atua em serviços de saúde

ou de assistência social. Nessa perspectiva, com uma inserção importante deste profissional nos serviços de saúde, torna-se imprescindível analisar sua prática à luz de uma atenção efetivada em instituições, fato que lhe impõe a adoção de modelos de atendimento bem diferentes daqueles aos quais parte de sua formação acadêmica ainda se dirige.

Assim, o pesquisador que atua num CAPSad localizado em um município de médio porte localizado no interior do Estado de São Paulo empreendeu a tarefa de examinar-se e a sua prática no contexto de um plantão multiprofissional que se propõe a acolher os usuários que buscam por algum tipo de ajuda profissional que os livre da dependência em relação às drogas. Como se efetiva o *acolhimento* na prática profissional de um psicólogo nos atendimentos realizados semanalmente no contexto de um CAPSad?

O texto da tese foi organizado em cinco capítulos cuja organicidade orientou-se de forma a preservar o processo pelo qual a pesquisa foi realizada:

- **Capítulo I: Cartografando o Acolhimento** – Neste capítulo é apresentado um breve histórico de como se deu a inserção do *acolhimento* no contexto do ideário e da prática do Sistema Público de Saúde no Brasil - SUS -, reconhecendo-o como sucedâneo do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, com destaque para as propostas e modelos surgidos após o final do regime militar. Destaca-se, em especial, o Modelo em Defesa da Vida (MDV). Ao final, faz-se uma distinção entre acolher e triar.

- **Capítulo II: Os Centros de Atenção Psicossocial** – Apresenta-se o surgimento dos CAPS, sua relevância para a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira e os modelos atuais implantados nestes serviços. Destaca-se o CAPSad como contexto para os encontros do pesquisador com os participantes do estudo; caracteriza-se especificamente o atendimento no Plantão Multiprofissional, enquanto uma prática inovadora por integrar profissionais com formações diferentes de forma a possibilitar uma atenção ao usuário formada por muitos saberes e práticas.
- **Capítulo III: Delineando o Caminho da Pesquisa** – Inicialmente, são configurados histórica e epistemologicamente, elementos importantes de um estudo de natureza fenomenológica. A seguir é apresentado o processo ao longo do qual se efetivou a pesquisa, seus aspectos metodológicos e formais e os passos trilhados pelo pesquisador, incluindo-se a maneira como foram construídas as narrativas compreensivas até culminar na síntese geral.
- **Capítulo IV: As narrativas** – São apresentadas a narrativa de cada atendimento realizado pelo pesquisador com os participantes da pesquisa, seguido de uma síntese compreensiva de cada atendimento. Finalizamos com a construção de uma Narrativa Síntese.
- **Capítulo V: Dialogando com outros pesquisadores sobre novos significados** – apresenta-se uma discussão à luz de pesquisas realizadas por outros autores sobre as reflexões do pesquisador a partir da análise dos elementos significativos que emergiram das narrativas compreensivas e da narrativa síntese

de forma a concluir o processo da pesquisa com o apontar de um sentido para além dos resultados deste estudo, num convite aos interlocutores para a realização de novos estudos que venham a contribuir para o desenvolvimento científico da psicologia como prática e como profissão.

Capítulo 1

Cartografando o Acolhimento

Vivemos, hoje, a crise do projeto humano: sentimos a falta clamorosa de cuidado em toda parte. Suas ressonâncias negativas se mostram pela má qualidade de vida, pela penalização da maioria empobrecida da humanidade, pela degradação ecológica e pela exploração exacerbada da violência. Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações! O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como pátria e mátria de todos.

Boff, 1999, p. 191

Ao se considerar o conceito de *Acolhimento* e sua aplicação no contexto em que este estudo foi desenvolvido, a saber, o campo da saúde pública e da reforma sanitária brasileira, é necessário, preliminarmente, realizar um breve exame acerca do modelo assistencial atual, uma aproximação em relação ao processo de saúde e doença que permeia as práticas profissionais e as políticas públicas que norteiam o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS).

Como um profissional balizado pelas teorias humanistas, a todo momento o pesquisador depara a reflexão e a defesa da necessidade de imergir-se nos fenômenos que deseja compreender. Mais que isso, adentrar na vida de pessoas e situações que as cercam, sem negar que

também se é parte desse contexto, e comprometido com a atitude de buscar compreender o outro por meio de uma relação dialógica, já que esta é intersubjetiva.

Morato (1999), metaforicamente, utiliza-se do ofício do cartógrafo para instalar nessa inserção, subjetiva e via território, o psicólogo, tornando-o parte inseparável do contexto, no caso, havendo a existência também como pesquisador e ser humano, que é passível de sentimentos, de experimentar boas ou más sensações e observações. Intencionalmente ou não, também se é esse cenário vivido no momento do acolhimento. Pode-se cartografá-lo ou apenas planar sobre ele, observando nuances imediatamente mais perceptíveis, sem apreender significados.

Assim, afirma:

A cartografia surge como um método com dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles. A cartografia se faz ao mesmo tempo em que o território. Ela acompanha a transformação da paisagem, nascendo da geografia dos movimentos da terra, imperceptíveis ao olho. Sua missão é criar língua para os movimentos, dando-lhes condições de passagem e efetuação. Criação de subjetividade. (1999,p.62)

Ainda, nessa mesma obra, a autora aproxima-se da prática profissional do psicólogo em instituições, auxiliando o pesquisador a estruturar seu papel de profissional e pesquisador, vivendo o personagem de uma maneira natural, imerso quase que diariamente no

problema a ser pesquisado. Contudo, muitas vezes se zangando com colegas de ofício, com clientes, mas ao mesmo tempo recebendo e oferecendo afeto, entrando em contato com as diferentes trajetórias de cada um e por isso se sensibilizando, mobilizado por inúmeras emoções e sem jamais almejar ou conseguir manter-se indiferente.

Conforme melhor explica Morato (1999, p. 63):

O cartógrafo quer participar, construir realidade. Seu movimento é de entrega para descobrir/inventar. Seu corpo é deixado vibrar nas várias frequências possíveis para encontrar sons, canais de passagem, carona para viver a existência.

Assim, o pesquisador aceitou o desafio de apreender o que é ser e estar num Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad) como psicólogo, recortando e configurando as rotinas próprias do dia a dia do serviço e seus percalços para transmitir como se dá a *vida cotidiana e inesperada*, atendo-se a algumas situações de maior relevância com base nas próprias afetações diante dos fatos que se tornaram os fenômenos a serem estudados enquanto vividos.

O vocábulo acolhimento é de origem latina, *accolligere*, e comporta vários significados, como os citados por Houaiss (2009): dar acolhida ou agasalho a, hospedar, receber; atender, receber; admitir, aceitar, receber; dar crédito a, dar ouvidos a; tomar em consideração, atender a. Dessa maneira, ao optar-se por evidenciar a semântica envolvida no termo em apreciação, tem-se como objetivo introdutório

elucidar que acolhimento neste estudo implica um conjunto de atitudes; portanto, não deve ser compreendido em um sentido assistencialista.

Retomar brevemente a concepção sobre o *acolhimento*, como a utilizada oficialmente na prática da saúde pública brasileira, permite uma aproximação com a práxis psicológica, portanto, vamos situá-la ao longo de sua trajetória, desde a implantação do SUS no Brasil. Assim, o pretendido agora é se distanciar temporariamente dos vários e, muitas vezes, conflitantes sentidos atribuídos a esse termo ao longo de sua aplicação nos diferentes contextos institucionais, seja nos textos que se referem às diretrizes operacionais dos serviços de saúde, seja nos enfoques relacionados ao campo da saúde mental, organização de serviços, entre outros (Teixeira, 2003).

Como advertem Alves e Silva Jr. (2007), modelos assistenciais são o conjunto dos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis em uma determinada época, articulados com base em escolhas éticas e políticas, visando à resolução dos problemas de saúde de uma determinada sociedade. Trata-se, eticamente, de escolher prioridades e maneiras para enfrentar e operacionalizar essas escolhas. Como exemplo, basta-nos rememorar a indigência e crueza com que a classe operária menos favorecida foi tratada pelas autoridades sanitárias (policiais) diante da epidemia de febre amarela, ocorrida entre os fins do século XIX e início do século XX, até hoje percebidas nas habitações “tombadas” em praticamente todas as cidades que naquela época tinham alguma relevância estratégica, do ponto de vista econômico, para a consolidação da tardia burguesia brasileira.

A esse respeito, Merhy (2000, p. 3) acrescenta:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

Parte-se assim do pressuposto de que a busca por saúde não é perene e, para exemplificar, pode-se considerar aqui o surgimento de novas tecnologias e novas demandas criadas socialmente, como é o caso, por exemplo, da inclusão de procedimentos estéticos (reparadores) entre as ações de saúde reconhecidas e incorporadas pelo SUS.

No caso brasileiro, as diferentes construções históricas em relação à assistência à saúde ocorrem de forma inseparável da dialética dos movimentos sociais, associadas a grandes lutas no campo político, econômico e ideológico (Fleury, 1995), e não, como pretende muitas vezes o discurso oficial, como decorrência inevitável da superação do atraso cultural brasileiro em relação aos países mais desenvolvidos (Morel, 1982). Em trabalho anterior, o pesquisador (Zini, 2004) buscou de forma detalhada discorrer sobre o desenvolvimento conceitual das práticas de saúde no Brasil, desde o início do século XX até meados da década de 1980, com a criação do SUS. Nesse estudo,

evidenciou-se que as discussões iniciadas na década de 1970 pelo denominado *Movimento Sanitário* explicitaram o esgarçamento do modelo conceitual hegemônico, baseado nos conceitos da biomedicina. Tal conceito, hegemônico no Brasil até aquela década, primava pelo predomínio de investimentos quase exclusivamente voltados para novas tecnologias advindas da engenharia biomédica, por exemplo, novas formas de diagnóstico por imagem, novas técnicas cirúrgicas etc., objetivando circunscrever o adoecimento aos seus sintomas característicos e na prescrição de medicamentos ou intervenções consideradas, pelo profissional médico, como as mais adequadas (Antunes & Queiroz, 2007).

No Brasil, tais paradigmas convertidos em políticas públicas, que perduraram até meados da década de 1980, efetivaram-se por meio da privatização e da mercantilização do setor da saúde, em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda dos serviços médicos e da indústria de produtos e insumos vinculados a esse setor, ou seja, financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, capitalizando tais empresas privadas sem que essas corressem riscos inerentes às leis do mercado, uma vez que o Estado garantia sua compra (Campos, 1994).

Illitch (1975), ao examinar o impacto e a provável “universalidade” de tal modelo de prática e atendimento, afirma que este

(...) criou a perigosa ilusão de uma correlação natural entre a intensidade do ato médico e a frequência das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da

prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente (p. 26).

E ainda faz a seguinte afirmação:

O doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo. O atestado médico de seus sintomas isenta-o das suas obrigações relativas ao seu papel social e dispensa-o de participar de suas atividades normais. Tem um novo papel: o de portador legítimo de uma anormalidade (...) a doença impõe ao doente a obrigação de se submeter ao serviço de reparação prodigalizado pelos doutores (...). Pela identificação do papel de doente com o de paciente do qual o sistema se encarrega, a doença foi industrializada por toda uma geração (p. 73).

Esse predomínio tecnológico e de hegemonia do saber médico criou disparidades na efetivação das práticas coletivas de saúde, na medida em que seu alto custo impede o amplo acesso da população que se utiliza dos serviços públicos de saúde, já sabido que esta é reconhecidamente aquela população que enfrenta maiores privações econômicas e sociais. Essa situação ainda produz o destrutivo efeito psicológico nos sujeitos à medida que esses fiam o *cuidar de si* em algo ou alguém que supostamente poderá lhes oferecer os ditames do bem viver. Entende-se que esse ato se efetive na perda de autonomia sobre certos aspectos pessoais importantes da vida, uma vez que o exercício do autocuidado progressivamente tende a ser transferido a outro sujeito ou instituição.

Segundo Merhy (1994; 1997), na situação descrita há o predomínio da utilização de *tecnologias duras* – equipamentos progressivamente mais sofisticados, intervenções estritamente técnicas etc. – alijando-se as *tecnologias leves*, isto é, aquelas construídas e provenientes do próprio ato inter-relacional entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Para esse autor, são as tecnologias leves as que mais estão presentes no processo de produção da saúde, concretizando-se no cotidiano por meio de trocas intersubjetivas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, pela promoção de vínculos, trocas de saberes e experiências, e a participação pela responsabilidade do usuário para com sua saúde, uma vez que possíveis agravos a seu estado passam a referir-se a um determinado contexto e a alguém renomado.

1 – Novos modelos tecnoassistenciais em saúde

Segundo Cecílio (1997), o Movimento Sanitário Brasileiro tem suas origens políticas mais significativas em três vertentes constitutivas: o Movimento Estudantil, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), os movimentos de médicos residentes, de renovação médica e a academia.

Principalmente na década de 1970, o Movimento Sanitário adotou como estratégia a ocupação de espaços políticos no interior das instituições do Estado, partindo da premissa de que por meio da saúde poderiam ser promovidas “transformações sociais radicais” (Cohn & Elias, 2002). Essa contextualização permite pensar nos modelos

contra-hegemônicos de saúde no Brasil, isto é, aqueles com propostas identificadas como alternativas ao modelo biomédico, como resultado da convergência de lutas sociais encetadas ao longo do Regime Militar. Observada com base em certo distanciamento histórico de quase três décadas de distensão política, pode-se afirmar que essa atuação buscava fissuras na estrutura burocrática estatal e era por ali que se acreditava que a ação de militantes políticos de vários matizes – especialmente marxistas – encontrava algum espaço de abertura dentro das próprias contradições do Estado (Alves, 2010; Gruppi, 1978).

Braga Campos (2000) afirma que tais reformas, já naquele período, estavam em curso nas cidades de Campinas/SP, Santos/SP e Niterói/RJ, entre outras. No entanto, somente após VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) é que se tem a sistematização e operacionalização de ideias que culminaram com a possibilidade de efetiva implementação de uma Reforma Sanitária no país: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por sua vez, a Constituição de 1988, demarcando simbolicamente o fim do Regime Militar, incorpora tais ideais procedentes do Movimento Sanitário, explicitando que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art.196, seção II).

E, consecutivamente, com sua regulamentação por meio da lei federal n. 8.080/1990, a saber:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990, art. 3º, parágrafo único).

Apesar de não ser objeto desta pesquisa o aprofundamento do complexo jurídico referente à saúde, necessita-se reconhecê-lo como sucedâneo dos questionamentos propostos pelo Movimento Sanitário e predecessor de políticas públicas contemporâneas à medida que determinadas leis expressam o reconhecimento, por parte do Estado, de fatores de ordem social e econômica na promoção e manutenção da saúde. Esse reconhecimento exprime tacitamente a insuficiência de vieses e abordagens unilaterais em relação à saúde, de forma que suscitem a necessidade de participação de outros olhares profissionais e não mais, exclusivamente, o saber médico.

De uma forma mais eficiente de exposição, Silva Jr. (1998) destaca três propostas efetivadas no processo de implantação do SUS e consideradas por ele como elucidativas. São elas: Sistemas Locais de Saúde (SILOS/BA), Saudicidade (Curitiba/PR) e o Modelo em Defesa da Vida (MDV), originado por profissionais e pesquisadores com reconhecida experiência gerencial e assistencial, fundadores do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA), na cidade de Campinas/SP.

Embora outros modelos também levem em consideração a importância dos processos de subjetivação na “produção de saúde”, neste estudo o pesquisador apresenta o Modelo em Defesa da Vida com maior destaque, pelo seu legado e a sua projeção política ainda atual.

Segundo Santos, Superti e Macedo (2002),

O Modelo em Defesa da Vida vale-se dessa ótica conceitual de saúde para nortear os princípios de ação dos projetos propostos por ele, quais sejam: acesso e acolhimento, vínculo e responsabilização, responsabilidade sanitária, resolutividade, gestão democrática e controle social (p.30).

Aqui também se assumiu tomar como referência principal essa proposta em virtude de sua abrangência constatada em diversas áreas, tais como: ser referência para pesquisadores e gestores em saúde em âmbito nacional; com diversas publicações e análises técnicas, influenciou as políticas públicas em vários municípios com base em uma nova racionalidade, centrada no sujeito; e, especialmente, pela inserção de um grande número de gestores e pesquisadores coadunados em torno desse referencial de atuação em postos-chave da administração pública, tanto na esfera federal como também estadual e municipal, imprimindo-lhe relevância no cenário da saúde brasileira.

Por fim, não se poderia deixar de citar o “Programa Paidéia de Saúde da Família” como ditame das diretrizes da Secretaria Municipal

de Campinas durante a gestão 2001-2004, permitindo importantes reflexões e “ensaios”, exitosos ou não, que pela proximidade e possibilidade de acesso aos seus detalhamentos foram de grande importância para os pesquisadores em saúde.³

Como já explicitado anteriormente, as propostas em saúde ocorrem *pari passu* com as transformações sociais e políticas do país e, conseqüentemente, de forma articulada e indissociável com o pensamento hegemônico da época que se pretende abordar. Da mesma maneira, a escolha do “modelo de atenção à saúde” enfatizada ao longo deste estudo revela não apenas uma forma de conceber a própria atuação profissional, como também a assunção de valores éticos e humanos que se refletem nessa prática. Assim, constitui-se em um comprometimento ético e político a escolha prioritária de um modelo assistencial como referencial de estudo acerca das práticas contemporâneas em saúde, sem confundir-se com um signatário totalmente probo a qualquer modelo. Este não pode ser o papel do pesquisador.

Mas, afinal, o que é um modelo?

Na vida cotidiana, pensa-se em um modelo de forma aproximada a um protótipo, isto é, uma criação preliminar – um protótipo arquitetônico, por exemplo – a ser reproduzida valendo-se da correta aplicação de pressupostos técnicos e precisos, ou seja, procedimentos estritos para a obtenção do êxito desejado.

³ Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>. Acesso em: maio 2010.

Em saúde, tal ideia se mostra insatisfatória e incompleta, já que o ato de “produção de saúde” não possui uma fronteira tão bem demarcada; não se inicia nem tampouco se encerra na conduta médica, na prescrição de medicamentos, dietas ou padrões de comportamento considerados “saudáveis”. Conforme adverte Merhy (2002), circunscreve-se ao “trabalho vivo em ato”, marcado pela relação intersubjetiva e criativa dos atores envolvidos.

Acredita-se que o modelo *tecnoassistencial em Defesa da Vida* seja aquele que mais exprime em termos atuais o Acolhimento como um provável dispositivo dinamizador de práticas e concepções de saúde, na qual esta é concebida como um amplo processo sociopolítico, aproximando-o, mesmo que etimologicamente, com a práxis em saúde que aqui é defendida.

Campos (1991/2006), em *A saúde pública e a defesa da vida* – obra considerada um marco reflexivo para as políticas públicas de saúde, protagonizada em todo processo de consecução do SUS – assume o escopo político e partidário presente na formulação deste modelo. Em vez da negação, a assunção do embate no campo político.

O autor exprime a dificuldade de implantação de novas propostas, sugerindo desde então a necessidade de uma ampla articulação social e política em torno de novos projetos.

O Partido Comunista Italiano, a Perestroika dirigida por Mikhail Gorbachev, o Partido dos Trabalhadores no Brasil, são esforços neste sentido. Representam tentativas de construção de uma “vontade coletiva” que se oponha aos novos modos de organizar a vida sob o

capitalismo (...). No Brasil, inegavelmente, há uma crise da vontade política voltada para a mudança. O imobilismo dos dirigentes políticos da denominada Nova República, o pragmatismo de expressivos setores da esquerda tradicional ou populista, que quando governantes procedem de forma muito semelhante àquela característica das elites, e mesmo a dura e persistente intransigência das classes governantes, que vêm derrotando sistematicamente o esforço militante de milhares de pessoas (...) (pp.18-19).

Campos conclui que

Estas análises sobre setores da intelectualidade brasileira e lideranças que se pretendem progressistas e renovadoras, mas que na realidade têm apenas servido ao poder do momento, aplicam-se, em suas linhas mais gerais, também aos integrantes do denominado Movimento Sanitário (pp. 23-24).

Ainda, ao fazer referências a esse modelo tecnoassistencial – que à época aparentava um enfraquecimento diante do pragmatismo rotulado de “governabilidade” – Campos mostra o mérito não apenas teórico-conceitual deste modelo, mas sua importância política para que muitos questionamentos acerca de saberes e práticas em saúde fossem adotados no sentido do pragmatismo, ou seja, um conceito de empirismo e teoria com forte fundamentação científica, na medida em que diversos de seus idealizadores passaram a ocupar – na “Nova

República” (1986) – postos estratégicos, em níveis variados de abrangência, nas esferas governamentais responsáveis pela gestão ou execução de políticas públicas.

Com essa inserção nas esferas públicas, viabilizou-se que experiências inovadoras, obstáculos e novas inquietações viessem à tona desde então, muito embora – mesmo com sua reconhecida importância – esse modelo não possa ser considerado hegemônico ao longo da última década, dada a já citada dinâmica das relações políticas que envolvem todas as questões concernentes à saúde e à sociedade brasileira.

Ao contrário, percebe-se, com base em uma leitura histórica linear, que ao longo da década de 1990 a luta ideológica travada no período anterior à criação do SUS continuou de forma vigorosa perante as novas investidas políticas representadas mundialmente por um projeto abrangente (neoliberal), proposto por agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Alicerçado na diminuição progressiva da atuação do Estado nas políticas sociais (Estado mínimo), por meio dos mecanismos de ajuste fiscal e reestruturação administrativa, tal projeto em última instância apregoa a participação da iniciativa privada em ações anteriormente de sua responsabilidade, se não a substituição quase que total das ações estatais pela iniciativa privada (Uga, 2004; Costa 1998; Cohn, 1995). Exemplar no campo da saúde pública foi a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), na cidade de São Paulo, durante a gestão do prefeito Paulo Salim Maluf (1993-1997), que na prática se desvinculou do SUS, deixando até mesmo de receber verbas federais.

Gouveia e Palma (1999) sintetizam de forma bastante elucidativa o período de uma década vivida sob a tensão do projeto neoliberal citando a entrevista com o então diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), George Alleyne, ao jornal *Folha de São Paulo* em 14 de dezembro de 1998. Nessa entrevista, este dirigente propunha como uma das saídas para a crise financeira enfrentada pelo Brasil o abandono dos princípios constitucionais referentes à saúde, propondo a criação de uma

cesta básica [*sic*] de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da gratuidade dos serviços. Para além disso, o mercado de Planos e Seguros (...) (p. 141).

Ainda, para Gouveia e Palma (1999), tal proposta pode ser assim traduzida:

A tese afronta de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a universalidade, uma política focalista; contra a integralidade, uma “cesta básica”; contra a igualdade, o favor e a porta dos fundos de hospitais; contra o controle público, as leis do mercado (...) (p. 142).

É incontestável que, igualmente aos períodos históricos anteriormente descritos, o embate relativo à saúde permanece atrelado à política estratégica de construção do Estado e às concepções ideológicas hegemônicas em todos os momentos históricos aqui abordados, de tal maneira que parece emblemática e lamentavelmente

atual a afirmação de Costa (1979/2004) ao tratar da assistência brasileira à saúde entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX.

Só historicamente é possível perceber que em meio a atritos e fricções, intransigências e concessões, estabilizou-se um compromisso: o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas (pp. 28-29).

Assentir com as premissas ora apresentadas permite concebê-las como um convite para que a prostração diante das adversidades transforme-se no reconhecimento de que tais políticas somente são tornadas hegemônicas por força da repressão institucionalizada pelo Estado ou pela formação de um consenso pactuado pela sociedade, seja pela omissão no agir politicamente ou pela hegemonia de interesses corporativos.

Abre-se assim, diante dessa condição, um conjunto de possibilidades de atuação à medida que se passa a reconhecer o usuário dos serviços de saúde como protagonistas, ou melhor, partícipes desse processo de “fazer saúde”, considerando que as concepções e demandas sobre ela são destacadas e secularizadas no viver em sociedade.

Igualmente, nunca é demasiado atentar para o fato de que o termo *acolhimento* aparece de forma sistemática no Programa Nacional de Humanização em Saúde (PNH) (Brasil, 2004e), como uma possível

ferramenta de intervenção no campo da saúde e acessória à humanização dos serviços de saúde.

Embora se reconheça que o novo cenário político, desde janeiro de 2003, tenha possibilitado a incorporação do conceito de humanização enquanto política pública, não se pode deixar de destacar que anteriormente a esse período diversas iniciativas modelares de humanização da atenção à saúde já haviam sido concretizadas, quer pela pressão dos trabalhadores em saúde, quer pela pressão exercida por movimentos sociais ou de usuários organizados.

Segundo Mendes e Souza (2009), anteriormente ao período descrito, diversas ações em saúde já demonstravam a “vocação” à humanização da atenção à saúde na construção do SUS. São exemplos: O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000), que, entre outras questões, reconhece o direito e provável efeito “terapêutico” da permanência de um acompanhante para menores de 18 anos e pessoas acima de 60 anos, em caso de internação hospitalar; o Programa Nacional de Humanização no Nascimento (2000); e o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, popularizado como “Mãe-Canguru” (2000). Este último, de relevância internacional, exemplifica de maneira esclarecedora as diretrizes do futuro PNH (HumanizaSUS) ao preconizar o *acolhimento* do bebê e sua família, o respeito às singularidades (cuidado individualizado), o contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê (Brasil, 2002; Hennig, Gomes & Gianini, 2006).

2 – Acolhimento segundo a concepção do SUS: uma prática?

Como uma condição inaugural de análise e intencionando melhor abonar as discussões teóricas e práticas desta pesquisa, procurou-se, previamente, estabelecer um apoio em evidências teóricas e normativas, propostas pelo SUS, a respeito do *Acolhimento*. Repousamos por ora nossas explanações segundo essas concepções, de forma pretensamente orientada a fim de enriquecer tal discussão.

Como ponto inicial de análise, cabe destacar que o *Acolhimento*, tal como é proposto atualmente e hegemonicamente no campo da Saúde Pública, refere-se a uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), embora o uso dessa denominação não se inicie com tal programa, nem tampouco seja consensual o seu emprego.

Decerto, o único consenso possível seja de que tal programa sintetiza muitas inquietações em relação à maneira conservadora com que a saúde vinha sendo conduzida até meados do século XX, maneira esta que em um novo cenário político pode ser traduzida em novas propostas. Ou seja, pode-se pensar que o programa possibilitou a catalisação de descontentamentos e sentimentos de imobilidade em relação a esse “conservadorismo”, conforme Campos (1991/2006) já expusera ao denunciar “a degradação do espírito de compromisso social, necessário ao funcionamento dos serviços de saúde”(p.26).

O programa HumanizaSUS, lançado em 2004, incorpora diversos avanços conceituais referentes às práticas assistenciais e à definição de papéis dos profissionais e usuários do SUS. Destaca-se, primeiramente, que a humanização referida nesse programa não se

identifica com práticas assistenciais ou caritativas, mas como tentativa de recolocação dos usuários dos serviços de saúde como protagonistas do processo de humanização, ao adotar como meta o fortalecimento do controle social já preconizado pelas diretrizes operacionais básicas do SUS.

Mais que uma proposta sobre procedimentos que visam proporcionar bem-estar ao usuário, o programa incorpora o princípio, em caráter ideal, da transversalidade de práticas e saberes em saúde, sejam esses saberes acadêmicos ou populares, explicitando o imperativo da interlocução entre as diversas áreas do conhecimento. O viés de valorização e empoderamento dos saberes populares traz o usuário como referência na formulação de políticas públicas que sabidas e reconhecidas são descontínuas de um governo a outro e dependentes quase em sua totalidade do aval político dos gestores locais de saúde.

Com tais premissas, o conceito de humanização é entendido de maneira ampliada, um caminho de mão dupla que necessita da autonomia e do protagonismo dos próprios sujeitos para que atitudes humanizadoras sejam efetivadas. Trata-se, portanto, de uma proposta política que valoriza a correponsabilização entre o Estado e a sociedade na construção de vínculos solidários bilaterais. Uma proposta de ampliação de novas práticas de produção de saúde para a afirmação em “defesa da vida” (Pedroso & Vieira, 2009).

Ainda que o objetivo seja definir de maneira mais aprofundada o que é entendido por acolhimento, deve-se destacar que este não é o único dispositivo preconizado como operacionalizador do processo de

humanização, merecendo destaque os conceitos de Clínica Ampliada, Ambiência nos Serviços de Saúde, Apoio Matricial, Visita Aberta e Direito à Acompanhante, Gestão Participativa e Co-Gestão etc.⁴

Como primeira aproximação ao termo acolhimento, pode-se recorrer à sua definição tal como o é originariamente proposta pelo Ministério da Saúde.

É o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do Sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na *recepção e atendimento aos cidadãos*, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde (Brasil, 2008).

Assim, num primeiro momento é possível anuir à definição proposta pelo próprio Ministério da Saúde, dentro de uma perspectiva global, sobre a relação idealizada entre cuidadores e usuários do SUS, embora tal definição abra espaços de discussão na medida em que leva ao inevitável questionamento sobre como esses princípios são compreendidos e praticados.

Dessa forma proposta, deve-se compreender o acolhimento como uma postura, um conjunto de atitudes que permeiam o relacionamento

⁴ As discussões sobre cada um dos dispositivos são dispostas em “cartilhas”. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/node/57>>. Acesso em: jan. 2012.

cotidiano com os usuários ou como ferramenta tecnológica para facilitar o contato inicial?

A polissemia que envolve esse termo não permite uma única resposta, mas leva à necessidade de se recorrer a autores e suas experiências como referência para se compreender a prática.

Pereira e Ayres (2003) datam o uso do termo acolhimento enquanto diretriz operacional de diversos serviços assistenciais em saúde a partir da década de 1990 nos municípios que se empenhavam na implantação de mudanças technoassistenciais baseadas no Modelo em Defesa da Vida.

Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), a proposta de acolhimento surgiu como uma resposta prática às dificuldades encontradas com a implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF), desde o ano de 1994. Tal programa – atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) – propunha, por meio da integralidade de ações, um rearranjo da atenção básica de saúde por meio da superação das práticas de saúde estritamente curativas, fragmentadas e via de regra centradas na consulta médica. Previa um novo tipo de relacionamento entre usuários, serviços e trabalhadores de saúde, objetivando intervenções resolutivas e em consonância com os diferentes contextos sociodemográficos do país.

Segundo esses autores, acolhimento surge como tentativa de resposta sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços de atenção básica ou mesmo como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde.

Segundo o Modelo em Defesa da Vida, o acolhimento não se configuraria apenas como um recurso gerenciador e de facilitação da população para as consultas médicas, mas como uma estratégia possível de romper com o paradigma *médico centrado*, que ocorre pela presença ativa dos sujeitos envolvidos no ato de acolher com interações subjetivas complexas (Dantas Rocha *et al.* 2008; Ayres, 2005; Campos, 1994).

Tal sentido atribuído ao termo como “relação de ajuda” também é apontado por Campos (2003) em sua obra *Saúde Paidéia*, na qual o autor aproxima os conceitos de Acolhimento e Responsabilização afirmando que estes

(...) são conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de pôr limites necessários (p. 163).

Tais conceitos, conforme aponta Diaz (2009), foram atualizados e experimentados no *Programa Paidéia de Saúde da Família*, a partir de 2003, no município de Campinas/SP. Nessa proposta, acolhimento passou a ser considerado como potencialmente promotor de mudanças no próprio processo de trabalho, uma vez que se pretendia promover uma mudança cultural no modo de conceber o adoecimento dos

sujeitos, criando a responsabilização integral dos profissionais de saúde para cada caso particularmente, apostando-se com isso na potencialidade do encontro entre usuário e profissional.

Os processos citados se aproximam da concepção de “Acolhimento como postura” (Silva Jr. & Mascarenhas, 2004), “relação de ajuda” (Camelo *et al.*, 2000), ou “enquanto uma etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro”, como exprimem Takemoto e Silva (2007, p.331), ao figurativamente situarem o acolhimento não em seu aspecto formal, mas como um espaço intercessor entre trabalhadores e usuários.

Outra leitura possível e de suma importância a esse respeito, a ponto de suscitar dissensões intelectuais e propositivas na concepção de serviços, aponta para esse dispositivo como amplificador da garantia da população aos serviços de saúde, oferta de atendimento humanizado e reorganizador do processo de trabalho em saúde, na medida em que outros profissionais também são solicitados para esta tarefa de acolher os usuários. Nota-se que nessa proposta acolhimento refere-se principalmente à recepção e ao atendimento dos pacientes que procuram determinado serviço de forma espontânea.

Embora num primeiro momento tal proposta possa parecer essencialmente pragmática, deve-se atentar que, fundamentalmente, ela também é centrada no usuário, tendo em vista que o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde requer o questionamento da “crença” socialmente construída de que cabe exclusivamente ao médico a tarefa de promoção e restabelecimento da saúde. Nessa concepção, os serviços são organizados de forma que disponibilizem um “Serviço

de Acolhimento”, ou seja, de uma equipe responsável pela recepção do usuário na unidade de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2003), e também Panizzi e Franco (2004), ao analisarem duas experiências distintas que partem dessa concepção de acolhimento – nos municípios de Betim/MG e Chapecó/SC respectivamente –, concluem que o ato de acolher não é só dinamizador do acesso ao serviço, mas humanizador na medida em que desburocratiza o atendimento – ao romper com os tradicionais protocolos de senhas, atendimento realizado por uma recepcionista como uma etapa até se conseguir o atendimento médico – e também reorganizador do próprio processo de trabalho ao reconhecer outras áreas do conhecimento como responsáveis pela promoção e restauração da saúde.

Cabe ressaltar que a principal consideração a ser feita em relação a essa última proposta é de que esse modelo pode incentivar, senão favorecer, um retrocesso em termos assistenciais, considerando que o “Serviço de Acolhimento” facilmente se pode caracterizar como um serviço de *Pronto Atendimento* (PA) em saúde, reduzindo-se a uma formalidade para o acesso às consultas médicas.

Finalmente, segundo Takemoto e Silva (2007), podem-se sintetizar duas formas básicas de entendimento sobre acolhimento relativo à Saúde Pública: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, e outra como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade de saúde ao atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando a recepção aos usuários.

Finalmente, como advertem Mângia *et al.* (2002), não se trata apenas de uma “diferente” forma de recepção aos usuários, mas é também uma postura e simultaneamente uma “estratégia de relação com estes usuários”(p.19), que acreditamos ser potencialmente relevante para a singularização dos relacionamentos e compreensão de quais particularidades do usuário serão relacionadas para melhor se traçar um projeto terapêutico, mantendo a objetivação no momento do acolhimento e visando o futuro a ser elaborado *por-e-com* esse sujeito que buscou ajuda.

Cordilolli (1998), ao abordar esse tema, questiona o que significa acolher dentro de uma relação terapêutica. O autor responde a essa questão de forma bastante “precisa” e irônica, enfatizando sem remediações que não se trata de ter uma atitude entendida de forma simplória como “um bom papo” para se chegar ao desabafo ou “reforçar” a pessoa quanto ao que ela pensa sem que haja uma interação do plantonista para aumentar sua consciência, além de considerar a atitude de apoio e entendimento de não contrariar aquelas pessoas, já que elas estão significativamente em sofrimento psíquico.

Autores como Campos (1994, 2003), Teixeira (2003) e Takemoto e Silva (2007) defendem que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas componente que “atravessa” toda a atividade assistencial, que não acaba, ou não deveria acabar no ato em si.

Camelo *et al.* (2000) avançam nesse propósito indicando que a atitude iniciada na recepção pode indicar toda uma forma de o usuário “colocar-se diante da possibilidade de tratamento”,

(...) o acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram (...) (p. 36).

Greco (2009) adota o conceito de que o acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido.

3 – Triagem e Acolhimento: delimitando diferenças

Acredita-se ser importante um breve questionamento a respeito do conceito de triagem, pois, ao se advogar o acolhimento como uma postura que ocorre durante o processo intersubjetivo e relacional com aqueles que procuram pelo serviço de saúde, por conseguinte, admite-se que essa postura deve ocorrer autenticamente e não escolhida para ser “interpretada” em certas circunstâncias. Ainda, segundo tal premissa, é-se obrigado a também reconhecer que *acolhimento* não é sinônimo de triagem ou de um atendimento no formato de uma pré-consulta, em que a atenção está primordialmente voltada para a linguagem corporal mais evidente como doenças preexistentes, avaliação de risco, aferição da pressão arterial e temperatura etc. Crê-se ser possível – diante da consolidação do termo triagem entre os

profissionais e até mesmo entre os usuários – dizer que, então, estamos nos referindo a uma atitude de “triar acolhendo”.⁵

O termo triagem é derivado da língua francesa; *verb trier*, que significa escolher, apartar, separar com cuidado ou escolher e separar alguma coisa (pessoas também), segundo um dado critério de qualidade ou outra qualidade qualquer. Segundo Houaiss, triagem significa seleção, escolha, separação.

Para Goldim (2009), o termo triagem tem origem no jargão de médicos militares que o utilizavam para escalonar os procedimentos cirúrgicos a serem realizados no campo de batalha. Tal afirmação assemelha-se com as proposições de Young (1988), segundo o qual, esse procedimento é uma classificação qualitativa utilizada em situações de desastres, catástrofes ou guerras, como critério a recursos, na maioria das vezes, escassos nessas situações.

Ou seja, pode-se inferir que, de uma forma genérica, não há uma concordância absoluta quanto aos critérios utilizados numa triagem. Por exemplo, no caso do transplante de órgãos, utiliza-se o critério de gravidade, em que o paciente com maior gravidade tem, via de regra e segundo critérios específicos, prioridade sobre aqueles que se encontram em uma situação terapêutica mais estável.

Em contrapartida, no campo de batalha adota-se o raciocínio inverso. O cirurgião militar deve gastar energias e recursos imediatos

⁵ Essa expressão referente ao processo de triagem foi cunhada e amplamente discutida por Alberto R. M. Giovanello Diaz, que dedica um capítulo em sua dissertação para essa explicação.

no tratamento daqueles com chances de sobrevivência e de retorno ao campo militar.⁶

Em situações de maior gravidade, como acidentes e/ou catástrofes naturais, também se utilizam de tais critérios daí a prioridade de atendimento a bombeiros, policiais, profissionais de saúde e socorristas, por mais estranhos e cruéis que possam parecer esses critérios.

Seria essa uma questão pertinente também em saúde pública, especialmente no tratamento e recursos a serem disponibilizados no tratamento de usuários crônicos de álcool e outras substâncias?

De antemão, o pesquisador – e militante da universalidade e equidade no cuidado com a saúde – crê que a questão ética deva ser de uma observância extrema, dado que a população atendida em serviços dessa natureza pode despertar sensações de frustração e de “que não há nada a ser feito” quando ocorre a dificuldade de vinculação ao tratamento e as recaídas sendo uma constante.

Por sua vez, nesta pesquisa, o pesquisador optou por não se basear nesses critérios utilitaristas de análise, mas sim na confiança de que esse “investimento”, apesar de imprevisível, só tem a possibilidade de emergir *com o outro* em seu modo de existir por meio da alteridade e da escuta autêntica, mas nunca pelas representações de valores pessoais. Contudo, há o reconhecimento desses valores nas avaliações apresentadas.

⁶ Para mais detalhes sobre o assunto, verificar: *Emergency war surgery* (1958), Washington, DC: Government Printing Office; EB: “Triage” V, 2.496-2.498. Winslow G.R. (1982) *Triage and justice*. Berkeley: University of Califórnia. Ainda nos seguintes sites: < <http://www.usaisr.amedd.army.mil>>; < <http://www.armymedicine.army.mil>>.

Capítulo 2

Os Centros de Atenção Psicossocial

Há pouco menos de três décadas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começaram a se legitimar como uma alternativa de tratamento aos portadores de transtornos mentais das diversas ordens e desde o seu primórdio esses serviços procuraram se apresentar como uma proposta terapêutica eficaz em saúde mental, em detrimento do tratamento realizado exclusivamente em instituições hospitalares na forma de internações.

Sucedâneo a essas formas de intervenção que já se faziam presentes desde o final da Segunda Guerra Mundial, tem-se um movimento intelectualmente libertário e totalmente refratário a qualquer aproximação em relação à visão fetichicizada de ciência, que resultou em justificativa para que o nazismo eliminasse populações inteiras em nome de uma suposta superioridade racial e falseadamente étnica.

Assim, nos anos subsequentes ao término da Segunda Guerra Mundial, temos uma reconsideração sobre todos os paradigmas morais e éticos relativos às ciências e práticas de um modo geral. Logo surgem diversas correntes de pensamento nos Estados Unidos, França e Itália que se debruçaram, mesmo que timidamente, sobre a questão das diferenças entre os seres humanos e os limites de se pronunciarem sobre o que é certo ou errado e, em última instância, sobre o valor do ser humano com base em critérios raciais e utilitaristas.

Por essa ótica, Simões (2003) faz uma diferenciação entre a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, esta última de caráter mais propositivo, inserindo o conceito de direitos concernentes à cidadania. Para o autor, a *reforma*, articulada com setores amplos da sociedade, não propõe apenas “o fim dos hospitais psiquiátricos”, mas que a internação hospitalar seja um recurso parcimonioso de atendimento aos pacientes com transtornos mentais, diferente das leis que previam a total extinção dos hospitais psiquiátricos italianos sem alternativas de assistência.

No Brasil, esse processo ocorreu de maneira distinta e original que merece ser valorizada. Reflexões e proposições nesse sentido ocorreram inicialmente no ano de 1987 por ocasião do Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru, no interior do estado de São Paulo, resultando numa nova cultura sobre tratamento mental, críticas ao modelo dos manicômios e, ao mesmo tempo, em uma preocupação com a possibilidade da implantação de ocupação dos espaços públicos por aquelas pessoas menos favorecidas econômica e culturalmente e acometidas por transtornos mentais, caso não fossem previstas alternativas à institucionalização em manicômios.

É justificável pensar que muitos questionamentos e propostas de serviços alternativos às internações em hospitais psiquiátricos possam ser ainda hoje pertinentes diante do irrisório tempo histórico em que o processo foi desencadeado. Campos (1999) afirma que, no ano de 1999, 93% das ações voltadas para a saúde mental ainda eram constituídas por internações integrais em hospital psiquiátrico,

justificando a necessidade de estudos abrangentes sobre essa importante questão de saúde pública.

Acredita-se que uma ampla discussão, que não se limite àquelas realizadas dentro dos gabinetes governamentais, seja de grande valia para a ampliação de soluções para esses instigantes dilemas e também para produzir conhecimento e propostas adequadas às situações que ocorrem em um país de dimensões continentais como o Brasil. Como muito bem coloca o sociólogo Ulrich Beck (1997): diante dos dilemas da sociedade moderna, “pensar globalmente, agindo localmente”.

As questões que orientaram o desenvolvimento desta pesquisa surgiram com a experiência do pesquisador ao atuar no campo da Saúde Pública, desde 2006, como psicólogo clínico em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad), localizado em um município que integra a Região Metropolitana de Campinas, no interior do estado de São Paulo.

As indagações tornaram-se mais contundentes, visto que o pesquisador ingressou nesse serviço de saúde mental em sua fase inicial de implantação, antes mesmo de sua inauguração oficial, o que lhe permitiu acompanhar os desdobramentos práticos dos princípios doutrinários propostos pelo SUS referente às novas “modelagens assistenciais” aos usuários portadores de transtornos mentais e, particularmente, à abordagem em relação aos usuários de substâncias psicoativas (SPA), que atualmente se centraliza no reconhecimento da importância epidemiológica do uso de substâncias lícitas e ilícitas por parte da população (Senad, 1998a) e pela busca de construção de

serviços assistenciais adequados às especificidades e expectativas desse grupo populacional.

Esse reconhecimento ocorre concomitante ao consenso entre os profissionais de saúde, pesquisadores e outros segmentos sociais de que a abordagem aos usuários de SPA necessita de um enfrentamento coletivo no campo da saúde e não se limita a um problema de segurança pública tal como vem sendo abordado. Aos problemas relacionados diretamente à saúde dos usuários dessas substâncias associam-se outros agravos como a violência doméstica, a desagregação familiar, os acidentes automobilísticos, o aumento da criminalidade e de narcotráfico, entre outros (Senad, 1998a).

Atualmente, a busca pela especificidade de tratamento aos usuários de SPA passa pelo reconhecimento da necessidade de compartilhamento de responsabilidades e ações entre governo e sociedade civil, dada a amplitude de tal questão. Estima-se que no Brasil cerca de 6% da população sofra de algum distúrbio psiquiátrico decorrente do consumo de álcool e/ou outras drogas.⁷

Tal variante na abordagem e enfrentamento dessa questão ocorre desde 1998, consubstanciada pela criação da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, sendo ela subordinada diretamente ao gabinete de segurança institucional da Presidência da República (Senad, 1998a, 1998b), por meio de decreto presidencial, em substituição à Secretaria Nacional Antidrogas.

⁷ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929. Acesso em: 10 fev. 2012.

Deduz-se que as diferentes guinadas nas políticas relativas ao consumo e vendas de drogas em nível mundial tenham sido impulsionadas pelo retumbante fracasso de tratados e convenções internacionais versando sobre esse tema, como a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (Unodc,1988a) e a XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Global das Drogas (Unodc, 1998), entre outras, sem esquecer que esta última previa a erradicação das drogas ilícitas do mundo até o ano de 2008.

Por certo, a amplificação e a legitimação de abordagens que tratam de tal questão de forma menos conservadora ficam evidenciadas em diversas diretivas constantes no decreto que cria a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, como aqui já citado. Considera-se de grande relevância a assunção por parte desse órgão governamental a necessidade de um olhar diferenciado em relação a esse drama contemporâneo, conferindo que lhe cabe a função de

articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas (...) (ao) propor a atualização da política nacional sobre drogas (Senad, 2010).

Ainda, ao estabelecer que

O estado deve estimular garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo usuários, dependentes, familiares e populações específicas) possa assumir com

responsabilidade ética o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal (...) (*idem, ibidem*).

1 – Os Centros de Atenção Psicossocial: alguns pontos críticos

Embora o primeiro CAPS implantado no Brasil, na cidade de São Paulo, date de 1986 (popularmente conhecido como CAPS da Rua Itapeva), somente no ano de 1992, com a portaria n. 224/92, esse gênero de atendimento em Saúde Mental começa a ganhar visibilidade como uma proposta real às indagações sobre modalidades de atendimentos eficazes aos portadores de transtornos mentais cuja severidade ou cronicidade justifiquem um cuidado, na maioria das vezes, inespecífico quanto à sua duração.

Contudo, é importante notar a grande lacuna existente quanto à oferta de tais serviços e da iniquidade na sua distribuição entre as diferentes regiões do território nacional, considerando que eles, segundo dados recentes, são responsáveis pela alocação de cerca de 50% dos recursos públicos investidos em Saúde Mental (Jacob *et al.*, 2007; Weber & Delgado, 2007; Schimidt & Figueiredo, 2007).

Dessa forma, a implementação dos CAPS é um marco na Saúde Pública, uma vez que sua existência incita uma crise nos paradigmas epistemológicos e assistenciais ao incorporar usuários, cuidadores, serviços e comunidade na promoção da saúde, em que esta passa a ser vista não mais como a exclusiva redução ou eliminação de agravos

decorrentes dos transtornos mentais. Vale ainda citar que esse modelo de atendimento afina-se ao Programa Nacional de Humanização da Saúde, aqui visto anteriormente, expondo sua articulação dentro de um contexto mais amplo e oriundo da Reforma Sanitária Brasileira.

Como consequência da incorporação desses novos conceitos, percebe-se a busca por diferentes olhares para a saúde e para o cuidado com os usuários – pois não se trata do enfoque exclusivamente médico – e também, já há algum tempo, a inclusão (CFP, 2012) crescente de profissionais específicos aos serviços de saúde, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, pedagogos, educadores físicos, artesãos etc. (Negri & Giovanni, 2001).

Acredita-se que a incorporação de diferentes áreas do conhecimento nas equipes profissionais dos CAPS traga um diferencial enriquecedor na medida em que a formação de equipes multidisciplinares tenciona pela busca de uma complementaridade de saberes que, embora muitas vezes possa sugerir o retesamento das relações, permite uma grande facilitação para o rompimento com insumos e saberes exclusivamente médicos.

2 – O CAPSad como contexto de pesquisa

Com a intenção de contextualizar melhor a inserção do CAPSad no município em questão, algumas considerações preliminares são necessárias, não apenas com o intuito de extingui-lo como o espaço onde transcorreu esta pesquisa, mas apresentar uma mínima informação sobre a estruturação dos CAPS de maneira geral. Dessa

forma, optou-se por uma exposição de forma não linear que permitisse apontar a complexidade que a montagem e o gerenciamento desse tipo de serviço requerem.

Primeiramente, deve-se ter a percepção de que não existe uma “patologia pura”, isto é, que se enquadre em um ou outro tipo de serviço de maneira inequívoca, mas que as condições de aceitação e inclusão fazem muita diferença no seu desenvolvimento. Assim, com base no princípio de que deve haver uma interação para seres humanos cujos desejos, aspirações e sofrimentos transmutam-se ao longo de sua existência, deve-se pensar na funcionalidade de um serviço e que este seja sempre de apoio para os sujeitos que o procuram.

A despeito das primeiras experiências de implantação desses serviços complementares aos hospitais psiquiátricos (portaria n. 224/92), há que se observar que elas ocorreram na tentativa de se obter uma forma efetiva de tratamento aos transtornos mentais, pois atualmente os CAPS assumem um papel estratégico na política governamental do Ministério da Saúde, principalmente a partir da década de 2000 (Brasil, 2004b; 2004c), ao definirem-se como:

(...) instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas por autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico (p. 8).

Tais aspectos podem ser aduzidos aos documentos, programas de formação de recursos humanos oferecidos pelo Sistema Único de

Saúde (SUS) e normativas governamentais que reconhecem a especificidade da população atendida, na medida em que há a aceitação de que o adoecimento e o cuidado em saúde mental estão intrinsecamente relacionados a um “cotidiano de adoecimento”, isto é, há a presença constante da cronicidade decorrente dos transtornos mentais, bem como o custoso trabalho de adesão aos programas de tratamento, aliada ao estigma histórico que tais transtornos eliciam na sociedade (Neto, 2008; Figaredo, 2007; López-Escobar, Frias-Armenta & Díaz-Mendes, 2003; Ribeiro & Silveira, 2005; García-Viniegras & Benitez, 2000; Pérez, Gener & Argota, 1997).

3 – Delimitando o contexto da pesquisa

A cidade em questão pertence à Região Metropolitana de Campinas, possui uma população aproximada de pouco mais de 200 mil habitantes, segundo dados oficiais referentes ao ano de 2010 (IBGE, 2011).

Considerada uma cidade de médio porte, apresenta algumas características que se mostraram propulsoras de reformas administrativas e referentes à gestão municipal, repercutindo especialmente na ampliação e na implementação dos serviços públicos. Entre as características peculiares a esse município, e que compeliram a novas práticas relativas à assistência social e à saúde pública, está a taxa de crescimento populacional percebida nas últimas décadas.

Esse fenômeno, característico da Região Metropolitana de Campinas, é evidenciado nesse município, uma vez que seu

crescimento é bastante significativo quando comparado a outros municípios que integram essa região, e até mesmo em relação ao próprio estado de São Paulo. Enquanto a taxa de crescimento populacional na última década foi de 2,80% anuais nesse município, no restante do estado de São Paulo o mesmo indicador permaneceu medianamente em 1,32% (Seade, 2011).

Embora se reconheça que tais dados possam ser significativos quanto à caracterização da população que demanda pelos serviços públicos, esses são utilizados nesta pesquisa à luz de uma leitura linear e de forma que melhor caracterize o campo de pesquisa, necessitando de maior escrutínio para que tais dados sejam equacionados com precisão, o que não é o objetivo desta pesquisa.

Observa-se nesse município, especialmente nos últimos cinco anos, a busca progressiva pela criação de novos serviços assistenciais à saúde mental em conformidade com as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira.

Há que se destacar que a cidade possui um hospital psiquiátrico de grande porte, atualmente com cerca de 200 leitos disponibilizados às internações psiquiátricas e que, durante décadas, foi o único local disponível para o tratamento dos diferentes transtornos mentais. Vale também citar que, não obstante, nota-se a dubiedade com que a população local se refere a essa instituição.

Por um lado, o hospital é imaginado como um local de tratamento, apesar de ser sempre adjetivado pela população local como *Telhadão*, apelido recebido em razão de sua arquitetura típica dos grandes hospitais psiquiátricos do século passado e retrasado (Fontes, 2003):

muros muito altos, grande dimensão de seus pavilhões e, nesse caso, um imenso telhado com vários metros de altura, possível de ser avistado, incomodamente, a grande distância.

Até o ano de 2005, o único equipamento público de assistência em Saúde Mental – exceto o próprio hospital psiquiátrico – era o Ambulatório de Saúde Mental (ASM). Um espaço público especializado em cuidados à saúde mental, embora tal especialização, segundo relatos informais de outros profissionais que ali atuaram, se aproximasse da generalização e homogeneidade no atendimento, com pouco espaço para a segmentação da demanda recorrente ao serviço e de sua “vocação”, isto é, funcionava como uma clínica especializada em Saúde Mental na qual os usuários compareciam para intervenções pontuais ou, muitas vezes, quase que exclusivamente para o atendimento médico mensal.

Em meados de 2005, teve início a implantação do CAPSad conduzida essencialmente por profissionais que até então atuavam no referido ambulatório e que voluntariamente foram alocados para o novo serviço com o objetivo de o estruturarem.

O CAPSad foi oficialmente inaugurado no mês de abril de 2006, seguido em poucos meses pela inauguração de um CAPS II, entretanto, o ASM se manteve em funcionamento até o mês de fevereiro de 2010.

Cabe destacar que a coordenação do CAPSad é exercida desde o ano de 2007 por uma profissional (Terapeuta Ocupacional) integrante da equipe técnica, que naquele ano foi “eleita” de forma direta pelos profissionais da equipe.

A respeito de seu modelo (portaria n. 336/92), de 19 de fevereiro de 1992, os CAPS são classificados, de forma sumária, de acordo com sua estrutura física, diversidade de atividades terapêuticas e abrangência da demanda. Vejamos:

- 1. CAPS I, II e III:** destinados para a atenção de usuários portadores de transtornos mentais severos e crônicos, para os quais o uso de SPA é secundário à condição clínica do transtorno mental. A discriminação entre as três modalidades de atendimento refere-se essencialmente tanto ao período de funcionamento dessas unidades de saúde, a capacidade e competência técnica em relação à assistência a ser oferecida em saúde mental no âmbito municipal, quanto ao número de habitantes do município em que esses serviços são implantados;
- 2. CAPSi:** destinado para a atenção de usuários portadores de transtornos mentais prevalentes na infância ou adolescência, podendo ocorrer o consumo concomitante ou não de SPA;
- 3. CAPSad:** destinado à atenção de usuários portadores de transtornos mentais, associados, predominantemente, ou decorrentes do uso de SPA.
- 4. CAPSad III:** trata-se de uma modalidade recente de serviço. Criado por meio da portaria governamental n. 130, de janeiro de 2012, como ilação do decreto presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao

Crack e outras drogas.⁸ Em relação à sua implementação e funcionamento, consideram-se precoces as análises que estejam baseadas em seu funcionamento, uma vez que o terceiro modelo desse tipo de CAPS entrará em funcionamento no Brasil no ano de 2013, na mesma cidade citada. Em linhas gerais, prevê o funcionamento 24 horas, com a disposição de leitos para a permanência de até 72 horas dos usuários que assim o necessitem. Ainda, segundo sua juridicidade, nesse momento pode-se apenas expor alguns pontos que merecem uma melhor compreensão futuramente, como seu artigo 3º, que afirma que esse tipo de serviço “poderá se destinar a atender adultos, ou crianças, ou adolescentes, conjunta ou separadamente”. De igual maneira, em seu capítulo II, artigo 5º, parágrafo 2º, que versa que os CAPSad III devem ser um “lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade” (recaídas, abstinência, ameaças de morte etc.)

É também enfatizado o fato de os CAPSad serem equipamentos estratégicos de cuidado à saúde na atenção aos transtornos mentais associados ao consumo de álcool e outras substâncias ao romper com os paradigmas de segurança pública, voltados essencialmente para o combate ao consumo e comércio de substâncias lícitas ou ilícitas, por estes incorporarem parâmetros legislativos, educativos, relacionados

8 Disponível em:
<www.bvms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_012012.html>.
Acesso em: 1 out. 2012.

aos direitos humanos, à produção de saúde, utilizando-se também de estratégias de *redução de danos* relacionadas ao uso de SPA.

Ainda, segundo a portaria n. 336/92, a assistência oferecida aos usuários dessas unidades de saúde envolve múltiplas atividades, como: atividade individual (clínico, psiquiátrico, consultas de enfermagem, acompanhamento psicoterápico, orientações individuais, atendimento à família etc.); atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo de cessação ao tabagismo, grupos informativos e de orientações gerais sobre o processo de tratamento, grupos com familiares de usuários etc.); atendimentos em oficinas terapêuticas realizadas por terapeutas ocupacionais ou outros profissionais (pelo próprio pesquisador no serviço em questão); visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando os vínculos sociais dos usuários; tais atividades são disponibilizadas levando-se em conta a demanda dos usuários e, na maioria das vezes, a disponibilidade de recursos humanos para esse fim.

Quanto à permanência dos usuários no serviço, a referida portaria normatiza a frequência e permanência dos usuários nas Unidades de Saúde em três modalidades distintas. A saber:

1 – Regime não intensivo: preferencialmente indicado para o atendimento de pacientes que em razão do quadro clínico atual podem ter uma frequência menor, de até três atendimentos mensais.

2 – Semi-intensivo: indicado a pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não diariamente. Esse

acompanhamento se dá por meio da presença do paciente no serviço entre três e doze vezes mensais.

3 – **Intensivo:** acima de doze atendimentos mensais, sendo frequente, com a presença diária e em período integral do usuário no CAPS.

Quanto ao ingresso do cidadão no serviço, há formas bem acessíveis, pois ele tem a oportunidade de agendar horário, pode ser encaminhado por outro profissional da saúde, ou instituição, ou pode ainda procurar o serviço espontaneamente.

Muitas vezes, esse ingresso ocorre por intermédio de encaminhamentos realizados por outros serviços de saúde, como prontos-socorros que atenderam o usuário em uma situação emergencial provocada pelo uso de SPA; outras vezes, egressos de internações psiquiátricas; também por pacientes que procuram atendimento primeiramente em consultórios médicos particulares, quando é sugerido, com certa frequência, para acompanhamento no CAPSad; ou encaminhamentos feitos por Unidades Básicas de Saúde e outros órgãos ligados à assistência social etc.

Atualmente, constata-se o aumento da demanda por solicitações de intervenções a serem realizadas pelo CAPSad, por parte do Ministério Público, com o intuito de que determinado sujeito submeta-se, mesmo que involuntariamente, ao tratamento proposto pelo serviço.

Não raro, tais determinações judiciais se limitam a compulsoriedade da internação daquele usuário em uma instituição

especializada, frequentemente em hospitais psiquiátricos. Nesses casos, o procedimento para o cumprimento da ordem judicial envolve diretamente os funcionários do CAPSad, já que há a necessidade de que certos trâmites legais sejam observados. Para isso, ocorre a intermediação do serviço para a disponibilização de vaga em um hospital psiquiátrico, o acionamento do serviço de transporte municipal com um profissional de saúde como acompanhante, juntos de um oficial de justiça e de policiais militares para garantirem o cumprimento de tal ordem, prevendo-se até mesmo o “uso da força”.

Com exceção dos casos em que a intervenção do CAPSad é por alguma determinação judicial, o ingresso dos usuários no serviço dá-se sem a necessidade de agendamento prévio, salvo nos casos em que alguns possíveis usuários, raramente, solicitam um horário para a triagem.

Tal solicitação ocorre com maior frequência por aqueles que mantêm algum vínculo empregatício, percebido pelo pesquisador como uma tentativa de atendimento em horários distintos do horário de trabalho, de forma que evitem a necessidade de justificativas como a apresentação de atestados médicos que façam menção à especificidade do serviço procurado.

4 – O cotidiano no CAPSad: explorando e descobrindo

De forma normatizada, ao procurarem pelo serviço pela primeira vez, os usuários dirigem-se à recepção para que um cadastro formal seja realizado, sempre com a observância da descrição por parte das

receptionistas nesse momento, evitando que a exposição sobre a razão da procura pelo serviço ocorra no espaço público da sala de recepção, muito embora a constituição física do espaço seja visivelmente inadequada para um diálogo privado.

Procurando manter o caráter singular das relações que se dão nesse serviço, qualquer solicitação de usuários, inseridos ou não no serviço, é encaminhada a um profissional (*plantonista*) que procurará compreender a demanda em questão e dar-lhe a pertinente resolução.

Essa maneira de receber aqueles que procuram o serviço pela primeira vez é chamada de Plantão Multiprofissional, muito embora se reconheça certa inadequação do termo, já que ele se aproxima muito mais de uma escala de trabalho pré-acordada. A denominação e a estruturação desse modo de atender foram definidas com discussões entre a equipe técnica, com o objetivo de centralizar as ações cotidianas e, principalmente, dinamizar a resolução de ocorrências inesperadas. A seguir, são apresentados alguns aspectos sobre essa maneira de estruturar o atendimento.

5 – O Plantão Multiprofissional no CAPSad: uma proposta singular sobre o acontecer clínico

O *plantão multiprofissional* consiste na designação diária, segundo uma escala de trabalho previamente acordada pela equipe, de um técnico responsável por responder, em um primeiro momento, a todas as demandas e imprevistos sobrevenientes ao dia em que este exerce tal função. Atualmente, tais plantões são realizados, em dias

distintos, por um enfermeiro, uma psicóloga, por duas terapeutas ocupacionais e pelo pesquisador, um psicólogo.

As atribuições do *plantonista* envolvem uma tomada de decisões tanto em relação a questões rotineiras de funcionamento diário da unidade, quanto a problemas cotidianos, inusitados e imprevisíveis oriundos de solicitações diretas feitas pelos usuários. São exemplos de algumas dessas atividades diárias:

- 1) Organização e conferência do número de refeições a serem servidas para os pacientes que permanecem em regime intensivo ou daqueles que eventualmente estejam sendo submetidos a algum procedimento clínico ambulatorial, permanecendo, dessa forma, por um período longo no CAPS;
- 2) Conferência e organização da distribuição de passes a fim de garantir a gratuidade no transporte coletivo;
- 3) Responsabilidade sobre o processo de internações, isto é, após avaliação por parte do técnico e do médico, o *plantonista* responsável efetua o contato com uma central de vagas regionalizada, na cidade de Campinas (responsável pela gestão de vagas para internações em hospitais psiquiátricos), que após avaliação da “gravidade” do caso em questão poderá disponibilizar vaga para internação psiquiátrica em um dos quatro hospitais referenciados para a área de abrangência da cidade. Feito isso, ainda cabe ao *plantonista* a disponibilização de um acompanhante para este usuário até o hospital psiquiátrico – já que, muitas vezes, os familiares não se disponibilizam para tal

procedimento –, além de providenciar o transporte necessário até o local de internação;

- 4) Contato com outros serviços, cuja necessidade seja avaliada pelo plantonista como requerida para melhor compreensão do histórico do paciente etc.;
- 5) Também são de responsabilidade do plantonista a realização de triagens⁹ e retriagens, ou seja, a recepção de novos usuários ou daqueles que pelo menos há três meses e sem qualquer justificativa abandonaram seu tratamento no CAPSad.

A “recepção” de usuários, familiares ou outras pessoas vinculadas a ele é reconhecida como o momento do *acolhimento*, embora não se tenha aprofundado entre os profissionais nenhuma discussão sobre as especificidades desse termo.

Há, por sua vez, um aparente consenso por parte da equipe de que este momento (*acolhimento*) é importante para a vinculação do usuário com os profissionais e possivelmente com o tipo de relação que se estabelecerá, percebido pelo pesquisador como muitas vezes decisivo pela opção do usuário em ser ou não atendido no CAPSad. Diferentemente do que ocorre em outros serviços, não há um profissional designado exclusivamente para o *acolhimento* dos usuários.

Embora tal arranjo tenha como um dos objetivos a dinamização e resolutividade de atitudes e decisões tomadas no dia a dia de funcionamento do CAPSad, como evitar possíveis sobreposições de

⁹ Em relação à funcionalidade e discussão ética sobre o ato de *triagem*, sugere-se a leitura da dissertação de mestrado *Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial*, de Alberto Rodolfo M. Giovanello Diaz (DMPS/Unicamp).

decisão ou intervenções por parte dos profissionais, algumas peculiaridades resultantes dessa organização necessitam ser mais bem escrutadas, uma vez que a atribuição de funções pode, erroneamente, denotar uma inespecificidade daquilo que é executado por cada profissional.

Do mesmo modo, não se trata de uma medida puramente administrativa, visando favorecer o fluxo de usuários no serviço, apesar de, secundariamente, o arranjo institucional favorecer tal fluxo e surpreendentemente direcionar de forma ágil as demandas diárias do serviço.

A atribuição do *plantonista*,¹⁰ seguindo tal arranjo, provoca a todo momento inquietações sobre qual, e em que medida, rigidez se circunscreve as atribuições de cada profissional, uma vez que, em muitos momentos, são exigidos de cada profissional posicionamentos e tomada de decisões que vão além da competência específica adquirida individualmente ao longo de sua formação acadêmica, de modo que essa forma de trabalho acaba por exigir grande plasticidade sem perder-se de vista as diferentes identidades profissionais nem tampouco que essa identidade torne as práticas profissionais impermeáveis a outros campos do saber.

10 Referência, em especial, ao pesquisador, cuja postura e atitudes tendem a suplantar o pragmatismo dos encaminhamentos.

6 – O Plantão Multiprofissional: uma relação dialógica

Até o presente momento, foram apresentados os elementos que se acredita serem de maior operacionalidade para o funcionamento e ingresso no CAPSad, sem, no entanto, ater-se ao encontro ocorrido entre o sujeito que busca por ajuda e o plantonista que conduzirá a triagem e conseqüentemente estabelecerá o diálogo entre eles, intentando construir em um espaço de tempo reduzido uma dialogicidade profícua a fim de se chegar a um consenso sobre a razão da estadia do usuário no serviço e suas possibilidades de ajuda.

Obviamente, não é possível ao pesquisador relatar, avaliar ou julgar as condutas e premissas adotadas por outros colegas, profissionais de diferentes áreas, sobre as maneiras de conduzir o ato de acolher as solicitações e queixas dos usuários, e muito menos a possível correção das atitudes perfilhadas, restando assim o apoio bibliográfico como recurso à reflexão, além de uma experiência de pouco menos de sete anos por parte do pesquisador.

O pesquisador parte, então, da ideia de que o momento da *triagem* concretizada no plantão “pertence” ao usuário, cabendo ao triador acolhê-lo sem nenhuma pressa, não demonstrando ansiedade para concluir essa etapa, mesmo que haja muitas pessoas aguardando para serem atendidas – a título de ilustração, para evitar o movimento involuntário de olhar para o relógio, o pesquisador na maioria das vezes costuma guardá-lo na gaveta. Ainda por essa premissa, crê-se que a melhor e mais profícua atitude seja a alteridade em seu mais alto nível de despojamento de preconceitos, pensamentos proibicionistas

em relação às drogas, além de “exercer” uma atitude empática de forma absoluta, considerando que aquele sujeito não será necessariamente atendido pelo profissional da triagem, seja pela especificidade de seu caso ou, o mais significativo, pelo reconhecimento da não capacitação ou inadequação de ambos, cliente e terapeuta, de estabelecerem um relacionamento satisfatório.

Cury (1994) afirma que o psicoterapeuta participa dos significados da experiência dos clientes pelo seu próprio processo experiencial, assim, criam-se novos conceitos com base na relação intersubjetiva vivida por ambos. Por parte do usuário, nota-se que tais conceitos, mesmo que expressos em um curto espaço de tempo, referem-se à desmistificação de que remédios serão a salvação para seu sofrimento ou de que o profissional poderá “livrá-lo” de sua adicção, deterioração física etc.

Morato (1997) expressa que ajudar significa proporcionar ao outro condições necessárias para o seu desenvolvimento. Em outro estudo, Andrade e Morato (2004) propõem uma reflexão que traz nossos questionamentos em direção a um relacionamento humano ético que, em certa medida, pode facilitar a aproximação com o usuário que procura ajuda, reforçando a validade do encontro autêntico e despojado de envaidecimentos pelo terapeuta no momento de oferecer seus atributos.

Entretanto, no momento do encontro com o outro, em nossas práticas, esse domínio do saber não funciona como lugar seguro; não traz respostas exatas ou verdadeiras; não alivia a angústia perante a alteridade

que aparece no encontro. Assim, nega-se a alteridade reduzindo o outro a interseções bem delimitadas no tempo e no espaço ou, o que é mais raro, acolhe-se a alteridade como irredutível, como fundamento do encontro. No primeiro caso, temos o homem teórico, portador de um saber racional que explica as irracionalidades (os desvios) e acredita deter os meios de controlá-las ou ajustá-las à norma. (p.347)

Com tais reflexões, é-se necessário repensar e recriar as práticas uma vez que o tipo de atendimento oferecido no momento da triagem parece em alguns aspectos assemelhar-se ao que é possível se realizar pelos diversos modelos e ações dos plantões psicológicos, como em clínicas-escola, instituições de longa permanência para idosos etc. (Cury, 1999).

Como um elemento a mais de reflexões, tem-se a citação seguinte:

O Plantão encontra, assim, uma de suas limitações que é a de não ser adequado ao atendimento de pessoas que estejam de algum modo incapacitadas para falar e refletir sobre si mesmas. Moreira (2002) aponta que ainda nesses casos pode ser percebido um aumento na confiança em relação ao plantonista, uma melhor comunicação e fluência à medida que a sessão caminha. Nestes casos o plantão pode atuar como um facilitador para que o cliente aceite melhor o encaminhamento à psicoterapia (Cury & Ramos, 2009, pp. 133-156).

Por fim, vale lançar aqui algumas reflexões acerca da Terapia Centrada no Cliente como uma possível pista dos processos até agora

descritos, admitindo-se que ela realça a experiência psíquica no presente e baseia-se na convicção “humanista” de que todas as pessoas são motivadas a melhorarem a si mesmas e que são realmente capazes de o conseguir. Para isso, o terapeuta deve criar uma relação que seja não diretiva e facilitadora.

Na relação que se instaura com o “cliente”, são importantes as atitudes e não as técnicas do terapeuta. Para promover o processo de modificação construtiva da personalidade, ele confia sobretudo na empatia, isto é, na compreensão do outro que se realiza mergulhando na sua subjetividade, sem anular sua identidade.

Capítulo 3

Delineando o caminho da pesquisa

Com a inquietação inicial que estimulou este estudo e que diz respeito ao acolhimento como uma prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad), decorreu a busca por um modo apropriado, pela perspectiva fenomenológica, para inquirir a realidade acerca do tema. Como atingir esse objetivo por um viés compreensivo sem a contradição de excluir aqueles a quem se credita a possibilidade de emergência do fenômeno, ou seja, os próprios clientes?

1 – Método Fenomenológico e a pesquisa em psicologia: um recorte histórico

Os avanços ocorridos nos últimos cem anos parecem não ter precedentes históricos até o momento, levando as pessoas a sentirem-se até mesmo estranhas em sua própria casa ou bairro, e mesmo no mundo que habitam, por não conseguirem, muitas vezes, assimilar ou acompanhar aquilo que há pouco se modificou ou evoluiu. Nesse aspecto, destacam-se os avanços tecnológicos realizados a partir da segunda metade do século XIX, que superaram em conteúdo e rapidez tudo o que se produziu até então na história da humanidade. Walter Benjamin (1930/1985), em sua obra seminal a respeito da narrativa como meio de expressão de uma dada comunidade, enfatiza a

importância dessa modalidade de comunicação e sua articulação com aspectos políticos e sociais vividos na primeira metade do século passado:

Uma geração que ainda fora à escola num bonde puxado por cavalos se encontrou ao ar livre numa paisagem em que nada permanecera inalterado, exceto as nuvens, e debaixo delas, num campo de forças de torrentes e explosões, o frágil e minúsculo corpo humano (Benjamin, 1985, p. 108).

Objetos materiais e virtuais parecem tornar-se fetiches que podem facilmente arrastar o indivíduo ao perigoso delírio da onipotência, embora este sentimento esteja fatidicamente sendo desmentido pela própria ciência tradicional diante das evidências incontestáveis de mudanças climáticas, desaparecimento de diversas espécies animais e vegetais – antes mesmo que se tornem conhecidas do cidadão comum –, contaminação de águas e inumeráveis alterações geológicas, muitas vezes catastróficas, levadas a efeito pelo próprio homem.

Eric Hobsbawm, historiador judeu nascido em 1917, em Alexandria (Egito), ainda sob domínio britânico – fato que lhe legou a nacionalidade britânica –, com formação acadêmica pela Universidade de Cambridge e considerado um dos maiores historiadores contemporâneos, em sua obra mais aclamada pela crítica, *Era dos extremos: o breve século XX* (1994) refere-se ao século XX não à luz de critérios estritamente temporais, mas compreendendo-o como tendo

se iniciado entre os anos de 1914 (Primeira Guerra Mundial) e findando em 1991 (fim da Era Soviética).

Com essa polêmica datação, o historiador vai além, justificando-a com base no “tamanho da catástrofe humana que foi o século XX”, enfatizando que as mudanças ocorridas nesse século são imensuráveis quanto à quebra de paradigmas morais, comportamentais, de consumo, entre outros.

Interessa neste estudo enfatizar como a fenomenologia, enquanto uma proposta filosófica, rapidamente se tornou uma influência importante em diversos campos das ciências humanas justamente neste período, já que a questão do conhecimento e as formas de acesso a ele são questões que se sucedem na história da humanidade.

A filosofia, por milênios, constituiu-se em estímulo para levar o homem a refletir, questionar e nomear o mundo que habita, no qual cada etapa histórica enceta um pensamento, uma forma de relacionar-se física e intelectualmente. Até o século XV, praticamente todas as áreas do conhecimento eram apenas “subáreas” do saber filosófico.

O ato de “por em questão” o mundo (Fougeirollas, 1972) de forma alguma tornou a filosofia abstrata, basta atentar-se ao fato de que mesmo os antigos filósofos se ocupavam de áreas como a matemática, a física, a mecânica e a astronomia, apenas para citar algumas delas, cabendo à filosofia presença ativa na formulação dessas diferentes áreas com base em questões como: O que posso conhecer? Até onde posso conhecer? Do que é formada a matéria? Em que circunstância isso pode acontecer? Como pode isso acontecer?

Mesmo reconhecendo-se que historicamente é sempre perigoso realizar inscrições lineares e sucessivas de eventos, pode-se afirmar, com certo grau de segurança, que por um longo período não havia áreas do conhecimento emancipadas da filosofia. Isso apenas veio a ocorrer posteriormente, especialmente a partir do século XVII. São exemplos deste desenvolvimento em campos mais específicos os trabalhos de Galileu, Kepler, Newton, Lavoisier, Faraday, entre outros.

A valorização mais vigorosa e a busca por um método científico ocorreram a partir da Revolução Francesa, motivadas pelo forte entusiasmo do *Iluminismo* para com as descobertas científicas.

Tal emancipação e o desenvolvimento de diversos campos do saber técnico e científico, impulsionados pela Revolução Industrial, realizaram verdadeiras revoluções na vida humana, criando novas maneiras do homem relacionar-se com o mundo em que vive.

Com as grandes navegações, os homens tomaram contato com a finitude do espaço terrestre. Passaram a não mais ser afetados por espíritos ou castigos divinos, começaram a supor e identificar a existência de agentes patológicos e ambientais e, por conseguinte, a estarem sujeitos à sua manipulação e intervenção (Ramazzini, 1700/2000).

Além disso, essas transformações provocadas pelo desenvolvimento técnico e científico de efeito cumulativo tornaram o mundo aparentemente menos inóspito, mais facilmente habitável e menos hostil, ao menos à elite da época.

Presume-se que nesse contexto os métodos de pesquisa e de acesso ao conhecimento tenham sido, generalizadamente, não apenas

influenciados, mas premidos a seguirem um caminho pragmático – financiado pela principiante burguesia, sequiosa diante do recente mercado consumidor – e próprio daqueles advindos da tradição das ciências naturais, isso se desejassem algum *status* de credibilidade e aceitação.

Em linhas gerais, os fundamentos ou passos do método científico clássico continuam iguais. A saber: a previsibilidade dos fatos, a experimentação, a observação e a possibilidade de reprodução do *fenômeno* estudado.

A compreensão de tal hegemonia no pensamento científico seguramente desvenda o contexto e legitima o surgimento da fenomenologia. Kuhn (1978) justifica a hegemonia dos paradigmas científicos com base na convergência e compartilhamento destes pela comunidade científica, notadamente aquela hegemônica em determinado período histórico. O autor ainda afirma que “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma” (p. 60).

Paradoxalmente, a psicologia, enquanto campo de saber autônomo em relação à filosofia adquire *status* de ciência na medida em que é “capturada” – e conseqüentemente reconhecida – pelo modo de fazer ciência da época, adotando os métodos de pesquisa derivados de outras áreas do conhecimento, especialmente a fisiologia. A assunção de um método que não lhe é próprio irá torná-la legitimada no meio científico, ao mesmo tempo em que a distanciará de seu objeto de estudo por excelência, o homem. Tal intento se concretizou com a

criação, pelo médico e psicólogo alemão Wilhelm M. Wundt (1832-1920), do primeiro Laboratório de Psicologia, em 1879, na Universidade de Leipzig, Alemanha.

Visto de maneira mais despojada, somos levados não apenas a questionar, mas a relativizar a adoção de certos princípios de investigação por psicólogos pioneiros como Wundt, já que desde a primeira metade do século XIX as análises históricas, sociológicas, filosóficas, políticas e sociais eram emolduradas pelo *Positivismo*, ou seja, pelas Teorias Positivistas formuladas por Augusto Comte (1798-1857).

Tais teorias enfatizavam a valorização suprema e pragmática do método científico para a construção e gestão da vida social, explicitando um banimento quase que absoluto de teorias metafísicas, racionalistas, idealistas, ou seja, quaisquer teorias ou proposições dissidentes da “verdadeira e pura ciência” (Abbagnano, 2007; Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1998; Ferrater Mora, 2004).

Não apenas na ainda incipiente estruturação da recém-reconhecida psicologia científica encontram-se essas distorções. A psiquiatria da época foi fortemente influenciada pelo médico italiano Cesare Lombroso (1835-1909), diretor do manicômio de Pavia e professor de psiquiatria e antropologia criminal na renomada Universidade de Turim, em 1876. Seu intento, concretizado com a publicação de *O homem delinquente* (1876), era consolidar por meio do método científico positivo uma provável “sociologia do crime” valendo-se de seus estudos sobre a delinquência.

Esses estudos tiveram grande impacto ao defender e traçar características anatômicas e de caráter para o que ele denominou de “delinquente nato”, ou seja, indivíduos biologicamente inclinados ao crime, ao delito e a atos pervertidos.

Obviamente, essas teorias tinham enorme caráter higienista e os indivíduos descritos por Lombroso coincidiam com aqueles considerados marginais ou desviantes em sua época. Em sua obra *Gênio e degeneração* (1897), localiza o suposto desregramento de artistas, poetas e “excêntricos” em geral numa provável atrofia localizada do cérebro, decorrente de um investimento desmesurado de apenas uma região cerebral por parte desses indivíduos em sua arte, daí “as formas mais ou menos graves de perversão que podem ser encontradas nos homens de gênio” (*apud* Reale & Antiseri, 1991, p. 339).

As edições de maior relevância para a psiquiatria de então foram as publicações da revista *Arquivos de Psiquiatria, Ciências Penais e Antropologia Criminal* (1880), que propunham a conjugação entre a filosofia e a ciência pelo método experimental, servindo como referência a diferentes escolas jurídicas mundiais por um longo tempo (*idem, ibidem*).

De qualquer forma, o exercício intelectual e de criatividade não parece de todo inadequado para se imaginar a influência de tais pensamentos – positivistas – e o quão árduo deveria ser a contraposição de argumentos a este sistema de pensamento que literalmente propunha transformar-se em uma religião, comportando templos, cultos, sacramentos, sacerdotes etc.

Finalmente, imaginar como tais ideais estiveram presentes no Brasil Imperial e no início da era republicana possibilita uma dimensão ainda maior de como deve ter sido difícil a filósofos dissidentes, tal como Husserl, estabelecerem-se e galgarem vasta credibilidade com suas novas propostas.

Pode-se confirmar essa presença, no lema da bandeira nacional, *Ordem e Progresso*, que é derivado da máxima positivista “O Amor por princípio, a Ordem por base e o Progresso por fim”. Na cidade de Campinas/SP, vários colégios de renome, como o *Culto à Ciência* (1873), *Colégio Perseverança* (1873) e a *Escola Complementar de Campinas* (1903) – atual Escola Carlos Gomes –, construídos no início da Era republicana, são de inspiração positivista, assim como também o *Centro de Ciências Letras e Artes* (1901).

2 – Husserl e a fenomenologia

Grande astro! Que seria da tua felicidade se te faltassem aqueles a quem iluminas? Faz dez anos que te abeirás da minha caverna, e, sem mim, sem a minha águia e minha serpente haver-te-ias cansado da tua luz e deste caminho.

Nietzsche, 1998, p. 9

A fenomenologia, em seu sentido estrito, diz respeito a uma escola filosófica fundada por Edmund Husserl (1859-1938), tendo como contexto a crise do pensamento ocidental da época, especialmente a crise na filosofia e a preeminência do método científico das ciências

naturais como sendo o único considerado válido para a produção do conhecimento (Husserl, 1935/2006). Por um lado, duras críticas ao abstracionismo dos filósofos, por outro, a percepção de um grupo de pessoas a respeito da inadequação do método das ciências naturais transposto ao estudo do homem.

Husserl formalmente inaugurou sua produção intelectual em sua área original de formação, a matemática, publicando a *Filosofia da aritmética* (1891). Já nessa obra, apontou a direção para a qual seguiriam seus interesses posteriores, ao assinalar a diferença entre “o conceito de número e o processo de enumeração, referentes, respectivamente, ao seu aspecto lógico e ao seu aspecto psicológico” (Capalbo, 1996, p. 15).

Husserl propõe que o estudo do homem não se efetive pela invalidação do método científico natural, mas sim pelo apontamento da ingenuidade da utilização desse método de forma ilimitada, ao engessar-se no estudo de aspectos humanos considerados mais sólidos e apreensíveis cientificamente, como são os processos cognitivos vistos à luz da ciência tradicional.

A concepção orientadora de então era de que os objetos e fatos externos de alguma forma afetavam o aparato neurofisiológico de forma que induziam a ocorrência de diversos processos psíquicos (mensuráveis), como a percepção, a memória, a conceituação etc.

Pode-se conjecturar que a proposta *husserliana* toma em princípio todos os aspectos estudados pela psicologia da época como válidos, porém não apenas isso. São válidos, mas limitados, ao se compreender o homem não somente como “suporte psicofísico” para o

funcionamento psicológico. Dessa forma, Husserl enfatiza “esquecimento” das ciências em relação a uma questão fundamentalmente humana, a consciência; daí sua proposta contrapor-se aos ditames de sua época.

Husserl sepulta a possibilidade do “rigor” quase delirante almejado pelos cientistas da época, na medida em que argumenta a favor da complexidade de “galerias” as quais o engenho humano pode percorrer.

Dessa maneira, a ciência moderna, para Husserl, em vez de conseguir aproximar-se do *mundo-da-vida* (*Lebenswelt*) por meio do método científico, especialmente no caso das ciências humanas, distancia-se progressivamente deste mundo que, formado pelas experiências pré-reflexivas e pré-científicas, é inacessível ao mesmo método das ciências naturais.

Para Amatuzzi (2009), há de um lado a crítica ao cientificismo e, de outro, o rompimento com uma filosofia assentada em especulações exclusivamente lógico-dedutivas, tal como se apresentava na época vivida por Husserl.

Assim, Husserl rompe com a tradição ao afirmar que a consciência não existe num vazio, mas é sempre consciência de alguma coisa, isto é, ela é intencional no sentido de sempre se referir ou se reportar a alguma coisa capaz de, de alguma maneira, afetá-la. Percebe-se que nessa proposição a consciência aproxima-se do

conceito de subjetividade tanto em suas implicações para a pesquisa em psicologia quanto etimologicamente (*subjectus*).¹¹

Tal argumentação, proposta por Husserl, afixou-o a conceber um modo original de *agir filosoficamente* a partir do momento em que permite à filosofia encontrar pontos de balizamento que a leve a obter um grau elevado de rigor em suas especulações. Esse rigor só é verdadeiro à medida que procede da própria consciência como fonte de estudo, anterior às elaborações a respeito do fenômeno em questão, ou melhor, esse conhecimento a respeito dos fenômenos mundanos somente é válido *em-relação-com* a consciência intencional. Sendo intencional, ela não cria os fatos (fenômenos), tampouco é criada pelos fatos; ela cria a significação dos fatos.

Segundo Zilles (1996), Husserl não abdica de forma alguma do “mundo da vida” na elaboração de seu método, sem o qual tornaria seu dimensionamento e “utilidade” para o campo de pesquisa psicológica proibitivo, mas, sim, aponta para outra direção crítica.

O erro do objetivismo foi esquecê-lo ou desvalorizá-lo como subjetivo (...); cabe à fenomenologia recuperá-lo, tirá-lo do anonimato, pois o humano pertence, sem dúvida, ao universo dos fatos objetivos (...) (p. 43).

11 Conforme o *Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa*: Subjetivo: 1- que pertence ao sujeito pensante e a seu íntimo; 2- pertinente a ou característico de um indivíduo; individual, pessoal, particular; 3 - relativo ao sujeito do conhecimento, à consciência humana, à interioridade espiritual que se apodera cognitivamente dos objetos que lhe são externos; 4 - válido para um só sujeito; individual; 5 - relativo a sujeito; que tem função de sujeito.

Ainda, Alves (2008), ao endossar tal ponto de vista, afirma:

Por um lado, o mais essencial da atitude teórica do homem filosófico é a peculiar universalidade da postura crítica, a qual está decidida a não aceitar sem questão qualquer opinião pré-dada, qualquer tradição, de modo que possa perguntar logo de seguida a respeito do todo do universo pré-dado segundo a tradição, pelo que é em si verdadeiro, por uma realidade (p. 36).

Ribeiro Jr. (1991) afirma que um dos grandes trunfos da fenomenologia que realmente a diferenciaram das ciências empíricas é a possibilidade de extrapolar o fenômeno enquanto fato concreto para o sujeito, com a viabilidade de vislumbrá-lo como (*trans*)portador de significados *para um* sujeito.

É a significação que faz que um objeto seja ele mesmo; caso contrário ele não pode existir. Mas a significação não está no objeto. Este, simplesmente, chama a atenção para a significação (...) (p. 39).

Assegura-se, assim, que o objeto/fenômeno visado pela consciência, fonte de estudo da fenomenologia, são as essências, sendo estas entendidas como constitutivas primeiras dos fenômenos.

Entretanto, num primeiro momento, dispõe-se apenas dos fenômenos enquanto aparências acessíveis instantaneamente pela experiência sensível e diante de um mundo caótico que exige, na quase totalidade das vezes, ações imediatas (*continuum*) e responsáveis pela perpetuação da vida; daí a necessidade, ao se pensar

epistemologicamente, de um método que permita acesso “às coisas mesmas”; trata-se, então, evidentemente, de uma postura ética e pessoal a ser assumida pelo pesquisador.

Em referência a tais princípios, Zilles (1996) afirma que:

Husserl não nega a relação do fenômeno com o mundo exterior, mas prescinde dessa relação. Propõe “a volta às coisas mesmas”, interessando-se pelo puro fenômeno tal como se torna presente e se mostra à consciência. Sob este aspecto, deu um sentido *mais subjetivo* à palavra fenômeno, elaborando uma fenomenologia que faça ela mesma as vezes de *ontologia* (p. 17).

Apresentadas essas questões, ainda falta tratar da legitimidade e das maneiras pelas quais Husserl propõe tal estado de “pureza” intelectual para se atingir “as coisas mesmas”. Ele enfatiza a importância da redução fenomenológica (*epoché*), ou seja, exige-se do filósofo/pesquisador a atitude de colocar sob suspeita e suspensão suas convicções filosóficas, racionais, emotivas, religiosas e todas as demais enclavadas em sua atitude natural, para que possa trasladar e tornar críveis diferentes valores e crenças a respeito do mundo.

Segundo Reale e Antiseri (1991), “é preciso suspender o juízo sobre tudo o que não é apodítico nem incontrovertido até conseguir encontrar aqueles ‘dados’ que resistam aos reiterados assaltos da *epoché*” (p. 554).

Dessa maneira, segundo esses autores, esta atitude permite ao pensador chegar a “modos típicos” (essenciais) de como as coisas e os fatos se apresentam à consciência. Esses “modos típicos” em última

instância constituem a essência *eidética*, ou seja, aquela que se torna mais evidente após a redução fenomenológica.

Husserl pretendia, assim, uma filosofia com *status* de rigor científico próprio, mas como seus próprios fundamentos mostram, o filósofo se acercará desse método na busca de essências ou “ideias universais”.

Tais indagações podem sugerir erroneamente que o visar intencional da consciência redundará em um *interpretacionismo* da realidade. A esse respeito, Zilles (2007) procura reconstruir o pensamento original de Husserl para municiar o leitor acerca de sua real amplitude, de maneira que o situe em sua intenção original, ou seja, enquanto método que transita, no conjunto de sua obra, entre as dimensões ônticas e ontológicas. E ainda afirma que,

Com sua teoria do mundo da vida, Husserl procura um chão no qual todos os juízos predicativos, com os quais operam as ciências especializadas, possam encontrar uma referência antepredicativa. O recurso ao mundo da experiência é recurso ao mundo da vida, ou seja, ao mundo no qual sempre já vivemos e que fornece o ponto de partida para todas as conquistas do conhecimento e para toda a determinação científica (p. 218).

Daí a correção de se referir a uma postura e afetação próprias do pesquisador diante do ser humano – atitude fenomenológica –, postura marcante e diferente em relação às ciências naturais. O método fenomenológico trata, antes de qualquer coisa, de visar o mundo de forma que qualifique a vivência humana; em vez de tratá-la de forma

“ingênua”, tem-se que esse método, desde seus primórdios, esteve próximo do campo psicológico (Holanda, 2002; Forghieri, 1993).

Então, qual a contribuição possível às áreas do conhecimento que se ocupam do ser humano, especialmente a ciência psicológica? Ainda, qual seu alcance em relação a este conhecimento, haja vista que o método fenomenológico não tem a pretensão de responder a qualquer indagação, mas cuida em especial da “vivência da consciência” (Forghieri, 1993, p.14)?

Advêm desta abertura os diferentes matizes adotados pelos pesquisadores que lançam mão de tais propostas para a apreensão do vivido, por exemplo, em Giorgi (1985) e Moustakas (1994). Segundo Loparic (1980),

O psicologismo, diz Husserl, não consegue resolver o problema fundamental da teoria do conhecimento, ou seja, o problema de como é possível alcançar a objetividade; ou em outros termos, como é possível que o sujeito cognoscente alcance, com certeza, a evidência de uma realidade que lhe é exterior e cuja existência é heterogênea a sua (prefácio).

O objeto de estudo da psicologia, na maior parte das vezes, fica circunscrito a situações particulares nas quais o psicólogo intervém profissionalmente. Normalmente, são situações que envolvem diferentes relações entre sujeitos e contextos diversos que emanam do mundo socialmente determinado (Amatuzzi, 2009).

Considerando o contexto dessas explanações, cabe citar que esta pesquisa partiu de uma inquietação diante de situações que ocorrem

cotidianamente de forma singular no encontro entre um psicólogo/pesquisador e os usuários de um serviço de saúde. Tal particularidade leva a questionamentos e indagações que propõe como relevantes para o campo da psicologia como ciência e profissão.

A grande desconformidade com as pesquisas “tradicionais” está justamente em não se buscar soluções para um problema que se acredita existir e preenhe de uma resposta/solução, mas na constatação de que se caminha *pari passu* com o fenômeno que nos afeta e envolve.

A fenomenologia, tal como proposta por Husserl, também não tem a intenção nem condições de fornecer “orientações” para qualquer tipo de atendimento psicológico. Dessa maneira, gradativamente toma concretude o que se poderia nomear de “psicologia fenomenológica”, ou melhor, uma psicologia clínica de orientação fenomenológica.

Luczinski e Ancona-Lopez (2010) assim definem essa dinâmica entre a filosofia e a psicologia.

A psicologia fenomenológica utiliza conceitos e concepções vindos de uma tradição filosófica – a fenomenologia – alterados em linguagem psicológica e colocados em interação com a teoria e a prática dos atendimentos (p. 76).

Então, onde localizar a contribuição da fenomenologia para essa prática?

Amatuzzi (2009) alerta, novamente, para a necessidade de aprofundamento do método fenomenológico na prática psicológica ao

ênfatizar que a fenomenologia não é um método (de apreensão do humano), entre vários outros existentes, para se chegar ao mesmo objetivo.

Para este autor, “seguindo o método fenomenológico de pensar, o lugar em que se chega é próprio; tem a coloração do caminho percorrido” (2009, p. 94). É justamente esse “lugar próprio” que se intenta alcançar por meio da construção de uma clínica psicológica relacional, mediada pela reciprocidade verdadeira e dialógica do terapeuta através do *caráter vivo da presença*.

Desse modo, o caráter próprio com o qual o método fenomenológico é utilizado na abordagem psicológica do mundo cria, conforme citado anteriormente, a necessidade de um vocabulário e uma forma de interlocução próprios do campo psicológico.

Deve ser mencionado que também nesse mesmo período, final do século XIX e início do século XX, Freud propunha de maneira bastante competente a noção de uma realidade psíquica estruturada a partir de processos inconscientes e estabelecia uma crítica em relação a uma psicologia cuja base era puramente fisiológica.

A essa altura, talvez haja uma questão que mereça maior esclarecimento: uma diferenciação entre os termos *experiência* e *vivência*, considerando não apenas as questões semânticas, mas a própria compreensão epistemológica.

Amatuzzi (2007) situa essa confusão conceitual na própria origem germânica desses termos, uma vez que a tentativa de tradução para outras línguas acaba não encontrando sinônimos ou uma correlação de significados adequada. Para esse autor, o vocábulo *Erfahrung* é o que

mais se aproxima do sentido que se pode atribuir à experiência, ou seja, um tipo de conhecimento adquirido na prática, na vida cotidiana e suas relações com o mundo externo. Em contrapartida, o vocábulo *Erlebnis* refere-se muito mais ao objetivo da fenomenologia, isto é, mais ao vivido do que aquilo que é aprendido, no sentido de que este vivido refere-se a uma experiência ocorrida em um nível mais profundo para o sujeito.

É sentir o impacto de um encontro; é algo imediato e anterior às elaborações mentais que poderiam ser feitas depois. Por isso o termo se tornou importante na fenomenologia (Amatuzzi, 2007, p. 10).

As proposições de Amatuzzi (2007) também são referendadas nas proposições de Ferrater Mora (2004) e Abbagnano (2007).

Ferrater Mora (2004) assim sintetiza o significado do termo experiência:

La aprehensión sensible de la realidad externa. Se dice entonces que tal realidad se da por médio de la experiencia, también por lo común antes de toda reflexión y, como diria Husserl, pré-predicativamente (p. 616).

O verbete “vivência”, em Abbagnano (2007, p. 1.203), redireciona o leitor ao verbete *Erlebnis*, traduzindo-o como “experiência viva”, “experiência vivida” ou “vivência”, explicitando a correção do uso deste termo quando referido a toda atitude ou expressão da consciência.

Neste estudo, utiliza-se o termo “experiência vivida” ou simplesmente “experiência” ao se referir a atos próprios da

consciência. Feito isso, o próximo passo a ser dado será explicitar qual a importância ou contribuição em se formular termos diferenciadores para aqueles que encontram na fenomenologia seu norteador.

Amatuzzi e Carpes (2010) correlacionam diferentes conceitos, entrelaçando-os, ao delimitar as principais diferenças entre a atitude natural e a atitude fenomenológica. Para esses autores, a atitude natural pode ser considerada como aquela mais superficial e ingênua a ser adotada pelos pesquisadores, uma vez que essa atitude limita-se a ir ao encontro de objetos externos (transcendentes) e “pertencentes” ao mundo objetivo.

Em contrapartida, o pesquisador, ao se aproximar do método fenomenológico, aproxima-se também do objeto transcendental. Não mais considera os objetos diretamente, mas sim os atos, a relação estabelecida entre os atos e o mundo.

Há certo paralelismo entre o transcendente e o transcendental; o primeiro é o que supostamente fica fora do sujeito (na direção do mundo objetivo), e o segundo é o que fica fora do sujeito (aqui enquanto eu empírico), mas na direção da subjetividade (agora entendida como subjetividade transcendente, isto é, transcendental) (Amatuzzi & Carpes, 2010, p. 18).

Dessa forma, esses autores exprimem a crença na veracidade de que a *epoché*/redução permite uma jornada a níveis cada vez mais afastados da superfície, do mundo cotidiano, da experiência em seu sentido lato, até se atingir a própria vivência, o “Eu Puro” (Capalbo,

1996, p. 22), o “suporte das vivências da consciência” (Husserl, 1935/1996, p. 39).

3 – A narrativa como estratégia metodológica de pesquisa em Ciências Humanas

Não há memória sentimental sem um drama inicial.

Bachelard

Parte-se da premissa que a construção de narrativas é uma estratégia metodológica de pesquisa pertinente às pesquisas qualitativas e, em especial, àquelas de caráter fenomenológico, uma vez que o ato de narrar deve ser compreendido em um sentido mais específico e provido de significados do que a simples atitude de contar ou *expor* oralmente um fato.

Na proposição do presente estudo, as narrativas compreensivas aproximam-se dos conceitos gerais desenvolvidos pelo ensaísta, crítico literário, cientista social e filósofo alemão Walter Benjamin (1892-1940).

Sua formação, especialmente no campo literário, obriga a releitura de suas asserções sobre a construção de narrativas, uma vez que as utilizamos como ferramenta metodológica para a pesquisa em psicologia, sendo impossível a transposição de conceitos entre uma e outra área do conhecimento.

Conforme aponta Gagnebin (1985), a teoria da narração pensada por Benjamin, embora essencial, é um aspecto ainda pouco explorado de sua obra.

Benjamin caracteriza o período posterior à Primeira Guerra Mundial – período este associado às transformações sociais decorrentes do gigantesco crescimento da economia mundial, com o desenvolvimento das grandes corporações industriais, que passam a transformar os hábitos sociais e morais de toda uma geração por meio da criação e acesso a bens de consumo até então imensuráveis – como um momento de vertigem, equivalente a um sonho que se materializa ao amanhecer sem que o suposto sonhador saiba como interagir com aquele novo conteúdo materializado em sua vida.

Porém, tais transformações ocorridas em seus aspectos macroeconômicos e sociais são percebidas por Benjamin (1985) como uma inexorável “perda” de qualidade na comunicação humana. De forma coerente, suas críticas estendem-se à superficialidade da transmissão de informações nos meios de comunicação. Ao contrário da narrativa, a informação transmitida não se vincula a qualquer forma de recordação, nostalgia, reverência ao mundo e aos antepassados. Ao contrário, a informação deve ser imediata, sucinta – porém, impactante – e atualizada. “O homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado” (p. 206).

Para Benjamin (1985), tal “perda” é correlata na forma de comunicação entre os homens na medida em que a tradição oral (narrativa) passa a ter pouca importância, sendo sobrepujada pela *informação*, referida por Benjamin como transmissão imediata dos

acontecimentos cotidianos, isto é, conteúdos cujo mérito principal é sua volatilidade, ou seja, conteúdos que são substituídos constantemente.

Se a arte da narrativa é hoje rara, a difusão da informação é decisivamente responsável por esse declínio. Cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. No entanto, somos pobres em histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações (Benjamin, 1985, p. 203).

Benjamin (1985) também direciona suas críticas em direção ao romance como corresponsável pelo declínio da “*arte narrativa*”. Essas críticas, entretanto, não se referem a uma atitude conservadora ou retrograda a respeito de outras formas de comunicação diferentes da narrativa, mas referem-se à dialogicidade inerente à narrativa, considerando que essa forma de comunicação requisita um encontro entre aquele que narra algo e seu interlocutor.

Assim, as transformações ocorridas com a ascensão da burguesia contribuíram com o esvaziamento das relações intersubjetivas e no intercambiamento das experiências humanas (*Erfahrung*).

Benjamin (1985) afirma que

Com isso, desaparece o dom de ouvir, e desaparece a comunidade dos ouvintes. Contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas (p. 205).

Há uma preocupação explícita em Benjamin (1985) a respeito do empobrecimento das relações humanas mediadas pelas narrativas, visto que com o seu declínio as trocas intersubjetivas passam a ocorrer furtivamente e desprezadas em nome da objetividade. O autor assim sintetiza o esvaziamento da experiência humana em detrimento de uma suposta objetividade:

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (p. 205).

Essas ideias articulam-se com as asserções acerca da construção de narrativas em pesquisas de caráter fenomenológico apresentadas por AmatuZZi (1996). Nelas, o autor enfatiza o caráter de proximidade entre pesquisador e participantes da pesquisa no processo de construção de um sentido para aquilo que é *covivenciado* no ato de produção do conhecimento. Essa posição epistemológica explicita a intencionalidade da consciência presente no pesquisador em relação ao tema que o guia desde o início do estudo e dirige seu olhar em direção ao “fenômeno” sob investigação.

Ao afirmar que *em princípio* o tema de interesse do pesquisador “dirige seu olhar”, assume-se o caráter dialógico desse tipo de estudo que pretende construir um conhecimento pautado pela experiência do pesquisador e do pesquisado com base na interação entre ambos.

A pesquisa em si permanece, na maioria das vezes, envolta em uma espiral imagética, na qual novas questões podem surgir a partir daquilo que é vivenciado no ato do encontro intersubjetivo.

Nesse tipo de pesquisa, o processo de aproximação entre o pesquisador e os participantes já é a própria pesquisa, tornando indissociáveis a presença e a mútua interação e influência de ambos na sistematização do que foi vivido no processo (a pesquisa).

Em vez de se negar a influência da presença do pesquisador, enquanto partícipe da pesquisa, reconhece-se tal influência como elemento inerente e determinante, dada a singularidade da relação que necessariamente se deve estabelecer entre pesquisador e participante. Reconhece-se também a (inter)subjetividade e a impossibilidade de que haja uma total neutralidade nesse processo inter-relacional, por conseguinte, reforça-se a convicção de que a pesquisa ocorre num campo intersubjetivo.

Esse posicionamento é explorado por Miranda e Onocko Campos (2010) em um estudo desenvolvido com base em narrativas de pacientes psicóticos acerca da *vivência da psicose*. Nesse trabalho, as autoras afirmam:

(...) nossa leitura acerca das significações que os pacientes atribuem ao tratamento costuma ser mediada

pela elaboração daqueles que com eles trabalharam, a partir de uma linguagem já codificada por um aparato simbólico (p. 442).

Assume-se a narrativa como o método pelo qual se tem a possibilidade de “registro” (descrição) da experiência vivida pelos participantes e do diálogo com a subjetividade do próprio pesquisador em busca da compreensão daquilo que é narrado. Esse momento de “entrega” dialógica coincide com a proposição de Benjamin (1985) sobre a narrativa oral como detentora dos significados da experiência vivida coletivamente por uma comunidade.

Na construção da narrativa oral, narrador e ouvinte se encontram e se aproximam através da fala e da expressão corporal, denotando e fazendo desvelar múltiplos estados de contato e afetação com o mundo, com a incerteza e com a imprevisibilidade da vida. Para Benjamin, a narração é concebida como algo instituído na “vida vivida” que ultrapassa os limites do simples “contar alguma coisa”. Ele compreende a experiência de narrar como um fluxo de palavras que tem o objetivo de perpetuar as experiências humanas, exitosas ou não. A substância que dá forma à narrativa é, para Benjamin, a vida humana.

Aiello-Vaisberg e Machado (2005) assim sintetizam algumas considerações a esse respeito:

Enfim, a narrativa não pede que o outro se cale – ou se pronuncie diante de um erro, de uma falha –, mas sim que prossiga, e que, sentindo-se provocado, no sentido etimológico do termo latino, possa fazer suas

associações, possa tecer suas considerações. E o outro, neste caso, não é apenas o colega que participa do mesmo coletivo de pesquisa, mas é o próprio pesquisador que depois do encontro vivido não é mais o mesmo, que depois da narrativa não é o mesmo, que é enfim, um ser do tempo, que se modifica a partir das experiências. E a narrativa, diferentemente do relatório de dados, é uma experiência (p. 7).

Cabe esclarecer que pela ótica das equipes técnicas e de profissionais de saúde, a respeito da oferta de serviços de saúde à população, pesquisas recentes focalizam principalmente representações sociais em relação ao serviço oferecido e análises comparativas de eficiência e eficácia entre diferentes intervenções.

Comparativamente, pesquisas bibliográficas realizadas pelo pesquisador sugerem que poucos são os estudos que incorporam a experiência de usuários e profissionais acerca dos processos vividos no cotidiano dos serviços de saúde pública.

Favoreto e Cabral (2009), valendo-se da experiência em clínica médica no contexto de um programa comunitário de Saúde da Família, ou seja, fora do tradicional *setting* dos consultórios e ambulatórios médicos, definem a necessidade e a importância de um método que preconize um genuíno pacto entre pesquisadores e participantes (pacientes), a fim de que as estratégias de intervenção e o relacionamento entre eles ocorram da forma mais horizontal possível, por meio da escuta e da compreensão acerca dos elementos subjetivos e materiais em que se dá a ação interventiva por parte da equipe de saúde. Afirmam:

A valorização e compreensão da narrativa pelos profissionais de saúde podem, assim, ampliar a capacidade de escutar e interpretar as falas e demandas dos pacientes para além dos sinais e sintomas expostos no encontro clínico e, por conseguinte, facilitar o entendimento do significado das histórias dos pacientes. (...) Nesta situação, a baixa adesão pode ser diretamente influenciada pela forma como as pessoas vivenciam e concebem seu adoecimento e pelas intervenções propostas pelos profissionais de saúde (p. 9).

4 – O caminho trilhado neste estudo

4.1 – O processo de encontro com os participantes

O encontro com os usuários/participantes da pesquisa deu-se no contexto natural de atendimento, isto é, às quintas-feiras, dia em que o pesquisador era o plantonista responsável pelos procedimentos já descritos como: atendimento aos usuários que compareciam ao CAPS pela primeira vez; usuários que retornavam em busca de ajuda após um período de abandono do tratamento e atendimento a outros eventos de ordem diversa.

O período selecionado pelo próprio pesquisador para a elaboração das narrativas foi delimitado entre os meses de Setembro de 2011 e Agosto de 2012. Este período não abarcou todas as quintas-feiras de cada mês em virtude de fatores como feriados ou outras condições para que o plantão não fosse realizado naquele dia. Durante o período determinado foram realizados pelo pesquisador 47 plantões,

totalizando 656 atendimentos, distribuídos entre os seguintes procedimentos: 438 atendimentos a demandas diversas; 108 atendimentos a usuários que retornaram ao CAPS após abandonarem o tratamento ou regressaram de algum tipo de internação e 110 atendimentos a pessoas que procuraram o serviço pela primeira vez.

4.2 – A construção das narrativas

Foram elaboradas no período referido 36 narrativas para fins de pesquisa. Destas, quatro pessoas solicitaram que o consentimento para participação neste estudo fosse retirado. Das 32 narrativas restantes, o pesquisador selecionou, finalmente, 15 narrativas por considerá-las mais significativas e ilustrativas em relação ao objeto de estudo.

Todos os atendimentos foram realizados pelo próprio pesquisador, observando-se estritamente as recomendações e diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Como descrito, a pesquisa deu-se no contexto natural de atendimento, seguindo os procedimentos de praxe do CAPS, em que os usuários eram encaminhados ao plantonista do dia (pesquisador), diante de qualquer demanda ou solicitação destes.

Quando os usuários atendidos eram aqueles que procuravam o CAPS pela primeira vez ou retornavam após abandono do tratamento, o pesquisador iniciava o encontro com a seguinte pergunta: “Qual a razão para você ter procurado pelo serviço?”; a seguir, dependendo da necessidade, prestava alguns esclarecimentos complementares. Ao

longo do atendimento, era comum que fizesse alguns questionamentos reiterativos sobre algo que porventura não tivesse ficado claro. Após o término do atendimento de plantão, o pesquisador explicava detalhadamente o objetivo da pesquisa acadêmica que estava desenvolvendo, solicitando a permissão da pessoa para a utilização do que fora relatado, deixando claro que a concordância ou não em relação à sua participação não teria qualquer consequência para a condução de seu tratamento no CAPS. Em caso de concordância, a pessoa era convidada a formalizar tal aceite por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após cada atendimento, o pesquisador imediatamente registrava por escrito suas impressões, sentimentos, aspectos marcantes daquele encontro, afetações etc. Posteriormente, esse relato era revisto e construía-se uma narrativa. A fidelidade às expressões usadas pelos participantes foi rigorosamente mantida, não se recorrendo ao recurso do uso de reticências ou qualquer outra forma de censura em relação ao jargão utilizado, exceto nos casos em que outras pessoas eram citadas ou descritas situações vividas que pudessem de alguma forma causar constrangimento ou até mesmo riscos à integridade física dos participantes.

Após alguns dias, o pesquisador fazia uma releitura do texto da narrativa e inseria novos elementos ou mesmo escrevia uma segunda narrativa, caso concluísse que na primeira não conseguira registrar de maneira satisfatória a fluidez do encontro ou os elementos mais importantes de sua experiência ao estar com o participante.

4.3 – O processo de análise das narrativas a partir do encontro com os participantes

Ao realizar uma síntese do que foi apreendido ao longo dos atendimentos/acolhimento aos usuários que procuraram pelo CAPS nos dias em que o pesquisador exercia a função de plantonista durante o período de Setembro de 2011 a Agosto de 2012, procurou-se efetivar uma apreensão de todos os elementos que se mostraram significativos à sua experiência ao dispor-se a uma relação dialógica com as pessoas atendidas. Em uma pesquisa fenomenológica este movimento não pode ser confundido com um resumo dos atendimentos, mas sim com o exercício de trazer à superfície o que de mais significativo emergiu dos atendimentos em sua singularidade e que converge para um sentido maior que aproxima as narrativas entre si. Com o objetivo de preparar este caminho, o pesquisador escreveu, após cada narrativa, uma síntese compreensiva daquele atendimento, num movimento de compreensão psicológica acerca do encontro. Esse movimento não pode ser confundido com uma análise diagnóstica preditiva sobre o que se tornou manifesto pelos participantes em termos psicopatológicos, já que a análise aqui proposta vai exatamente no caminho inverso. Síntese refere-se, no contexto da tradição do pensamento filosófico, a uma operação mental que procede do simples para o complexo.

Por essa razão, ao realizar uma “compreensão psicológica” de cada narrativa, esforçou-se o pesquisador em não direcionar um olhar analítico a nenhum ponto específico que porventura chamasse a sua

atenção no sentido de categorizar psicologicamente a pessoa, buscando indícios que permitissem provar algo previamente conhecido.

Especificamente, a síntese compreensiva aqui referida constituiu-se em um modo de facilitar o acesso ao vivido de forma que interpelasse seu sentido. Neste processo, os elementos nos quais o pesquisador manteve-se em postura de atenção e alerta foram aqueles reveladores do modo de ser do usuário ao narrar sua história para se apropriar do espaço que lhe foi franqueado no CAPS; por exemplo, quais os artifícios que a pessoa usou para descrever a si mesma; que ênfases imprimiu à sua história de vida, etc.

Em síntese este processo deu-se por meio dos seguintes movimentos:

- 1) Relato por escrito de maneira cursiva acerca de tudo o que ocorreu de significativo no encontro com os usuários;
- 2) Construção da narrativa contendo todos os elementos significativos que emergiram do encontro com cada um dos participantes, com ênfase na experiência do pesquisador e na forma como ele foi impactado pela presença do participante em relação às questões trazidas à tona e de maneira espontânea;
- 3) Construção de uma síntese compreensiva com base em cada uma das narrativas;
- 4) Construção de uma narrativa-síntese de caráter geral e de natureza interpretativa que buscou contemplar a experiência de cada um dos participantes com base numa

análise das narrativas individuais, permitindo também uma interpretação fenomenológica mais abrangente acerca dos significados que emergiram da experiência como um todo.

Capítulo 4

As Narrativas

Construir narrativas com base nas relações dialógicas desenvolvidas com os participantes da pesquisa implicou assumir a posição de um pesquisador que se abre à revelação do fenômeno buscando compreendê-lo e interpretá-lo a partir de sua própria experiência, que inclui o processo de comunicar o vivido de maneira que lhe extraia significados e um sentido. Tecer a história intersubjetiva dos encontros é em si uma tarefa mobilizadora que transforma o pesquisador em alguém que também estuda a si mesmo. Essa é uma maneira rigorosa de fazer ciência que exige disciplina e empenho, mas também permite que o pesquisador seja desafiado a recriar o modo de relacionar-se, reinventando-se continuamente.

1 – O processo de narrar nesta pesquisa

O percurso trilhado pelo pesquisador no processo de aproximação e distanciamento que caracterizou a análise fenomenológica dos encontros com os participantes da pesquisa desenvolveu-se da seguinte forma: construção de uma narrativa logo após o término de cada atendimento individual → elaboração de uma síntese compreensiva de cada atendimento → construção da uma síntese geral denominada narrativa-síntese.

A elaboração das sínteses compreensivas individuais constituiu-se em uma etapa de transição entre a experiência de narrar cada atendimento e a comunicação dos significados apreendidos. Esse processo trouxe à tona elementos do impacto vivido pelo pesquisador ao ser mobilizado no encontro com o outro. Amatuzzi (1989) trata dessa questão ao afirmar que nesse caso se está reportando a uma ressonância que a experiência do outro provoca na subjetividade do pesquisador.

Para construir a narrativa-síntese, o pesquisador buscou abstrair dos elementos significativos apreendidos em cada encontro individual um sentido geral que implicasse a experiência como um todo, de modo que possibilitasse um aprofundamento fenomenológico acerca da experiência das pessoas ao serem acolhidas no CAPS pelo pesquisador num atendimento de plantão.

2 – Narrativas e Sínteses Compreensivas dos atendimentos com os participantes

TÂNIA

Idade: 47 anos

Profissão: Auxiliar de limpeza

Escolaridade: Ensino médio completo

Foi com misto de admiração e de curiosidade que conheci Tânia, pois várias tentativas de trazê-la ao CAPS já haviam sido tentadas por assistentes sociais do município, mas sem sucesso. Sem perceber, a recebi com um sorriso e uma piada qualquer, da qual não me recordo, mas que foi proferida de forma instantânea e sem me dar conta.

Tânia necessitava de amparo para caminhar. Mais que a aparente fraqueza, sua magreza me fez fixar os olhos nos ossos de sua escápula: salientes, pareciam fraturados e muito mais agudos que o normal. Este foi um dos poucos momentos, talvez o único, em que essa aparente fraqueza esteve presente. Tânia estava acompanhada de outra senhora que se adiantou apresentando-se como sua irmã; quando a chamei, Tânia fez sinal para que esta não a acompanhasse até a sala de atendimento. Assim, naturalmente, aproximei-me e ofereci o braço para que Tânia se apoiasse e ela o aceitou prontamente. Agradei aquela senhora por ter acompanhado Tânia até o CAPS, colocando-me a sua disposição para esclarecimentos posteriores em relação ao tratamento que poderíamos oferecer.

Habitualmente, antes dos atendimentos faço uma breve leitura no prontuário das pessoas que já estiveram sob os cuidados do CAPS, e assim constatei que aquela não era a primeira vez que Tânia viera procurar ajuda. Há cerca de seis meses fora atendida, mas não aderira a nenhuma das propostas de tratamento que lhe foram oferecidas. Acredito que, por essa razão, a primeira coisa que pensei foi nos possíveis motivos para que Tânia não tivesse retornado ao CAPS até então e esse assunto foi o início de nosso diálogo, mais com o intuito de investigar o que poderia ter ocorrido para seu súbito abandono do tratamento anterior, já que tinha se disposto [imaginei] a tentar.

Tânia pareceu entender que esse fato seria inquirido por mim ao tentar compreender sua desistência do tratamento, já que seu prontuário encontrava-se sobre a mesa. Ela olhava atentamente para o que eu fazia, como que aguardando o momento em que eu lhe perguntaria sobre isto, o que realmente aconteceu após um questionamento bastante discreto com o cuidado de não lhe imputar nenhuma culpa a esse respeito. “Não continuei o tratamento naquela época porque não tinha dinheiro para pagar o ônibus”. Fora proposto que ela viesse diariamente ao CAPS, em regime intensivo, como tentativa de evitar uma internação em um hospital psiquiátrico.

Nosso encontro foi desgastante em alguns momentos em virtude da necessidade de ordenação quanto ao que conversávamos, já que sua narrativa foi acontecendo de maneira bastante emaranhada, demonstrando dificuldade para encadear temporalmente os fatos, muitas vezes confundindo-os com sensações do presente, ou melhor, enrolando-se na dinâmica da sua vida. Enfatizou “que apenas bebia”,

que não usava “outras porcarias que as pessoas na rua usam”, referindo-se ao consumo de *crack*. Quase que emendando, contou que estava há pouco tempo na cidade, e que sua vida, mesmo, era em São Paulo. Sempre morou naquela cidade, mas há quase vinte anos foi aos poucos abandonando a casa de sua mãe – com quem morava, junto com outras três irmãs – por causa de brigas e agressões físicas constantes que tinha com elas; a família nunca concordou que bebesse tanto. Esse “tanto” a que Tânia se referia era segundo ela “um pouquinho de cada vez, só que o dia todo, quase uns dois “corotinhos”¹², o que em sua opinião não atrapalhava muito, já que conseguia trabalhar como ajudante de limpeza em uma empresa de terceirização. Porém, esse abandono da casa da mãe nunca foi total, pois Tânia intercalava longos períodos de permanência na rua com outros em que voltava para casa: “É difícil explicar, mas a rua é um lugar que acaba atraindo a gente. Pode ver, tem gente que não consegue ficar sem a rua. Não sei se você consegue me entender, mas chega uma hora que a gente começa a se sentir sufocada de estar em um lugar fechado, no quarto, com todas as coisas tendo que ser ajeitadinhas; é aquele ditado que sempre falam: a pessoa sai da rua, mas a rua não sai nunca da pessoa”. Apesar de tantas brigas e agressões em casa, Tânia fala: “o que piorou mesmo minha vida foi essa tal de depressão”. Para Tânia, essa foi uma fase que acabou de vez com ela, porque passou a sentir umas *coisas estranhas* que, inclusive, começaram a tornar sua permanência na rua mais difícil, pois

12 Aguardente de baixa qualidade, vendida em embalagens plásticas de 450 ml por valores irrisórios.

passou a ter muito medo “de escuro e de ficar dormindo sozinha pela rua”.

Repetiu que chegara a trabalhar como auxiliar de limpeza e tinha uma vida “até que bem organizadinha”, mas que entre as irmãs sempre foi a que deu mais trabalho; era a que não calava a boca nem quando o pai chegava em casa daquele jeito” [alcoholizado]. Quanto ao trabalho, Tânia fala que, ainda estava registrada em uma empresa de limpeza, mas que não aparecia lá há alguns meses, portanto, não sabia em que situação se encontrava perante a empresa, já que não fora comunicada sobre qualquer procedimento legal a ser tomado e, completa sorrindo: “Mesmo que tivessem a maior boa vontade, só se fossem me procurar na praça”. Tânia discriminava seus problemas entre aqueles de ordem financeira e social daqueles de ordem física (clínica) e psicológicos, parecendo me dizer que nem tudo nela estava ruim, ou melhor, que com todos os reveses ainda sobraram aspectos intactos em sua vida. Explicou-me que sua ida para as ruas de São Paulo fora uma escolha, “ou sei lá, uma ilusão sem a interferência de ninguém... nem de homem”, mas, como uma alternativa para evitar as brigas diárias causadas por seu consumo de álcool. Num primeiro momento, foi muito bom, superando suas expectativas e a “visão que todo mundo tem de quem mora na rua é que é como animal e que já perdeu todo cérebro de tanto beber”. Entretanto, esse possível aspecto bom da rua é logo ofuscado pelo semblante de Tânia e pelo tom aterrorizado em sua fala. Se até aquele momento Tânia justificara sua permanência na rua como uma consequência de seu livre arbítrio e um desdobramento natural das brigas familiares, a partir de então a rua passou a ser referida

como um local inóspito que apenas oferece o anonimato. O local onde “cada um é cada um; você não consegue sobreviver, se cada um quiser ficar contando vantagem das desgraças”, por isso “ninguém quer saber dos problemas que você deixou pra trás... Cadeia, putaria, se está pedido¹³... É tipo aqui [CAPS] que você ouve as coisas e não vai poder sair por aí contando do BO de cada um”.

Permanecer na rua custou-lhe um alto preço, como não conseguir trabalhar e “não ter um centavo para nada”, mas enfatiza que “quem fala que na rua as pessoas passam fome tá mentindo, porque na rua todo mundo dá um jeito e já sabe em que lugar e a que horas pode pedir”, referindo-se a restaurantes. Mas não deixa de notar alguns pontos críticos sobre isso, como uma das fases de sua estadia na rua, em que contraíra tuberculose pulmonar, o que a debilitara mais ainda, porque já desconfiava que estivesse com anemia *no sangue*. A tuberculose lhe custara um longo período de internação hospitalar, ao qual Tânia se refere com aparente indiferença: “Foi um tempo de férias porque o lugar era muito bom”. Essa indiferença não me pareceu ser uma representação tão segura. Perguntei-lhe como se sentiu internada em um hospital, isolada (área de isolamento), sem contato com familiares ou outras pessoas próximas, já que essa condição é totalmente oposta a liberdade nas ruas. Reconsidera o que acabara de falar e sentencia que fora uma experiência nada boa, porque “mesmo a gente lá [Hospital Emílio Ribas], com as enfermeiras e médicos cuidando de tudo pra você... hora de comer, tomar banho, se agasalhar, a gente se sente sozinha e com pensamentos ruins como:

13 Procurado pela polícia.

‘Se eu morro aqui, vou ser enterrada que nem indigente ou vão colocar meu corpo sei lá em que faculdade’; Ainda mais eu que até tinha namorado na rua... Fica aquela coisa... Será que ele vai estar lá ainda?”

Tânia acabou por revelar outro episódio importante de sua vida. Na rua não estava totalmente sozinha como no leito hospitalar, pois tinha um namorado que também conhecera nas ruas, mas pouco sabia de sua vida pregressa; a principal afinidade entre os dois era beber muito. Entretanto, essa experiência com o namorado “quase acabou em tragédia”, há três anos. Conta que seu namorado era muito ciumento e numa noite, após terem ingerido muita bebida alcoólica, tiveram uma “briga feia por causa de ciúmes, que eu nem sabia dizer a razão, por causa da embriagues”, de ambos. Tânia diz que só se lembra de ter acordado “meio no susto, meio alta” (embriagada), com o corpo em chamas. O namorado havia jogado gasolina em todo o seu corpo e ateado fogo “pra tentar matar sem pena mesmo”, e emenda: “eu acho que era pra deformar, se eu não morresse”.

Nesse momento, Tânia transmitiu-me um olhar de tristeza e vazio. Relatou esse episódio com os olhos fixos em mim, mas transfixando-me, sem parecer que se atinha a nenhum outro detalhe. Em seguida, inesperadamente, exclamou: “Olha aí, o resultado que deu!” De forma aparentemente natural, abaixou a blusa que usava até a altura do colo, deixando mostrar uma enorme queimadura por toda a extensão de seu peito e que descia pelo abdômen. Impressionou-me que a queimadura fosse não apenas extensa, mas muito profunda e praticamente

destruíra seus seios. De qualquer maneira, foi chocante imaginar como deve ter sido intensa a sua dor.

Sem que nada mais fosse acrescentado, Tânia recolocou a blusa no lugar e me explicou que chegou a passar por algumas cirurgias para tentar a “reconstrução” de seus seios, mas “o máximo que conseguiram foi encobrir algumas marcas, mas pelo menos conseguiram (os médicos) fazer com que o meu pescoço pudesse virar e mexer sem ficar repuxando e doendo”.

Mesmo com todos os infortúnios, parece que foi a percepção de seu estado mental que a levou a buscar ajuda. “Com o passar do tempo, algumas coisas esquisitas começaram a acontecer, como sentir medo da rua quando escurecia e achar que estava sempre sendo seguida, muita irritação, ansiedade e perda de memória, além de um constante inchaço na barriga”.

A primeira ajuda conseguida por Tânia veio de uma irmã que não suportava mais vê-la daquele jeito e procurou informações sobre possíveis locais de tratamento. De pronto foi sugerido que ela procurasse um CAPS próximo à casa de sua mãe em São Paulo. Diz ter aceitado o tratamento, “até mesmo porque estava ficando preocupada com a barriga que inchava como se tivesse água dentro”. Tudo parecia transcorrer normalmente: voltou para a casa da mãe, começou o tratamento no CAPS em São Paulo, melhorou seu quadro psicológico, o inchaço na barriga diminuía. Tudo parecia ter começado a “entrar nos eixos” quando Tânia voltou a beber muito e num momento de “crise de nervoso” jogou todos os remédios no vaso sanitário porque não era louca, decidindo que pararia com o tratamento em São Paulo e tentaria

a sorte nesta cidade, novamente na casa da irmã, até ter condições de se “erguer”.

Essa era a trajetória que a levava ao CAPS pra tentar agora colocar a cabeça no lugar, o que naquele momento, após meu questionamento, disse que significava enfrentar o medo de escuro, sua irritação e agressividade, além do inchaço em sua barriga que parecia ser o que mais lhe preocupava, pois voltara a inchar com maior intensidade e doía sempre que ela comia alguma coisa mais forte.

Já estava por lhe perguntar sobre outros aspectos de sua vida quando Tânia se antecipou e revelou: “Tenho um filho como você, que também estuda. É uma bênção ver gente assim novinha ter a cabeça no lugar e gostar de ajudar as pessoas”. Conta que tem um filho de 22 anos, aluno do curso de geografia da USP. Demonstrando conhecer o funcionamento desta universidade, acrescenta: “Ele mora naqueles predinhos que tem lá dentro pras pessoas que são carentes”. Diz: “Ele é o único que se salva nesse bando de doido que é minha família”.

Por fim: “Vou ser humilde e tentar conversar com minha irmã ou com alguém lá da Prefeitura, sobre a possibilidade de me ajudarem a conseguir o cartão [de gratuidade do transporte coletivo] e passar a frequentar o CAPS. Ah, lembro que aquele serviço em São Paulo, era da prefeitura (CAPS), mas não sabia que vocês, também, fazem orientações sobre isso... mas é muito bom saber”.

Antes de sairmos da sala Tânia, em tom bastante sério, encerra nosso encontro com o que pareceu ser um desejo a ser perseguido: “É... o negócio então é se tratar pra poder pelo menos ir à formatura dele. Que filho não gostaria de ver a mãe boa?”

Quanto a sua situação trabalhista, imediatamente agendei para que ela fosse atendida pela assistente social do CAPS para outros esclarecimentos, explicando-lhe de forma abreviada que achava importante que esta situação jurídica fosse resolvida.

Saímos da sala após eu ter exposto minha grande preocupação em conseguir que ela investigasse melhor seus problemas tanto físicos quanto mentais. Terminado isso, eu a amparei durante o trajeto até a sala de espera, entretanto, desta vez Tânia abraçou-me ao invés de apenas escorar seus braços em mim. Ela continuou durante certo tempo frequentando o CAPS até desaparecer subitamente.

Passados alguns dias, encontrei Tânia pedindo dinheiro em um semáforo. Aproximei-me, mas não pudemos conversar por causa de seu estado de embriaguez.

Síntese compreensiva do atendimento de Tânia

Tânia considera-se uma pessoa que faz as coisas por vontade própria, não sendo influenciada pelas irmãs, pelo pai que era alcoolista, pelas assistentes sociais e, como afirma, nem pelo ex-namorado. É com a mesma firmeza que ela justifica o fato de ter abandonado o tratamento iniciado anteriormente em um CAPS na cidade de São Paulo por não ter dinheiro para custear as passagens de ônibus; não faz maiores explicações, nem tenta justificar-se ou argumentar sobre essa situação, como acontece habitualmente com as pessoas que retornam.

Tânia analisou seu quadro atual sem falsas expectativas, tampouco atribuiu seus maus momentos à falta de sorte, a traições ou negou a gravidade da sua situação. Sofre de diversos problemas de saúde que denunciam que a qualquer momento ou “a qualquer bobeadas” pode morrer. No seu caso essa não é uma situação hipotética ou figurativa, mas vem se constituindo numa possibilidade concreta há muitos anos, pois já enfrentou situações extremas de risco. Parecia estar sempre num enfrentamento difícil com a vida: a busca pelo próximo prato de comida, o “aconchegar-se” na rua para dormir “protegida do frio e da chuva”, a fuga da violência que acontece a toda hora entre moradores de rua alcoolizados, a violência dos seguranças dos estabelecimentos comerciais, as ameaças de violência sexual e a vigilância e presença ostensiva da polícia obrigando os moradores de rua a se “esparriarem”. Não se vitimiza como uma “doente” ou

“inválida”, mas afirma sua condição de uma trabalhadora, terceirizada em uma empresa encarregada de limpeza, apesar de sua condição trabalhista incerta, por causa do abandono do trabalho.

Tânia não trata sua vida como uma sucessão de fatalidades, mas como resultado de escolhas pessoais, mesmo que contrárias à vontade de seus familiares. Essas escolhas culminaram com a decisão de ir morar sazonalmente na rua, onde se sente mais livre, apesar de reconhecer e discriminar todos os riscos à sua saúde física e mental. Essa tão enaltecida *liberdade*, algumas vezes, é intercalada com o retorno à casa da mãe ou da irmã, refúgios onde recebe cuidados; da mesma forma refere-se ao período de internação e aos cuidados recebidos no Hospital Emílio Ribas, até que surgiram sintomas claustrofóbicos e de aprisionamento, “forçando-a” a voltar para a rua; espaço em que habita e lhe rende boas reminiscências, sendo enfaticamente ilustrada por ela com a expressão “a rua não sai de dentro da pessoa”.

Tânia vê o morar na rua não como vadiagem ou em decorrência do “cérebro consumido pelo álcool”, mas como um jeito de viver em que também estão presentes os problemas e situações do cotidiano como a união entre as pessoas para defenderem-se do perigo, conseguir comida, namorar etc.

Para ela, seu relacionamento afetivo com outro morador de rua acabou de forma violenta e mutiladora, pelo fato de seu namorado ser ciumento e estar muito alcoolizado; ela relaciona a violência sofrida, essencialmente, a esses dois fatores e não à condição de estar na rua – “qual a diferença entre a violência doméstica escondida e esta?”

Sua percepção de mundo ficou momentaneamente ofuscada pela “depressão e pelo inchaço na barriga”, mas não cogita que seja o fim de sua vida e de seus sonhos. Tânia vê com felicidade o fato de o filho estudar na USP e planeja ir à sua formatura; este é um dos motivos que a trouxeram de volta ao tratamento, para surpreendê-lo ao vê-la bem na formatura. Quando Tânia refere-se ao filho como “o único a salvar-se entre um bando de doidos”, o faz de maneira a deixar exposto que o filho está incumbido de satisfazer várias expectativas familiares: “Qual mãe não quer ver o filho bem?”. Tânia conclui esse raciocínio ao reconhecer que o filho não sucumbira à dinâmica familiar que ela denomina como louca.

ALINE**Idade:** 21 anos**Profissão:** Ajudante de cozinha**Escolaridade:** Ensino básico incompleto

Aline estava buscando ajuda pela primeira vez, ou melhor, como disse: “É a primeira vez que estou buscando ajuda porque eu quero”, aventando que anteriormente não tivera autonomia para decidir o que desejava em relação à sua própria vida ou o que era admitido ou sentido por ela como uma *atitude de ajuda*. Essa foi sua primeira declaração, que no desdobramento de nosso encontro se tornaria mais clara.

Aline destacava-se entre as poucas pessoas que aguardavam atendimento naquele dia. Apesar de estar extremamente emagrecida, com os ossos da face um pouco salientes, e a simplicidade extrema com que se vestia, era fácil notar que era uma pessoa muito bonita e também muito fatigada. Com idade próxima aos 20 anos, tinha cabelos cacheados, um pouco acima dos quadris e um sorriso espontâneo e carismático presente a quase todo momento, expondo seus dentes impecavelmente brancos. No contexto do CAPS esses não são meros detalhes estéticos passíveis de admiração, mas chamam a atenção por serem raros no caso dos usuários de *crack*, principalmente se a pessoa faz uso desta droga há algum tempo.

Aline chegara até o CAPS por meio de informações de uma senhora que “frequenta” a mesma igreja que ela. Diz que naquele

momento de sua vida estava cada vez mais tomando consciência de sua situação de desamparo e havia uma distância muito pequena entre ela e uma “mendiga”; A primeira coisa que passara por sua cabeça fora buscar o amparo em uma igreja. Isso acontecera de forma casual quando, passou em frente a uma igreja evangélica e resolveu pedir auxílio. “Inicialmente seu objetivo era conseguir alguma doação de roupas ou cesta básica, mas uma senhora a tratou com tanto carinho, sem medo e sem se assustar com sua aparência que a fez se sentir gente de novo”. Coincidentemente, esta senhora é uma funcionária pública municipal que já tinha referências sobre esse serviço de saúde.

Aline enfatiza que apenas pediu uma “luz” (a Deus), pois estava percebendo que dia após dia “não se sentia mais ela”, isto é, qualquer coisa que fazia pensava automaticamente em usar drogas antes “para criar mais ânimo”, contraditoriamente afirmando que não conseguia sentir mais a “brisa”¹⁴ de antes, quando começou a usar drogas. Em vez disso, ao término dos efeitos da droga, ficava sempre “muito desacreditada e deprimida” por reconhecer que estava fazendo “uma coisa errada”.

Passado esse momento inicial, Aline me explica “que estava falante, mas que na verdade ela era uma pessoa tímida” e tinha dificuldade em falar de sua vida porque achava que era uma vida que “ninguém ia querer mandar como praga nem para um inimigo”; pondera um pouco e diz “que só falava mesmo porque sentia que teria que colaborar com essas informações se quisesse também ser ajudada”; Completo: “com a diferença que desta vez você está aqui querendo ser

14 Efeito ocasionado pela droga usada e próprio de cada uma.

ajudada, o que é muito bom”. Decidi, naquele momento, reiterar alguns aspectos para que nosso encontro pudesse ficar mais bem contextualizado e esclarecer o que ela poderia esperar de nós (instituição) e de minha ajuda profissional.

Enfatizei que o conteúdo de nossa conversa era sigiloso, que aquilo que ela desejasse falar não ia ser do conhecimento de mais ninguém como algum superior meu, por exemplo; seria importante que pudéssemos pensar juntos em um programa de tratamento que fosse satisfatório para ela enquanto paciente e para mim enquanto profissional – acentuando esse aspecto –, ou seja, eu poderia errar propondo alguma coisa que eu achasse muito adequada, mas que para ela não teria sentido algum, já que o que ela percebia como aviltante à sua condição pessoal poderia não o ser para mim. Apesar de ser uma explicação sumária, creio que consegui tranquilizá-la e deixar mais claro que aquilo que ela estava me dizendo tinha importância e era isso que mais me inquietava em transmitir. Essas colocações parecem ter sido produtivas, pois Aline aparentemente ficou mais sorridente e relaxada na maneira de sentar-se. Tive a impressão de que reiniciávamos nosso encontro.

Estava com o prontuário de Aline e como de hábito fiz uma rápida checagem na página de rosto, observando se os campos de identificação estavam preenchidos, pois há a necessidade de certos dados cadastrais para que o paciente tenha acesso aos atendimentos regulares, gratuidade na aquisição de medicamentos, entre outros procedimentos. Notei que os campos destinados a identificação estavam praticamente intactos, o que me fez pensar que houvera

alguma distração por parte da recepcionista que fizera o prontuário de Aline, pois esse preenchimento é de responsabilidade da recepção. De forma natural, disse a Aline que precisaria preencher alguns dados mais burocráticos. Aline entendeu a que dados eu me referia e esboçou um sorriso, como se aquela situação fosse corriqueira para ela, e emendou: “É isso aí mesmo. Eu não tenho muita coisa para colocar [informações]”.

Sem a necessidade de perguntar-lhe mais nada, Aline me diz que foi uma “menina de rua de verdade, daquelas que pedem dinheiro sem dó”. Fora criada desde bebê em instituições públicas ou religiosas; dezesseis ao todo. Detalhadamente, Aline organiza uma parte possível de sua biografia, pois disse ter conseguido “uma informação aqui e outra ali” sobre sua história, “afinal, ninguém nasce de chocadeira”.

Conta que nascera numa cidade do estado de São Paulo, mas que não sabia ao certo qual era e ficara com a mãe “até mais ou menos um ano de idade”. Segundo as informações que tinha, sua mãe era usuária contumaz de drogas, “uma das primeiras da cracolândia”, e a levava ainda no colo para a rua onde pedia esmolas e usava drogas com o dinheiro que ganhava, até que “um pessoal da assistência social me tirou dela e me levou para um abrigo”. Quanto ao pai, “nem sei de nada mesmo. Devia ser um noia¹⁵ da rua”.

Pareceu-me muito estranho alguém ter *habitado* dezesseis locais diferentes em dezoito anos. Reiterei esse fato com espanto: “Dezesseis?!” “Isso que você ouviu: dezesseis”.

15 Designação dada aos usuários de droga, como referência aos sintomas paranoides apresentados sob efeito ou posteriores ao uso de cocaína e derivados.

Aline então passa a me explicar que “isso é uma coisa normal para quem não tem ninguém, que não consiga ser adotado ou que fique sob a tutela de outra pessoa da família”. Existe um trâmite em que os bebês são levados para uma *casa de passagem*, que em seu caso era administrado por religiosas católicas. Explica-me que, conforme as crianças vão crescendo, vão mudando de “casa” de acordo com a idade, mas que isso pode acontecer quando a criança não se adapta a um lugar, isto é, quando esta não consegue obedecer às regras disciplinares estabelecidas pela instituição. Esse era o caso de Aline, que diz “nunca ter se conformado em ficar ‘presa’ enquanto as meninas ‘normais’ podiam fazer o que queriam, como se maquiar, usar roupas que gostassem e também namorar à vontade. Nesse momento, tivemos uma descontraída pausa. Aline me pede para esperar um pouco, pois ela teria que arrumar o sapato. Sua sandália tinha rasgado na lateral e ela estava desde o momento que chegara ao CAPS caindo do seu pé. Sobre a situação, ela comenta: “Estava tentando disfarçar, tenho vergonha que as pessoas caçoem, ainda mais que a sandália é um número maior que meu pé. Pé de pobre tem tamanho?” Minimizei essa questão que a constrangia conseguindo um aplicador de cola quente, para que consertasse sua sandália ao final do atendimento, o que parece tê-la tranquilizado. Aline agradece e diz efusivamente: “Estou ficando à vontade aqui; até consertar o sapato eu consegui”. Ela continua me explicando sobre sua estada em instituições.

Com aproximadamente 10 anos de idade, começou a inalar cola e outros produtos químicos que conseguiam. “Conseguiam?”, questionei. Ela explica que em muitos abrigos é comum as crianças fugirem

durante a noite para pedirem dinheiro, usarem drogas, praticarem pequenos furtos e as “maiorzinhas” se encontrarem com os namorados (as) para “ficarem juntos”. Por sua vez, essa foi a maneira pela qual Aline conheceu seu atual companheiro. Ela salienta que “os abrigos não são ruins...”, “lá a gente tem apoio, tem comida, médico... Tudo certinho... Mas é aquela coisa... Você que é um doutor já deve ter ficado num monte de hotel passeando. É legal, mas vai ficar lá para sempre”. A situação “começa a ficar feia” quando o abrigo é destinado a adolescentes, “aí a situação fica mais dura”. Aline refere-se a abrigos destinados a pré-adolescentes e adolescentes em que a segurança e a vigilância são mais rigorosas, pois “todos, sem exceção”, começam a querer sair do abrigo para passearem, arrumarem namorados (as), enfim, “levar uma vida normal”. Parece que a “vida normal” à qual ela se refere não é possível nos abrigos, uma vez que, quando ocorre algum namoro entre os moradores do abrigo, na percepção de Aline, “é uma coisa meio que forçada, mais para dizer; não é um namoro parecido com o de namorado que a gente arruma na rua”.

Aline prossegue de forma contundente narrando sua experiência nos abrigos pelos quais passara. Relata de forma aparentemente ambígua sobre seu casamento, parecendo que ele está intrinsecamente ligado a uma situação imposta pela maioria. Diz que “gostaria de ter tido uma chance melhor na vida”, pois, no abrigo, quando os jovens completam 18 anos, o *governo* lhes provê uma *bolsa* por até cinco meses, suficiente, segundo Aline, para pagar uma pensão bem modesta, “uma dessas que ficam perto de rodoviárias”, referindo-se a pensões ou hotéis que circundam rodoviárias, muito comum na maioria

das cidades brasileiras, geralmente muito simples e que são usadas, muitas vezes, para a prática de prostituição, consumo e tráfico de drogas.

Aline conta que nessa idade (adolescência) a maioria dos jovens permanece parte do dia fora do abrigo, na maioria das vezes estudando, já que os abrigos oferecem internamente apenas até o ensino básico. “É aí que a coisa vai ficando mais feia”... Os jovens querem “ter uma vida normal e têm vergonha de falar que moram na FEBEM”.¹⁶ Muitos desses jovens não retornam mais à instituição ou, como no caso de Aline, ausentam-se por um longo período, mas retornam “mesmo sabendo que vão ter algum castigo”. Foi dessa forma que Aline diz ter conhecido o atual e “único homem” que teve até hoje.

Com 16 anos de idade, numa de suas inúmeras incursões para fora do abrigo, conheceu um rapaz “mais velho” que a “tratou muito bem” e parecia ter muita preocupação “com ela como pessoa”, presenteando-a com algumas bijuterias, alimentos “diferentes” etc. Afinal, se pergunta: “Se não for por amor, o que alguém vai esperar de quem mora lá?”. Esse rapaz se casaria com ela um ano depois.

Aline começara a namorar “sério” esse rapaz aos 16 anos, “ao ponto de pouco tempo ele me convidar para conhecer sua família”. Casaram-se quando ela tinha pouco mais de 17 anos. Dessa forma, ela foi autorizada pelo juiz a deixar a instituição e passar a morar com o marido. Aline conta que o primeiro ano de casamento foi muito bom, apesar de ela começar a conviver com uma pessoa “totalmente

¹⁶ FEBEM é a maneira genérica que os jovens institucionalizados se autopercebam, mesmo que as instituições em que permanecem não pertençam ao antigo órgão estadual.

diferente do que conhecera”. Quanto a isso, Aline mostra grande lucidez, ao reconhecer que conhecera uma pessoa “pela metade”, já que o via por períodos curtos de tempo, nas suas saídas da instituição. Mesmo assim, reconhece que “recebia muito carinho” desta pessoa.

Quando fala sobre o carinho do marido, Aline cita o fato de ele “ter perdido” meio dia de trabalho como pintor para, naquele dia, em que ela fora ao CAPS, ficar em casa para cuidar das crianças, “que davam muito trabalho” por serem quase bebês. Nesse momento, Aline para por mais um instante, como que organizando o fluxo de seu relato, ou melhor, pede “Um pouco de paciência, porque eu devo estar deixando você confuso com tanta coisa”. Retoma, explicando que após um ano de casados, resolveram se mudar para esta cidade, onde uma cunhada residia. Com a mudança, as coisas pareceram piorar muito na relação entre ela e o marido, ao ponto de ela não reconhecer mais o que estava acontecendo. Identifica que, a partir do momento em que se mudou, o marido tornou-se outra pessoa: passara a beber diariamente com os amigos, muitas vezes nem retornava para casa e começou a agredi-la fisicamente; Desabafa: “De um jeito que parecia que ele sentia prazer em me ver chorar... não ficava com remorso nem quando machucava de verdade”. Aline logo em seguida completa que, na verdade, “isso ainda acontece, mas meu marido está ficando mais preocupado com meu comportamento”.

Há sete meses, antes de procurar ajuda no CAPS, Aline diz que não fazia uso de nenhum tipo de substância química, embora diga que desde o nascimento do primeiro filho começou a perceber que “tinha alguma coisa ruim acontecendo em sua cabeça”. Durante a gravidez, e

mesmo após o nascimento do filho, todas as vezes que ficava sozinha em casa, em razão das saídas noturnas do marido, ia até uma praça na rua de sua casa “só para conversar com qualquer pessoa”. Dessa maneira, “espantava a vertigem da morte que tinha quando ficava sozinha”. Quando pergunto que vertigem era essa, Aline chora.

O que mais lhe dava medo era o fato de tudo estar se repetindo, ou seja, muitos fatos de sua vida a lembravam de sua adolescência e, principalmente, estar expondo os filhos a uma situação que ela bem conhecia. Agora que tinha um bebê, reconhece que sua situação (uso de drogas) era algo grave e que precisava ser resolvido. Aline, durante os longos períodos nos quais ela relata de permanência na praça, conheceu algumas pessoas que eram dependentes químicos e passara a usar “coisas mais fortes”. Diante do medo evidente que revela ter em relação ao que ela denomina de “drogas mais fortes”, ameniza-o dizendo usar apenas “mesclado” [cigarro de maconha misturada com *crack*] e que jamais usara drogas na lata [*crack* fumado na forma pura em latas de alumínio]. Imediatamente intervimos, buscando esclarecimento sobre as duas formas de consumo da droga com o objetivo de fazermos uma reflexão sobre os prejuízos trazidos pelo consumo e não sobre a forma de consumo sobre o qual Aline disse que eu estava querendo parecer um pai para ela. Ainda, aproveitei aquele momento e fiz as perguntas investigativas a respeito do seu comportamento sexual e possíveis situações de exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Novamente, Aline me lembra de que nunca mantivera relações sexuais com outra pessoa, exceto seu atual companheiro, por mais “esquisito” que pudesse parecer. Reconhece

exatamente o sentido mais contundente de minha pergunta, já que evidentemente seria mais fácil para ela envolver-se em atividades sexuais casuais em troca de drogas ou dinheiro, afinal, era indiscutível que sua aparência física e seu carisma ao expressar-se a destacavam de outras usuárias de “drogas fortes”, das quais ela fazia questão de demonstrar distanciamento. Foi exatamente isso que Aline reiterou, completando com a afirmação imediata: “Bem sei que se quisesse fazer programas seria fácil, mas disso não precisa se preocupar”.

Após um período de silêncio, e parecendo estar hesitante, Aline diz de forma rápida que estava achando “muito estranho conseguir falar de coisas suas para outra pessoa”... “ainda mais para outro homem”. Aline disse ter confiança em falar porque tinha muita fé em Deus de que tudo aquilo que estava vivendo era passageiro e viera na hora certa. Passada uma hora em que conversávamos, pareceu que Aline estava conseguindo nomear os sentimentos que tinha. Ela própria consegue adjetivar o que sente quando usa drogas: “É como se eu achasse um amigo que me faz companhia quando eu estou em casa sozinha. Uso e sinto aquele poder”. Em contrapartida, o poder ao qual Aline se refere vem seguido de “uma dor que só mãe sabe o que é”, pois nos momentos de solidão leva os dois filhos para a praça e os deixa ao cuidado de outro usuário que lá esteja, enquanto ela consome drogas “por não querer que os filhos, nem em sonho, achem que aquilo é uma coisa normal”. Quanto a isso, Aline é inclemente consigo mesma, dizendo que sabe que “não merece que o marido a trate diferente enquanto ela tiver coragem de fazer os filhos passarem por isso”.

Esse foi um atendimento longo, porém pouco cansativo e em parte facilitado pelo pouco tempo de uso da droga por Aline. Pudemos traçar um plano inicial de tratamento que necessitaria que seu marido permanecesse outros dias cuidando das crianças.

Sem saber ao certo a razão, fiquei bastante gratificado com essa percepção por parte de Aline. Creio que isso se devia ao fato de se poder perceber certo amadurecimento da parte dela, sua percepção, mesmo que tênue, de uma diferenciação entre as possibilidades de vida que ainda poderia ter e os impedimentos que o consumo de drogas trazia, além de um desejo, percebido por mim, de encontrar novas trilhas e potenciais para serem explorados, abandonando de vez o uso de drogas. Paradoxalmente, eu também sentia certa frustração, pois tive a sensação de que teríamos grande dificuldade em pensar alternativas diante de um contexto de vida tão complexo; a sensação de que poderia avançar pouco naquele momento em relação a propostas disponíveis de tratamento no CAPS. Tal frustração se confirmaria com a ausência de Aline nos atendimentos posteriores.

Síntese compreensiva do atendimento de Aline

É estimulador ouvir que pela primeira vez Aline pede ajuda por vontade própria, mesmo que a indicação tenha vindo de outra pessoa, “uma senhora que frequenta a mesma igreja” e que a atendera uma única vez por ocasião de seu pedido de ajuda em relação à doação de roupas, cesta básica etc.

Após quase uma hora de atendimento e tenho um sentimento de vazio, mas pensava propor a Aline alguma forma de tratamento, por mais modesto que fosse para ajudá-la. Talvez essa sensação fosse pela intensidade da história que me foi contada, das ponderações que rapidamente eu tentava fazer e creio que principalmente por Aline não se encaixar no perfil das pessoas que estamos acostumados a ver consumir *crack*. Aline preserva uma bela aparência e articula suas palavras de maneira que fosse bem compreendida, ao contrário da maioria dos usuários, que muitas vezes são de difícil compreensão pelo grande número de gírias que utilizam para se comunicar.

Sua vida transcorrida em dezesseis instituições lhe possibilitou viver de uma maneira que sempre se sentia estar de passagem; quando não se adaptava, apenas se rebelava e pronto, mudavam-na de lugar; vivia sempre à espera de alguma atitude por parte dos profissionais que sinalizasse algo sobre o lugar onde estava sendo recebida. E, no caso do nosso encontro, vivia a possibilidade de um atendimento psicológico sigiloso, a oportunidade de comparar-se abertamente a uma

mendiga e de ouvir de mim que eu também poderia errar e que ela tinha autonomia para apontar possíveis erros cometidos.

Talvez esse momento na vida de Aline fosse uma grande vertigem em que se tem a impressão de que tudo gira em torno de si, causando uma confusão diante da necessidade de tomar decisões que vão além do *certo ou errado*; exatamente a mesma sensação que tive inicialmente com Aline.

Embora suas palavras soassem, muitas vezes, excessivamente críticas ou ásperas em relação a si mesma, nesse curto momento pude ter sentimentos de igual intensidade. Houve uma angústia por ver Aline submetida a tanta desventura, por perceber uma pessoa sem sonhos, desejos, em um estado de abalo e sofrimento.

Aline vê que está expondo os filhos, percebe que é vive uma história cruel, que pode até ter um desfecho trágico. Tenta não seguir por um caminho que não leve os filhos para a mesma desventura vivida por ela, mas se sente só. Uma solidão sempre vivida e experienciada em sua existência. Naturalmente, é profundo o sentimento de pesar por ouvir alguém afirmar: “Se não for por amor [referindo-se ao fato do marido ter se casado com ela], o que ele iria esperar de quem mora lá no abrigo? Provavelmente, nada”.

Aline se sente um nada, um ninguém, sem amparo, sendo transferida de vários abrigos, sem bases, sem raízes, sem história. Apenas existe!! De quem estamos realmente falando?

Mais tocante foi perceber o esforço de Aline para enfatizar o fato de não consumir *crack* em latinhas, o que significaria para ela uma situação de total degradação, levando-a a um estado de total descuido

com as crianças, com a própria aparência, podendo até usar o sexo em troca de dinheiro, entre tantas outras coisas lamentáveis. Aline irrita-se comigo ao frisar que sabe que poderia se prostituir, mas que não é pessoa para ter essa conduta. Essa atitude mostra ser esse um ponto forte em sua personalidade, uma tentativa de ainda se manter no patamar do aceitável, de não se deixar perder completamente.

Aline inicia uma vida fora de instituições começa a perceber “que ninguém nasce de chocadeira”, que ela tem sim uma antecedência, embora desconhecida, está se reconhecendo com a possibilidade de ser alguém igual às demais pessoas, de ter um lar, marido e filhos, ainda que naquele momento estivesse tudo tão complicado... No entanto, ela escolheu seguir, sozinha, com suas dores!!

BÁRBARA**Idade:** 18 anos**Profissão:** Balconista**Escolaridade:** Ensino médio incompleto

Já vira Bárbara há cerca de um ano, durante um breve período em que ela era atendida por outra colega no CAPS. Lembrar de sua fisionomia e aparência não fora nenhum grande esforço, pois Bárbara é bastante jovem e sempre a vira vestida com calças de cor preta, com o cabelo pintado de cores diferentes e camisetas com figuras de bandas de *rock* atuais, o que marca a sua presença e identifica, aparentemente, seu gosto musical. Além disso, sempre manteve a postura de me cumprimentar de forma muito educada e sorridente.

Por ter apenas 18 anos e mostrar-se bastante asseada, com roupas limpas e harmoniosas, além de cabelos penteados, externamente nada denunciava sua condição de um provável sofrimento pessoal, fato que a trouxera novamente ao CAPS, curiosamente no primeiro dia do ano. Talvez a única mudança mais relevante em sua aparência no período de um ano, no qual abandonara totalmente seu tratamento, tenha sido um visível ganho de peso.

Notei que estava acompanhada por outra pessoa, provavelmente sua mãe, mas as duas não se falavam, nem ao menos cruzavam olhares, apenas estavam sentadas em cadeiras próximas, aguardando atendimento. Definitivamente pareciam estar ali apenas na condição de

acompanhantes no sentido físico, de terem ido juntas ao CAPS, mas cada uma com uma provável necessidade distinta.

Por isso, inicialmente, pedi que Bárbara entrasse sem sua acompanhante para conversarmos. Minha intuição foi correta, já que Bárbara “disfarçadamente” me fez um sinal de aprovação com o dedo – com as mãos na frente do corpo – sem que a mãe pudesse ver. Passamos assim para uma dimensão que vivenciei como uma nova etapa daquele encontro, em que Bárbara pareceu sentir-se mais tranquila, provavelmente porque poderia ter um momento apenas seu e sem a obrigatoriedade de compartilhar com a mãe.

Já no ambiente do diálogo, Bárbara diz, com vigor, que fora ela quem decidira “tentar” o tratamento novamente e que havia pedido para que a mãe apenas a levasse, já que próximo a sua casa não havia nenhuma linha de ônibus para chegar ao CAPS. Disse-lhe ser de grande valor essa sua iniciativa, mas que a mãe estava visivelmente ansiosa em “participar” daquela conversa – percebia que a mãe andava freneticamente nos corredores laterais ao CAPS, parecendo tentar ouvir o que conversávamos. Consensualmente, combinamos que após o encontro chamaríamos sua mãe e lhe contaríamos sobre a decisão de Bárbara acerca do tratamento que desejaria assumir no CAPS, para, em suas palavras, “amansar a mãe em casa”, já prevendo que a mãe iria especular muito sobre o que conversássemos e, mesmo que tentasse dialogar, esta não acreditaria nela, “como fora a vida inteira”, sinalizando para uma dificuldade em relacionar-se com a mãe.

Apesar desse contato inicial ter sido bem mais demorado que o habitual, percebi que havíamos estabelecido uma relação de

entendimento tácito. Essa foi a razão de sentir-me à vontade para “desobedecer” ao procedimento protocolar instituído de reler as anotações anteriores contidas nos prontuários para ter um *norte*, pistas e informações sobre os pacientes. Na verdade, essa quebra protocolar ocorreu de maneira muito natural, pois imaginei que seria um tanto artificial naquele momento específico, ater-me aos referidos protocolos de atendimento, já que estávamos nos entendendo tão bem. Assim, ousei apenas lhe perguntar *a razão de estar ali*, independente do tipo de substância que usasse. Assim, pretendia compreender a partir de seu próprio relato, detalhes importantes de sua condição de dependência em relação às drogas.

A partir daquele momento, compreendi o porquê da preferência de muitos colegas em utilizarem-se de instrumentos de coleta de dados mais organizados, pois me vi diante de uma avalanche de ideias e indagações ante ao jorro de palavras e emoções expressas por Bárbara; deixei que cumprissem o seu papel, ou seja, fluíssem sem a minha intromissão, mas prometendo a mim mesmo que também não seria condescendente com Bárbara, e sim me aproximaria o máximo possível de seu mundo, que naquele momento era, para mim, um mosaico em construção, denunciando grande imaturidade.

Sua primeira fala compreensível foi a afirmação de que gostaria de entender a razão de ser uma consumidora de álcool que “não dava nem para descrever” e, emendando, que na noite anterior bebera cerca de quinze garrafas de cerveja, além de outras bebidas de maior teor alcoólico. “Eu bebo para ficar bem louca mesmo. Eu viro outra pessoa quando estou *chapada*, nem você me reconheceria se me visse. Fico

parecendo maluca mesmo”. Para Bárbara, aparentemente esse era seu único problema e todas as outras perdas e embaraços de sua vida seriam resolvidos quando parasse de consumir tamanha quantidade de bebidas alcoólicas. Sem a necessidade de qualquer intervenção, Bárbara pronunciou uma frase rapidamente, que me pareceu proposital e sinalizando que estava próximo ao insuportável para ela falar sobre isso naquele momento: “De verdade, Renato, eu também fumo maconha e uso uns pinos (cocaína) às vezes, mas isso não tem nada a ver com o que a gente está falando”.

Novamente um *looping* em suas palavras e aparente mudança de rumo: “Sabe, o problema meu é que me acho uma pessoa indecente, horrorosa de feia e daí não tenho nem mais vaidade, me visto que nem uma *ligeira* que não penteia mais o cabelo... Toda roupa que eu visto me faz parecer mais feia. Agora, ainda, descobri que tenho hipotireoidismo e engordei quase vinte quilos em um ano. O pior é que só tomo a medicação no dia que me dá na cabeça, porque se eu estiver muito *chapada* eu nem ligo para isso. A nutricionista já avisou que não dá para fazer nada para eu emagrecer enquanto estiver bebendo assim”.

Bárbara toma a iniciativa de me mostrar que seu cabelo estava caindo com muita facilidade – segundo ela em razão do hipotireoidismo – arrancando com as mãos alguns fios e me mostrando; à minha percepção não chegava a ser uma queda de cabelos acentuada.

Percebi nesse momento que seus cabelos estavam tingidos de preto e de alguma maneira penteados (presos). Instantaneamente isso me tocou, forçando-me a lhe falar que seu cuidado com os cabelos não

combinava com os de uma *ligeira*. Expressei que aquela era uma situação bastante peculiar, pois, eu, naquele momento, estava pensando de uma forma diferente daquilo que acabara de ouvir, ou seja, achava-a uma pessoa vaidosa. Diante de seu sorriso quando lhe disse isso, tratei de emendar: “pode formular outra frase, porque esta não está assim tão de acordo com o que você acabou de me falar. O que você acha?” Novamente sorrisos e uma aparente satisfação com o comentário que eu acabara de fazer.

Outro *looping* e Bárbara passa a falar sobre seu ex-namorado, cujo relacionamento rompera havia pouco tempo: “Vinte e cinco anos mais velho”, como ela fez questão de frisar, exteriorizando o que me pareceu um status que havia adquirido ao namorar alguém com grande diferença de idade. Passa a fazer um relato muito mais organizado e com referências claras. Explica que o ex-namorado é dono de uma lanchonete e terminara o relacionamento em virtude da “vergonha que ela o fazia passar”, já que ia constantemente alcoolizada e sob o efeito de outras drogas até sua lanchonete, causando “muita palhaçada para o namorado”, como falar em voz alta, demonstrar ciúmes e exaltar-se quando este se recusava a deixá-la consumir mais bebidas alcoólicas. “São essas coisas que você sabe, Renato. A gente *chapa* e perde a noção. Acho que ele só me aguentou porque, quando eu ficava *daquele jeito*, topava tudo... essas coisas de sexo que você deve estar enjoado de fazer... nessas horas a gente transa com qualquer um”.

Embora essas situações sejam normais de serem abordadas e discutidas nos encontros com pacientes, e tendo o intuito exploratório em relação a práticas sexuais seguras, contracepção etc., senti-me

constrangido, pois, definitivamente, o sorriso que Bárbara soltara ao se expressar sobre essa situação tinha mais que uma função jocosa, parecia ter a intenção de me colocar em uma posição constrangedora, impelindo-me a perguntar a quais práticas ela se referia. Mantive-me atento, mas não a indaguei sobre suas práticas sexuais, deixando apenas que ela continuasse. Creio ter conseguido me preservar o necessário e Bárbara continuou “explorando” esse mesmo tema. Tentava imaginar como deveria ser doloroso para ela ter de se manter equilibrada em dois pilares igualmente perigosos: o uso de substâncias ilícitas e a inevitável proximidade com a criminalidade e o sexo casual com diversos parceiros.

Bárbara novamente disse ter de fazer uma “revelação”, que por sinal já não me surpreendia naquele momento. Revelou que “de uns tempos para cá” passou a ter um pensamento fixo: “ter um filho”. No desenrolar desse encontro, algo me fez notar que em momento algum Bárbara fez menção a “ser mãe” ou sobre as possíveis consequências de uma gravidez naquele momento de sua vida.

Suas estratégias para isso? Novamente desastrosas... Bárbara conta que no último ano tivera inúmeros parceiros sexuais – “nem sei direito” – com os quais mantinha relações sexuais sem qualquer preocupação anticonceptiva ou de proteção em relação a doenças sexualmente transmissíveis. “Queria ver se engravidava, mas essa *merda* de hipotireoidismo deve estar me deixando estéril”. Bárbara justificou essa despreocupação e negligência como decorrentes de seu constante estado de embriaguez ou intoxicação química.

A mim parecia evidente que cada novo trecho do relato de Bárbara parecia motivá-la a contar algo ainda mais alarmante sobre seus hábitos de vida e de relacionamento, com uma tonalidade cada vez mais sombria, ou melhor, mais próxima de uma situação escatológica. Parecia-me que o objetivo de Bárbara era escandalizar-me, pois tentava impressionar-me com relatos de atividades altamente reprováveis, mas que ela interpretava como atitudes que demonstravam sua audácia e coragem.

A aparente e derradeira investida de Bárbara foi uma retrospectiva de seu tratamento anterior. Disse que esteve “pensando direito” e chegara à conclusão de que “a única saída para seu problema era uma internação em um hospital psiquiátrico”, mas queria uma opinião minha. “Ok!”, respondi. Objetivamente expliquei o que e como é a internação em uma instituição psiquiátrica, deixando claro que poderíamos discutir seriamente aquela possibilidade após uma avaliação psiquiátrica e se concluíssemos que deveria internar-se numa instituição para transtornos mentais mais severos. Tão objetiva quanto minha explicação foi a decisão de Bárbara em desistir de internar-se: “Nossa, só você para explicar assim tão certinho o que é uma internação”, muito embora, eu tivesse certeza de que Bárbara já soubesse como é este tipo de internação. Sua decisão, na verdade, já esperada por mim, afinal, Bárbara aparentemente gravitava ao redor de seus problemas orgânicos, como o quadro de hipotireoidismo, sua dependência química e, por mais surpreendente que possa parecer, a sensação que me passava de tentar aproximar-se afetuosamente de mim através de colocações pouco maduras. De alguma maneira, toda

situação ostentada por ela parecia clamar por algum afeto, quem sabe a ser algum dia adequadamente compreendido.

Ao final, Bárbara fez uma solicitação que não mais me surpreendeu... Gostaria de ser atendida individualmente por mim, já que não se adequara anteriormente a terapia grupal, tampouco ao atendimento individual com outra terapeuta, mas, comigo, estava pressentindo que “se daria muito bem”. Faz uma última intervenção: “Você não perguntou muito (*não havia perguntado nada*) disso, mas eu quase não sei do meu pai... nem sei se ele ainda está vivo... só sei que ele é um *pingaiada* que fica por aí e quase não tenho notícias dele”.

Encerramos nosso encontro com uma série de encaminhamentos que julguei adequados para aquele momento, como uma avaliação clínica e endocrinológica e não apenas seu atendimento psicoterápico no CAPS. Embora Bárbara tenha concordado, não mais retornou ao CAPS.

Síntese compreensiva do atendimento de Bárbara

Bárbara abandonara seu tratamento havia pouco mais de um ano. Imediatamente a reconheci, pois tinha uma maneira extravagante de vestir-se e colorir os cabelos, que marcava muito sua presença, além de ser uma pessoa extremamente expressiva e comunicativa com todos, fossem pacientes ou profissionais do CAPS. Seu modo de comunicar-se era, sem dúvida, bastante teatralizado.

Nunca é demais lembrar que o plantão recebe pessoas que desejam iniciar ou retomar um tratamento interrompido, portanto, geralmente a pergunta inicial é sobre a razão para sua vinda naquele momento, mas no caso de Bárbara não foi fácil compreender os motivos que a levaram a buscar ajuda. A sensação que me veio nesse atendimento foi de ser alvejado por muitos relatos de fatos e de sentimentos que me obrigavam a manter a todo custo a atenção, diante do entorpecimento que suas palavras causavam; a todo momento me perguntava, silenciosamente, o que era ser usuário do CAPS para Bárbara? Uma necessidade de cuidados profissionais ou um *status* a mais em seu estilo de vida?

Desde sua outra vinda ao CAPS, aparentemente pouca coisa mudara. Ao longo de nosso encontro, imaginei que a finalidade do plantão estava exposta: Bárbara necessitava de um espaço no sentido estrito de um plantão psicológico, algo ainda não previsto pelo CAPS – espaço para acolher seu estado imediato de sofrimento, diante de

situações que ainda assim pareciam trazer-lhe compensações e em relação às quais não conseguia imaginar-se afastada.

Das coisas que Bárbara falava, parecia-me que ela não desejava que fossem aprofundadas, nem tampouco resolvidas, pois eram as únicas ferramentas que ela conhecia para se sentir presente no mundo, mesmo que esta presença estivesse cada vez lhe custando um tributo mais elevado, como passar a usar substâncias químicas com frequência e expor-se a riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Referiu-se ao consumo exagerado do álcool e recentemente de drogas. Separou-se do namorado – que com orgulho diz ser 25 anos mais velho que ela – por abordá-lo em seu comércio, uma lanchonete, sempre em um estado de grande embriaguês e inadequação de comportamento. Diz-se indecente e horrorosa, embora se apresente bem vestida e com cabelos bem penteados; a despeito dos vinte quilos ganhos em um ano, manteve-se atraente. Conta-me sobre práticas sexuais com riqueza de detalhes para em seguida emendar “que eu (terapeuta) já devia estar enjoado de fazer aquelas coisas”, claramente mesclando atitude de sedução com os “favores sexuais que praticava”. Fala em ter um filho, mas em momento algum consegue estabelecer uma conexão entre “ter um filho” e ser mãe. “Propõe” para si uma internação psiquiátrica, já aguardando uma opinião contrária de minha parte, o que realmente aconteceu, demovendo-a dessa proposta. Propõe ser atendida individualmente por mim, como a pessoa certa para o seu problema. Por fim, afirma que não falou ainda o suficiente

sobre seu pai, o que de fato não o fizera em momento algum de nosso encontro.

Qual a possibilidade do CAPS, enquanto um serviço de saúde, ajudá-la em vez de compactuar com seu *psitacismo*?

As únicas ideias que me surgiram ocorreram por associação – e graças a algumas intuições – sobre casos anteriores bem-sucedidos, mesmo sabendo que aquela generalização poderia não ser útil no momento. Lembrei-me de algo lido há algum tempo sobre os mecanismos de autopreservação do *self* para a manutenção da normalidade.

Ancorei-me em dispositivos institucionais de maneira prudente e por acreditar que Bárbara não estava me “iludindo” quando relatou suas práticas. Propus orientá-la inicialmente para uma avaliação clínica, visando esclarecimentos e uma investigação sobre DST's, AIDS e contracepção – já que, ao optar por uma vida sexual bastante ativa, deveria adequar-se a essa situação – e uma avaliação endocrinológica – diante de seu abandono do tratamento para hipotireoidismo – e que seria atendida individualmente por um(a) psicoterapeuta.

Bárbara mostrou-se satisfeita e agradecida com o a atenção que recebera e concordou a com as minhas propostas. Pediu para eu não conversar a sós com sua mãe, mas que concordaria que lhe fosse disponibilizada a participação no Grupo de Apoio para familiares.

Infelizmente, Bárbara não retornou ao CAPS após essa data.

DANIEL**Idade:** 29 anos**Profissão:** Açougueiro e serralheiro (desempregado há um mês)**Escolaridade:** Ensino fundamental completo

A vinda de Daniel ao CAPS não causa estranheza ao se considerar o seu relato de vida. Num primeiro momento, a única peculiaridade de sua vinda fora o fato dele ter sido trazido por um carro pertencente ao serviço de assistência social da Prefeitura Municipal.¹⁷ Os pacientes encaminhados por esse serviço costumam demandar várias ações, o que por vezes causa um grande desgaste nos profissionais que os atendem, pois, além das queixas relacionadas a dependência química, demandam diversos tipos de pedidos e de ações, inclusive de ordem jurídica, que estão além da competência e possibilidade de intervenção dos profissionais do CAPS.

São pacientes singulares e, sempre fica a dúvida se eles foram “encaminhados” ao CAPS com o objetivo de se inserirem em um programa de tratamento para a dependência química ou se foram levados diante da ausência de outro serviço especializado que pudesse melhor prestar-lhes assistência. De qualquer maneira, esse é um tema sempre recorrente em reuniões ou planejamentos quanto ao serviço mais adequado a ser oferecido para essa população itinerante ou residente nas ruas do município e que, por vezes, possuem algum tipo de vínculo familiar, ainda que muito tênue.

17 Esse serviço localiza-se numa sala, dentro da rodoviária da cidade, e atende basicamente a migrantes, moradores da cidade em situação de rua, além daqueles que solicitam ajuda para regressarem a suas cidades de origem.

Assim, Daniel *ingressa* no CAPS. Sua queixa é de ser usuário exclusivamente de álcool. Aparentemente não se diferencia da população de moradores de rua que procuram pelo serviço: roupas sujas e rotas, odor desagradável, hálito etílico marcante e uma grande dificuldade e impaciência para aguardar pelo atendimento. Antecipando-me as suas queixas, perguntei-lhe se estava com fome e ofereci um lanche que é servido aos pacientes que permanecem o dia todo no CAPS. Entretanto, recomendei-lhe que comesse em outro lugar, pois, se outras pessoas pedissem, não teríamos o suficiente para distribuir a todos. Na verdade essa foi a estratégia usada para que o odor que exalava não causasse algum mal-estar entre ele e outros usuários do serviço. Também ousei, com certa relutância e prevendo ouvir um xingamento, oferecer-lhe o *kit-banho*, um conjunto de produtos de higiene pessoal, como sabonete líquido, aparelho de barbear, xampu, toalha etc. para aqueles usuários que aceitam higienizar-se no CAPS, o que, para minha total surpresa, foi aceito. Em um dos momentos em que eu passava pela área externa do CAPS, Daniel me interpelou rispidamente perguntando “se eu não estava percebendo que ele estava com pressa?”. Em tom de brincadeira e temendo que ele pudesse se exaltar, disse “para ele ficar tranquilo que não ia perder nenhum compromisso por minha causa. Logo em seguida chamei-o para o atendimento. Disse a Daniel que deixaria a porta da sala entreaberta, comentando que estava muito quente. O calor do ambiente e sua pouca ventilação somado ao cheiro que exalava do seu suor e de suas roupas (embora tivesse trocado a camisa), tornava a sensação próxima do insuportável. Esse foi, para mim, o momento mais

descontraído de nosso diálogo, com alguns sorrisos por parte de Daniel, como se estivesse acostumado a situações semelhantes àquela e reconhecesse que em virtude de sua aparência e falta de asseio traria algum incômodo aos demais.

Ele passa a falar de sua vida transmitindo uma grande sensação de desamparo, ou melhor, de estar passando por um momento muito penoso. Em alguns momentos, irrita-se comigo perguntando se “era dele ou da família dele que eu queria saber”. Expliquei-lhe com bastante naturalidade que estava buscando atendê-lo da melhor maneira possível, entretanto, necessitaria de algumas informações adicionais para que pudesse pensar em soluções melhores para seu caso, mas que não teria competência para extrair informações contra a sua vontade, tampouco checar a veracidade delas; estava ali para ouvir sua história e não as possíveis versões que outras pessoas poderiam dar a seu respeito; disse-lhe que achava importante tratá-lo como qualquer outro usuário do CAPS. Daniel concordou com uma expressão quase gutural. Creio ter feito tal colocação acertadamente, pois era necessário estimular Daniel a falar sobre si mesmo e sobre sua família, em função das lacunas, lapsos de tempo e discrepâncias entre datas e eventos com que Daniel se situava temporal e espacialmente, claramente em decorrência da ingestão continuada de álcool.

Embora ele estivesse morando na rua há pouco mais de um mês, apresentou um endereço onde disse estar residindo “há bastante tempo”, mas que, segundo ele, estava ocupado por outros moradores. Este mês vivido nas ruas correspondia ao período transcorrido desde que fora posto em liberdade após ter sido preso por ter furtado

“algumas garrafas” de aguardente em um supermercado; “álcool puro, por sinal, que nem valeu a pena”. Dificilmente esse furto seria delito suficiente para que ficasse preso em uma penitenciária, porém não se dispunha de nenhuma outra informação no momento além do seu relato pessoal sobre os fatos e a situação já estava visivelmente incômoda para ele. Da mesma maneira, não apresentou qualquer documento pessoal que pudesse identificá-lo, apenas se lembrando de um número que seria o de seu RG. Ao mencionar este dado, sua voz ficou ainda mais baixa do que até então, fato que não me passou despercebido. Lembrei-o de que estava protegido pelo sigilo profissional naquele atendimento e que mesmo que estivesse *pedido*¹⁸ não seria minha a função de denunciá-lo às autoridades. Dei por encerrada a missão de tentar recuperar dados de sua história de vida.

Continua dizendo sentir-se revoltado e humilhado, pois, até então, tinha uma companheira com a qual conviveu por sete anos. Além disso, assumira uma filha dessa companheira, fruto de um relacionamento anterior. No mês que passara recluso, sua companheira “sumira” levando essa criança que tratava como filha e também a filha legítima que era fruto do relacionamento deles. Questiona: “Então o que eu valia para ela? Nada. Senão ela teria ao menos a decência de me procurar e perguntar se eu tinha amor pelas crianças, mas, não, ela sumiu, fui corneado e perdi o resto da família que achava que tinha com aquela p...”. Nesse mesmo espaço de tempo, também perdera o emprego no açougue em que trabalhava.

18 Pessoa com mandato de prisão expedido contra ela.

Daniel, a uma certa altura, descreve a si mesmo como uma pessoa “não violenta” e “triste”, indicando que se debatia numa profusão de sentimentos confusos e contraditórios que se coadunavam perfeitamente com a inexatidão cronológica com que narrava sua vida. Daniel, no entanto, esforçava-se para dar algum ordenamento lógico para os sentimentos e fatos que até a ele pareciam contraditórios.

Durante esta parte do encontro, eu tentava ajudá-lo na tarefa de conferir alguma coerência e fluidez ao diálogo, porém após algum tempo também me senti desatinado neste processo e resolvi perguntar-lhe sobre sua família de origem, pai, mãe e irmãos. Sua resposta foi incisiva e áspera, demonstrando que aquele assunto não o agradava; mais que isso, era algo indesejável e repugnante. Paradoxalmente, o tema não foi ignorado, tampouco me culpou pelo desconforto. A mudança mais evidente em Daniel era a elevação intensa em seu tom de voz e uma aparente ansiedade refletida em seus movimentos inquietos na cadeira, os quais também tinham relação com o consumo de álcool.

“Ela é uma biscate!” Assim Daniel definiu sua mãe.

Sem qualquer necessidade de que eu fizesse algum comentário ou intervenção de caráter reiterativo, Daniel passa a falar sobre sua mãe, pai e irmão. Em momento algum fez referências ou qualquer menção à sua infância, criação, vida escolar, etc. Daniel parecia limitar-se a exprimir sua experiência atual de sofrimento pela perda dos familiares: “Meus pais já estão mortos e enterrados há bastante tempo. Fazer o quê, né? A gente se conforma”.

Conta que nunca conheceu seu pai biológico. A mãe já lhe dissera que “não adiantava ficar perguntando”, e ele acrescenta: “porque acho que nem ela sabia direito quem era meu pai de verdade”. Até a idade de 19 anos morava com a mãe e o padrasto e trabalhava em uma casa de carnes: “uma vidinha normal”. O padrasto fazia consumo exagerado de álcool e com muita frequência agredia a mãe de Daniel, mesmo que esta não tivesse nenhuma atitude, como recriminá-lo, por exemplo. A impressão de Daniel era que “parecia que ela até gostava... aquelas mulheres que gostam de umas *porradas* de vez em quando; só ela que não via que o cara era um sacana”.

Em uma dessas brigas, entre seu padrasto e a mãe, Daniel conta que o padrasto, muito alcoolizado, “extrapolou” em seu comportamento, agredindo violentamente sua mãe. Daniel, tentando intervir, foi baleado três vezes nas pernas, sendo que um dos tiros a transfixara. Daniel levanta-se e mostra as cicatrizes. Continua relatando que naquele momento os dois entraram em luta corporal. Daniel se apossou da arma do padrasto e o alvejou no peito. “E o que aconteceu?”, perguntei. Um sorriso indescritível de Daniel - como que adivinhando alguma curiosidade sobre o episódio - foi a resposta, seguida de uma questão: “O que você acha? Desceu quadrado”.¹⁹ Creio que a pergunta por si só bastou naquele momento e abster-me de maiores especulações, até mesmo com a intenção de preservar minha postura profissional. Ao menos, não intervi mais em seu relato, com novas perguntas.

¹⁹ Trocadilho em relação a uma marca de cerveja, cuja vinheta diz ser uma bebida que “desce redondo”.

Disse ter ficado consternado e revoltado com o fato da mãe ter se compadecido com o que ocorreu (a possível morte do padrasto não foi mencionada por Daniel) com o companheiro e “em hora nenhuma pensar que, se ele fez aquilo, foi para protegê-la”. Muito provavelmente os anos seguintes a esse fato justifiquem a lacuna em sua história. Ainda, muito vagamente faz menção a outros familiares. Refere-se, sem citar o nome, a um irmão que “virou piolho”.²⁰

Daniel admitiu que precisava de um local “fechado” para que pudesse tentar livrar-se do álcool. Relatou que sem um ambiente no qual precisasse seguir regras e ter apoio a todo o momento, seus pensamentos ficariam muito confusos e destrutivos, levando-o a angustiar-se com o medo de doenças incuráveis ou de ser agredido ou morto nas ruas.

Próximo ao final do atendimento, e após muitas tentativas, consegui com que Daniel obtivesse uma vaga em uma instituição que presta assistência especificamente à população em situação de rua no município, procurando explicar-lhe que aquela instituição tinha o propósito de afastá-lo temporariamente do ambiente hostil que ele tanto enfatizara. Após o encontro, consegui, após alguma reflexão, estabelecer qual tinha sido o significado da vinda de Daniel ao CAPS, considerando até que ele poderia ter procurado por outros serviços fora daquela cidade que contam inclusive com maior aporte para as demandas sociais imediatas, como os albergues, por exemplo. Ele viera procurar por abrigo. Antes de sua saída do CAPS – ficara do lado

²⁰ Detento que é transferido com muita frequência para diferentes estabelecimentos prisionais.

de fora aguardando um transporte – conversei informalmente muitas coisas; de futebol à possibilidade de se estabelecer em algum lugar e, ao menos *pensar*, em diminuir a quantidade de álcool que estava consumindo, além de lembrar-lhe de que deveria respeitar as regras da instituição para onde estava sendo levado, já que lá “não teria empregados para cuidar dele e de suas coisas”.

Encontrei-me com Daniel nos próximos meses, casualmente, por ocasião de suas vindas semanais ao CAPS, acompanhado de outras pessoas internadas naquela instituição para onde o encaminhei, para participar de um grupo terapêutico destinado a usuários de álcool; ele sempre me cumprimentava de maneira cordial e sorridente.

Síntese compreensiva do atendimento de Daniel

Meu encontro com Daniel foi muito mais profícuo do que imaginara. Talvez por ter tomado algumas medidas preventivas para evitar confrontos entre ele e os demais usuários do CAPS em virtude de sua aparência física. Embora aparentasse já ter consumido álcool, ele mostrou-se comunicativo e polido comigo. Apesar de ter necessitado usar de artifícios como brincar “que ele não perderia nenhum compromisso” por minha causa e oferecer-lhe o lanche da manhã, muitas vezes estas atitudes não costumam ser tão eficazes como preconizamos. Nesse sentido, creio ter tido um pouco de “sorte” pelo fato de Daniel ter simpatizado comigo, o que parece ter contornado sua impaciência e embriaguês. Mergulhando mais profundamente na narrativa de Daniel, diria que se trata de uma pessoa “violentada” e “melancólica”. Nenhum dos fatos que normalmente são marcantes ou importantes na vida das pessoas, mesmo que não totalmente exitosos, parecem ser considerados relevantes para ele. Tangenciam-lhe a consciência parecendo não lhe importar muito. Desde cedo trabalhou como açougueiro, o que lhe deve ter proporcionado a possibilidade de prover seu próprio sustento e depois o da esposa, a enteada e a filha. Entretanto, com o abandono da esposa viu-se sem a família, a casa e sem afetos que lhe eram caros. Sua família biológica parece ter lhe oferecido muito pouco acolhimento: a mãe não reconheceu seu esforço para salvá-la da violência do companheiro e com seu único irmão não poderia contar, pois Daniel o

definiu como *pioelho de cadeia*, o que no mundo do crime significa que terá poucas chances de ser algum dia libertado, pois são detentos que assumem diversos crimes cometidos por outros presos em troca de drogas, dívidas e outros favores.

Parece não lhe ter restado alternativa a não ser conformar-se com sua solidão. Ao que tudo indica não escolheu a rua, esta lhe veio como imposição em razão do consumo abusivo de álcool e da revolta com os entes queridos que o abandonaram. No entanto, tomou uma atitude de cuidado consigo mesmo ao reivindicar a inserção em uma instituição que lhe cobrasse disciplina e que lhe oferecesse apoio profissional constante. Ainda lhe restava alguma esperança em si mesmo e na vida em coletividade...

CLÁUDIO**Idade:** 33 anos**Profissão:** Soldador**Escolaridade:** Ensino fundamental completo

Cláudio chegou em busca de assistência num estado de grande desespero. As palavras pareciam querer escapar de sua boca, pois inspirava e expirava de tal maneira ofegante, que poderia ser confundido com alguém que acabara de fazer uso de alguma substância estimulante.

Ele apresentava, às oito e meia da manhã, um forte hálito etílico; normalmente os usuários de estimulantes, como cocaína ou *crack*, fazem uso relevante de bebidas alcoólicas tentando minimizar os efeitos agudos de ansiedade posteriores ao efeito da droga, o que pode mitigar os efeitos. Intuí que teria de ser um pouco mais ativo na aproximação com Cláudio, caso pretendesse ter sucesso naquele momento.

Antes de explicar sobre o funcionamento do CAPS e as opções terapêuticas, perguntei-lhe: “Qual a razão para você estar aqui?”, já deixando claro que obviamente era, primeiramente, o envolvimento com álcool e/ou drogas, mas desejava que pudesse dividir comigo que fato, ou circunstância, o motivara para buscar ajuda naquele momento. À minha percepção, Cláudio aparentava grande insegurança e ansiedade, em parte, como provável consequência do uso de drogas. Perguntou-me “se não tinha o perigo de alguém saber que ele estava ali ou quais

as trapalhadas que ele tinha cometido”. Tudo isso em tom de desespero, ansiedade e desconfiança, evidenciando ainda mais que provavelmente fizera uso recente de alguma substância estimulante.

Intuitivamente apostei no fato de que Cláudio precisava de uma explicação que o convencesse “que era possível fazer um uso seguro do CAPS”: “Cláudio, como eu já falei, aqui é um local para pessoas com problemas parecidos com o seu. Aqui nós atendemos usuários de todo tipo de drogas, inclusive traficantes ou pessoas com pendências judiciais e, nunca, nenhuma informação saiu daqui para a polícia, para a família da pessoa ou para o local de trabalho, sem que a pessoa nos autorizasse. Você deve ter percebido que, ao contrário dos postos de saúde dos bairros, não temos nenhum guarda. Você sabe por quê? Porque as pessoas confiam em nós e quando vêm até aqui deixam as rixas de lado e entendem que não vamos delatá-las”. Completei: “Creio que esta seja nossa maior segurança; em vez de termos um guarda armado, contamos com a credibilidade que as pessoas depositam em nós”.

Cláudio manteve-se calado, aparentemente aguardando que eu estabelecesse os rumos do que falaríamos naquele encontro. Novamente repeti a pergunta sobre o porquê de sua vinda ao CAPS. Ele responde de maneira bastante ríspida e direta que estava “ali porque era usuário de cocaína e não conseguia parar com o uso”. Essa informação é a habitual entre aqueles que procuram pelo serviço, dada a sua própria especificidade. Em verdade, o tom de voz de Cláudio não denotava uma rispidez “voluntária”, mas o que ele revelaria ser o “desespero” e preocupação “com o descontrole que tinha quando usava

cocaína. “Esquecia que tinha uma família e chegava a dormir fora de casa”.

Cláudio sabia da gravidade que seu consumo de drogas acarretava, mas vez ou outra, neste encontro, parecia tentar negociar com sua dependência, dizendo “usar aos fins de semana e de vez em quando um mesclado”; apontei-lhe que ainda estávamos em uma quinta-feira. Pela primeira vez Cláudio sorri, completando meu argumento: “Nesse caso, só se fosse um feriado prolongado”.

De novo tomo a palavra e afirmo que “não estava ali para julgá-lo e que minha observação fora no sentido de descontraí-lo e mostrar-lhe que não precisava se preocupar em me desapontar, mas ser honesto e fiel com o que estava sentindo e necessitando”. Cláudio replica dizendo ter “essa consciência, e que se eu soubesse do que ele já fora capaz na hora do desespero, diria que ele é louco”.

Continuo: “Claro, Cláudio, que se você me falar de um ou outro fato que você fez no momento de desespero, ou quando estava sob o efeito de drogas, eu posso até achar estranho. Mas desespero é um momento de aflição extrema e o que eu estou tentando dizer é que essa aflição pode nos ajudar a pensar juntos sobre uma forma de lidar com esse sofrimento todo. Você sabe que não é fácil e que fica muito mais difícil sozinho. O que você acha?”

Cláudio pede para sair da sala para lavar o rosto, pois suava muito, e logo retorna. Percebo que, com muito esforço, ele tenta articular as palavras e conter sua ansiedade. Afirma que se acha uma pessoa boa, mas sem ação para a vida. Reconhece que é um bom pai [tem dois filhos com menos de oito anos], um bom amigo e que no

fundo tem uma grande vontade de vencer na vida e logo emenda que mesmo assim é um marido ausente, nervoso e sempre muito desanimado com as coisas comuns da vida. Nada parece satisfazê-lo por completo. O cuidado com o filho, a preocupação da esposa, um trabalho em que poderia pensar em ter algum patrimônio. “*Tudo é muito sem tempero*”.

Mas a vida de Cláudio não poderia resumir-se a isso, pensei. Digo então que fique à vontade para contar como foi sua vida, afinal ele trabalhava em uma multinacional como soldador, estudara, casara-se, assumia junto com a esposa as despesas da casa, enfim, poderia ter todas as deficiências que enumerava, mas estava se esquecendo de outros aspectos positivos sobre si que talvez precisasse olhar com mais cuidado. Cláudio me escutava com atenção e me explicou que não sabia por onde começar, mas “queria deixar claro que começara a usar cocaína há apenas dois anos, apresentada por uns amigos, portanto, não era um viciado *como esses por aí* que passam a vida pensando em como arrumar dinheiro para comprar drogas”. Cláudio admitiu que mesmo com o tempo de uso de apenas dois anos, “sentia-se outro e muito raramente usava um mesclado” e que depois de passar a consumir drogas parou de pensar tanto no futuro como fazia antes.

Pontuei que ele não se referia a si mesmo como um usuário de drogas, mas sempre se referia ao consumo dela de maneira furtiva, de maneira que me parecia que ele falava de outra pessoa e não de si mesmo.

Após uma longa pausa, Cláudio começa a me contar que não tem boas recordações de seu pai, falecido há dezesseis anos, que embora

não fosse uma pessoa violenta ou consumidora de qualquer substância química, era ausente, que não representava muito para os filhos. Em relação a esse fato, Cláudio caracterizou o modo de relacionamento de sua família como “pessoas que procuram se manter distantes uma das outras, dando a entender que não querem muito contato”. Apesar de ter mais dois irmãos, mantém apenas contatos esporádicos com estes e em ocasiões circunstanciais, sem nenhum planejamento.

Cláudio diz ressentir-se disso, pois afirma que valoriza o fato de poder ter uma família, mas não sabe ao certo como agir para mantê-la unida. Uma das maneiras encontradas por ele é planejar com certa regularidade piqueniques com os filhos e assim exercer a função de “pai e amigo”. Continua: “Não desejo essa aproximação, mas tenho um ótimo relacionamento com meus sogros porque eles têm um cuidado grande com os meus filhos e ficam com eles quando eu e minha mulher estamos trabalhando”.

Aliás, essa fora a primeira referência que Cláudio fez a respeito de sua esposa. Ele a define simplesmente como “uma pessoa tolerante e compreensiva que o incentiva a parar de usar drogas. Aconselha-o sem recriminar, ou dizer coisas que poderiam machucá-lo”. A única referência mais íntima que faz em relação à esposa é de ter sido com ela o primeiro beijo e o primeiro relacionamento sexual.

Houve um tempo em que Cláudio, por influência da esposa, passou a frequentar uma igreja Pentecostal, da qual a mãe também era adepta, e isto “o prendia à igreja”. Após o falecimento da mãe, Cláudio foi “perdendo o interesse pela igreja e começou a perceber que estava aprisionado, já que não podia ouvir rádio, assistir à televisão,

tampouco, pensar em outras coisas que *não fossem de Deus*". Assim, acabou por desligar-se definitivamente da igreja.

Quando "tomou essa decisão importante", de deixar de frequentar a igreja, relata que teve um sentimento de "amargura" por muito tempo, pois a esposa passou a brigar com ele e tentava persuadi-lo de todas as formas a retornar para a igreja. Para Cláudio, essa "foi uma provação difícil" por não se sentir honesto em frequentar a igreja "só para dizer que frequentava". Além disso, a sua participação na igreja não fazia com que ele conseguisse mais amigos; apenas se limitava a ir às dominicais e leitura da Bíblia, porém, reconhece que quando frequentava a igreja tinha muito menos vontade de consumir drogas, já que "era um ambiente em que as pessoas tinham outros interesses". Também justifica esse afastamento ao referir-se àqueles fiéis eram "*peçoas sem sal, nem açúcar*", que acreditavam em tudo que o pastor falava.

Após silenciar um pouco, ele diz que em relação à infância – "o que todo psicólogo adora saber" – apenas poderia falar que tinha mágoa da época da escola, pois sempre foi um mau aluno e sua mãe o punia com surras. "Parece uma praga, mas meu filho também é assim. Inclusive a professora o encaminhou para uma avaliação" (não soube especificar que tipo de avaliação).

Esses fatos narrados por Cláudio pareciam pertencer a uma história que transcorre com pouco controle de sua parte. Questiono sobre possíveis ações ou buscas por ajuda que tenha feito no passado. Cláudio diz que um dia pensou em mutilar-se com uma faca para que "quando olhasse os cortes em sua mão [para usar cocaína] se

lembrasse da razão daquilo”. Desistiu, mas optou por uma solução tão disparatada quanto a primeira: usou um martelo para ferir com gravidade a mão com o mesmo intuito de lembrar-se: “Quis deixar uma marca no corpo para sempre, para me lembrar. Só não tive a coragem de usar a faca por causa dos meus filhos”.

Expliquei-lhe o que intimamente ele já parecia saber: o consumo de drogas era apenas uma parte – importante – de sua vida, mas ela não se resumia a isso. Teria de se preparar para mudanças e percepções que só seriam construídas com o passar do tempo, um processo que poderia ser lento, mesmo percebendo que ele estava em busca de uma solução imediata; Cláudio sorriu assentindo.

Pareceu concordar, mas deu a impressão de que continuava acreditando que seria possível uma solução imediata para seu consumo de drogas, como, por exemplo, algum “remédio novo que tivesse por aí”. Ouvir sobre a inexistência de tal remédio pareceu desapontá-lo.

Concluiu “elogiando” meus esclarecimentos a respeito de sua necessidade de ajuda profissional e de ter sido claro em lhe dizer isso, entretanto acrescentou diversos obstáculos para aderir a algum tipo de tratamento, como os horários de trabalho, a possibilidade de algum colega de trabalho descobrir sua dependência e a chance de sua esposa não concordar com o tratamento sem uma ajuda espiritual.

Encerramos nosso encontro com a “promessa” de Cláudio de que, em breve, retornaria para que pudéssemos definir melhor seu tratamento. Isto ainda não ocorreu...

Síntese compreensiva do atendimento de Cláudio

Cláudio, ao vir pela primeira vez ao CAPS, demonstra muito temor, insegurança e receio sobre as especificidades deste serviço, afinal tem muito medo que o sigilo sobre aquilo que ele expõe, já com grande dificuldade, não seja mantido. Teme a possibilidade de alguém de seu trabalho vir a descobrir o seu envolvimento com drogas e sente dificuldade em lidar com a situação inédita de estar em um local exclusivo para a abordagem de pessoas com problemas relacionados a drogas. Desta maneira, inicialmente, “transita” pelo CAPS de uma forma desconfiada e questionadora, principalmente, quanto aos procedimentos para a garantia do sigilo e anonimato, adjetivando a situação como representando um “perigo” para si mesmo e sua família.

Essa sensação de desconfiança e periculosidade quanto à forma com que se posiciona diante da possibilidade de um início de tratamento e, conseqüentemente, dos procedimentos iniciais, como a triagem, aparentam deixá-lo mais contido na maneira de expressar-se e na tentativa de escamotear seu envolvimento com drogas. A todo o momento faz questão de reforçar que utiliza substâncias químicas há apenas dois anos, que não era um viciado como tantos outros que gastam todo o dinheiro na compra dessas substâncias, enfim, fala várias coisas a respeito de seu consumo de drogas, mas evita utilizar a palavra “usuário de drogas” em relação a si; por outro lado, refere-se à loucura vivida quando está sob efeito da cocaína e ao fato de ter praticado atos que só um insano praticaria. Assim, defende-se de

admitir a dimensão do problema, preferindo ver-se como insano ou com alguém desmotivado para as exigências da vida normal. Embora Cláudio tenha falado pouco sobre sua história de vida, conseguiu estabelecer um *continuum* e a já conhecida anedonia para as coisas relacionadas à satisfação pessoal, a busca sempre frustrada pela realização de ideais e a dificuldade em tomar decisões que o satisfaçam, expressando que “leva uma vida comum”, o que para ele não traz grande gratificação. Conta a respeito de seu casamento – sua esposa foi a primeira pessoa a quem beijou e com quem manteve pela primeira vez relações sexuais – com a mesma entonação de voz e cadenciamento com que afirma que sua vida é sem tempero; afirma ser um marido ausente, pois nada o satisfaz, não vê graça com as coisas comuns da vida e que ao conhecer um novo círculo de pessoas (igreja), estes, igualmente eram pessoas *sem sal, nem açúcar*, insossas. Curiosamente, foi diante desta situação, em que se viu obrigado a conviver com pessoas insossas e com os interesses de uma “vida comum” que Cláudio conseguiu viver um período no qual teve menos vontade de usar drogas. No entanto, a despeito do descontentamento da esposa e de sua desaprovação, ele decidiu que não suportaria mais as exigências da igreja e nem o tédio com a rotina que o acometia ao estar lá.

Compreensivelmente, tomou uma providência extrema para resolver o problema, ao ferir sua mão com um martelo num artifício para livrar-se do uso das drogas, como se as mãos – e não ele como um todo – fossem responsáveis pelo uso de drogas, punindo uma parte do corpo para salvar-se, mas ao mesmo tempo provocando uma

sensação intensa (ainda que de dor) que o tirou momentaneamente da angústia de não achar graça na vida. Por sua vez, notei que ao final de nosso encontro sua voz parecia mais tênue e menos ofegante; não sei afirmar se pelo tempo decorrido ou por uma maior serenidade com que conseguia expor-se por ter se sentido acolhido.

Sandra (nome social feminino)

Idade: 36 anos

Profissão: Cabeleireira (desempregada há dois meses)

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Sou procurado por Sandra que me chamou discretamente, enquanto aguardava ser atendida, perguntando se eu me importava de chamá-la pelo nome feminino; cuidado desnecessário, pois, eu já havia feito uma marca em um dos cantos do prontuário para lembrar-me de perguntar-lhe como preferia ser chamada, isto é, seu *nome social*, pois se tratava de uma pessoa do sexo masculino trajada com roupas femininas.

Aparentemente demonstrava traços masculinos, visível nas roupas simples que mais pareciam uma simulação de roupas masculinas adaptadas; o seu modo de gesticular, o timbre de sua voz e, principalmente, o tônus muscular de seus braços pareciam apropriados a alguém que executava trabalhos pesados; pouco lembravam o *glamour* comumente associado a travestis e transexuais pelos meios de comunicação. Antes de nos dirigirmos a sala onde seria realizada a entrevista de Sandra, notei que ela ia e vinha vindo do bebedouro diversas vezes, bebendo pequenas quantidades de água. Como o bebedouro fica em frente aos banheiros (feminino e masculino) indiquei-lhe com naturalidade que poderia usar o banheiro do lado direito (feminino). Percebi com isso que Sandra passou a agir de forma menos ansiosa.

A diminuição de sua ansiedade pareceu-me mais evidente, logo ao iniciarmos o atendimento, quando cometi o que considerei uma grande gafe, enrubescendo, mas que foi prontamente corrigida por Sandra. Ao preencher os documentos protocolares perguntei, equivocadamente, qual era seu “nome artístico”, ao invés de seu “nome social”. Sandra, para minha surpresa, soltou uma imensa gargalhada dizendo “que nunca tinha imaginado que de bicha tinha virado artista”, emendando que “bem que gostaria de ser artista, assim, não estaria passando tanta desgraça na vida”.

Sandra, então, fez questão de dizer que seus cabelos, loiros, eram apliques cuidadosamente feitos, mostrando-me a maneira como eles estavam entrelaçados. Ainda, em tom de brincadeira disse que “seus seios eu já deveria perceber que também eram falsos, mas até mais bonitos que muitos verdadeiros que tem por aí; Você quer ver?” Disse isso, com a alça de sua blusa praticamente abaixada e, deixando os seios parcialmente expostos. A isso respondi no mesmo cadenciamento de voz dizendo que “aquilo era desnecessário para nosso propósito e que criaria uma situação um pouco sem graça.” Imediatamente, Sandra arrumou sua blusa e não tocou mais nesse assunto.

Diante de sua postura e palavras percebi sua tentativa de criar uma atmosfera em que ela se impusesse por meio do travestismo, uma forma de não entrar nas razões que a haviam trazido até ali. Então, perguntei-lhe porque viera ao CAPS, lembrando que aquele era um serviço para usuários de álcool e drogas, portanto, o motivo era óbvio, o uso de álcool ou drogas, mas não a trajetória que a impeliu em busca

de ajuda. Afirmei-lhe que estava interessado em ouvi-la em relação a isto e que se sentisse à vontade para abordar o assunto a sua própria maneira.

Sandra viera bastante jovem de uma cidade localizada em outro estado, antes dos 10 anos de idade, junto com os pais e outros quatro irmãos, por influência de outros parentes que vieram para cá na década de 1970, quando houve uma grande expansão de indústrias e de vagas de emprego. Naquela época, as prefeituras da região incentivavam a vinda de migrantes de outras regiões, principalmente pela concessão de benefícios para adquirirem a casa própria. Todavia, essa mudança de região não fora tão boa como a família imaginava: “Se lá quem já estava acostumado a trabalhar na roça e sabia como se virar, já tinha uma vida difícil, imagina aqui que todo mundo tem algum estudo, por menor que seja”. Como consequência a família mudou-se para uma cidade próxima e passou a trabalhar como *meeira* em uma lavoura de tomates. Sandra descreve a situação como humilhante, explicando-me que na prática, como meeiro, você acaba tendo que vender tudo o que produz ao próprio dono da terra “a preço de banana” porque somente quem tem condições para transportar a colheita em caminhões tem como conseguir um preço melhor; além do mais, o dinheiro ganho em um ano tem que durar até a colheita seguinte.

Este episódio narrado como decepcionante em sua vida fora feito de forma a que eu entendesse como não sendo o principal ou, ao menos o único, já denotando que, outros episódios estariam por vir. Continua, sem o semblante de euforia inicial, que primeiramente procurara o CAPS II, pois “achava” que começara a “ouvir vozes” e

sofrer de uma ansiedade extrema (um dos efeitos do consumo de *crack*) e tratou-se durante quatro meses naquele serviço de saúde, até que lhe fora sugerido um tratamento “mais especializado”, ou seja, específico aos usuários de Substâncias Psicoativas.

“Sabe, essa coisa que a televisão mostra de travesti sambando com os peitos e a bunda de fora, rindo e fazendo piada de tudo é a maior sacanagem. Se o povo soubesse, viria que tem que ter muita coragem pra levar essa vida. Eu me lembro como se fosse hoje que, quando eu tinha uns cinco ou seis anos eu ficava trancada no banheiro passando pó de arroz e alguma maquiagem que minha mãe tinha. Aquilo era o melhor divertimento pra mim, mas criança como não tem muita malícia das coisas fica com medo, que é diferente de ficar com tesão dessas coisas. Tinha mais medo que alguém visse e, sei lá o que poderia acontecer”.

Conta-me que sempre procurou manter uma postura mais discreta frente às outras pessoas. Mesmo na escola, conseguia “disfarçar-se bem”, embora, reconheça que como estudou poucos anos, teve como companhia outras crianças que, faziam brincadeiras sobre seu “jeito mais delicado”, mas não davam muita importância para isso. Aos dezesseis anos, Sandra manteve sua primeira relação sexual com um homem heterossexual, “bem mais velho, que era casado” e que trabalhava como verdureiro; moravam perto, “levando em conta a distância em sítios”. Foi a partir daí que Sandra percebeu que não sentia atração sexual por mulheres.

Aos 17 anos, Sandra “começou a ter coragem” de vestir-se de uma forma mais ousada, com alguns acessórios femininos, mas que

para ela não eram “muito chocantes”, apenas “davam a entender que era uma pessoa diferente”, isto é, homossexual. Aos poucos foi “se transformando”. “A sorte que eu tive é que a minha família e os irmãos não brigavam ou faziam piada disso; acho que até porque eu ajudava muito no sítio; tem famílias que preferem ter um filho marginal a ser bicha.”

Ainda aos 17 anos, Sandra conta “que sentiu que estava na hora de sair de casa. Questiono: “Como assim?”

Explica que com essa idade tinha um verdadeiro fascínio em ir morar em São Paulo, pois lá teria a oportunidade de ser quase uma desconhecida e acreditava que as dificuldades para “ser do jeito que era” seriam muito mais fáceis já que, em São Paulo “você encontra de tudo”. Muito diferente de uma cidadezinha em que todos falam uns dos outros; Segundo Sandra essa mudança foi comunicada à família e não precisou sair escondida de casa.

No entanto, a mudança para São Paulo não teve o *glamour* que esperava, pois chegou lá com algumas indicações de amigas acerca de lugares para morar e “quase nenhum dinheiro no bolso”. Durante esta fase em São Paulo, sua “verdadeira transformação” ocorreu: colocou próteses de silicone no peito, glúteos, coxas e passou a vestir-se com roupas femininas.

Relatando como uma consequência inevitável de sua situação naquele momento, Sandra afirma ter começado a prostituir-se e de forma também inevitável a consumir cocaína. Esclarece que “essa coisa da prostituição não chega a ser aquele drama todo que a televisão passa”, tendo “até um pouco de *adrenalina* nisso. Perigoso é,

mas as pessoas que estão na noite não são estúpidas, muito menos quem procura por 'bonecas',²¹ pois sabem que a coisa ali é de verdade". "A gente é mulher na aparência, mas também sabe dar *porrada* quando precisa". Essa suposta consequência inevitável do ambiente de violência das ruas é estendido por ela ao consumo de drogas. Inicialmente, começou a consumir cocaína, mas logo foi "apresentada" ao *crack* por outras amigas: "Não é como as pessoas dizem que só pessoa de cabeça fraca cai no *crack*, mas é uma coisa que simplesmente acontece. Você experimenta uma, duas, três vezes e quando percebe já está curtindo a *brisa*.²² Além de dar aquele *tcham* de você encarar qualquer programa".

Continua: "Sabe, outra coisa que mexe é que quando você está nessa condição é vista como alguém que serve pra fazer programa ou roubar; ainda quando só se falava em AIDS era pior, porque as pessoas achavam que toda bicha tinha [AIDS]. Eu acabei voltando pra cá porque fui mandada embora de um salão de beleza. Nesse tempo que estive lá, tentei ser cabeleireira, mas na primeira queixa que uma mulher fez para a dona do salão, me mandaram embora. Outra coisa foi quando eu descobri que um namorado que eu tinha há dois anos me traiu com uma mulher e acabou indo morar com ela".

Sandra revela ser bastante religiosa e diz que diariamente faz suas orações numa igreja localizada em frente à pensão em que mora, entretanto, sem se descuidar dos olhares jocosos de alguns fiéis em

21 Travestis.

22 Efeito percebido pelo uso de qualquer SPA.

relação a ela: “Agora faz uma ideia de como as pessoas que não são da igreja devem me ridicularizar na rua”.

Sandra relata que o fato de ter mudado de cidade novamente em nada mudou seu drama. Estava desempregada e pedia dinheiro nas ruas para poder sustentar o vício; não gostaria de voltar a morar na casa dos pais, pois, embora estes não a condenassem, passariam muita vergonha com sua presença; sua principal preocupação, naquele momento, era que teria que pagar a estadia da pensão em que estava morando, em uma semana, caso contrário, seria despejada.

Sem hesitação esta era uma questão que Sandra pensava com grande lucidez, afinal, tinha um curto espaço de tempo para não se ver em uma situação de mendicância como tantos outros usuários de *crack*, já que admitia que mesmo pensando em tratamento seria muito difícil “abandonar o vício de uma vez”.

Com um certo constrangimento diante da pouca disponibilidade de serviços externos de que dispomos atualmente para encaminhá-la, face a emergência de seus problemas mais imediatos que não solucionados a deixariam mais vulnerável a situações de risco, expliquei-lhe o que estava ao alcance do CAPS naquele momento e coloquei estes recursos a sua disposição. Após este encontro, Sandra retornou apenas para os atendimentos médicos.

Síntese compreensiva do atendimento de Sandra

Sandra, que busca atendimento pela primeira vez em um serviço especializado, reconhece como um problema imediato e mais iminente em sua vida o consumo de *crack*, principalmente associado ao consumo de cocaína. Essa foi sua queixa inicial. Trouxe como outro problema os preconceitos que enfrenta em relação a sua situação como travesti e relata como estes a obrigaram a viver em São Paulo uma vida bem diferente daquela que imaginara. Ao decidir mudar-se para a capital, tinha apenas algumas referências de amigas e “quase nenhum dinheiro no bolso”. Suas fantasias de adolescente apontavam para um futuro *glamoroso*, mas a realidade mostrou-se muito diversa, fazendo-a conviver com prostituição e drogas... Sua vida anterior não difere muito daquela das famílias pobres morando em zona rural de uma cidade pequena de interior; sua opção sexual lhe trouxera alguns problemas como ser demitida do salão de beleza e sentir o preconceito de algumas pessoas. Na capital, no entanto, teve que reagir a maneira como era vista socialmente: “alguém que só serve para fazer programas ou roubar”. Pelo contrário, mesmo com todos os problemas financeiros que vem enfrentando, inclusive o risco de ser despejada, Sandra considera que pedir aos transeuntes é menos degradante do que roubar ou prostituir-se. Além disso, preserva sua religiosidade, frequentando semanalmente a igreja, mesmo sob os olhares de estranheza dos demais. Preocupa-a o preconceito com que é tratada

nas ruas e por este motivo, não quer voltar à cidade natal para não constranger a família.

Durante o atendimento, em alguns momentos Sandra era pura teatralização, dando a impressão de que sabia que aquilo me causaria algum constrangimento, afinal, ao expor os seios numa sala ao lado de um corredor, seria praticamente certo que fosse vista. Qual seria a intenção? Causar-me constrangimento ou testar-me sobre até que ponto iria minha curiosidade em relação ao seu corpo? Ficou mais evidente que Sandra tinha como única moeda de troca naquele momento o próprio corpo, fosse como forma de agradecimento ou como meio para obter algum dinheiro e sustentar sua dependência das drogas.

Enfim, Sandra confirmava com seu relato a dura realidade vivida por pessoas que destoam dos padrões vigentes de comportamento e não possuem recursos financeiros e afetivos que as tornem respeitáveis à sociedade... Buscou ajuda por causa do consumo de drogas que parece assustá-la pela proximidade com delitos e prostituição, mas não em função de sua opção sexual. Ainda tem esperança em relação a encontrar um bom emprego e ser valorizada como profissional e como uma pessoa digna.

Aldo**Idade:** 52 anos**Profissão:** Analista fiscal (desempregado há seis meses)**Escolaridade:** Ensino superior incompleto

Aldo vai ao CAPS pela primeira vez, acompanhado da esposa. Ambos se destacavam em relação às demais pessoas que normalmente procuram pelo serviço nas primeiras horas do dia: rostos inchados, avermelhados, tremores e quase sempre semblantes de cansaço provocados pela “ressaca” de uma provável noite de consumo de álcool. Eles, ao contrário, conversavam de maneira calma, enquanto aguardavam pelo atendimento. Geralmente o que se observa no caso de casais que chegam juntos é uma forma de relacionar-se que revela uma vida a dois conturbada e beligerante, muitas vezes deixando transparecer o descontentamento de um deles em estar ali em virtude de pressão do outro, não havendo sinais de cumplicidade ou acordo prévio. Muitas vezes, verbalizam que o tratamento no CAPS é a última chance de manterem o casamento, impressionando os profissionais em relação a expectativa depositada no CAPS como solução para todos os problemas.

Convido Aldo para entrar e sua esposa levanta-se com ele e pede para “conversarmos juntos”, pois ela “teria muita coisa que gostaria de falar na presença do marido”. Explico que aquele momento não poderia ser compartilhado, pois Aldo também deveria ter coisas a serem participadas a mim que poderiam ser tolhidas em sua presença. Disse-lhe que ao final da sessão, caso desejasse, poderíamos conversar

juntos e eu explicaria o tipo de serviço que era oferecido ali, e que ela também seria convidada a participar do Grupo de Apoio aos Familiares. Essa explicação foi suficientemente esclarecedora para ambos e a esposa lhe desejou “boa sorte”.

Antes que pudéssemos iniciar nosso diálogo, Aldo, com extrema polidez, cumprimentou-me com um aperto de mão – que percebi um pouco trêmulo e com uma leve transpiração. Creio que, a percepção de que eu poderia ter notado algo fez com que Aldo desfizesse aquele aperto de mão rapidamente.

Já na sala de atendimento, Aldo revela que, apesar de “tentar manter-se calmo, estava se sentindo bastante desconfortável com aquela situação”. Explica que durante o tempo em que aguardou ser atendido ficara muito ansioso e apreensivo com a possibilidade de encontrar alguma pessoa conhecida no CAPS. Também revela que ele e a esposa “ficaram assustados com a aparência e as histórias que ouviram das pessoas que aguardavam atendimento”. Pergunto-lhe qual seria seu constrangimento se encontrasse algum conhecido no CAPS; diante de seu silêncio, procuro tranquilizá-lo a este respeito dizendo que poderíamos olhar esta situação de outra maneira, ou seja, que ele estava tendo uma atitude corajosa e positiva ao vir procurar ajuda enquanto ainda havia aspectos de sua vida a preservar e que muitas pessoas chegam ao CAPS somente quando já perderam tudo na vida. Aparentemente, Aldo se tranquiliza e de forma apreensiva tenta “certificar-se” do que acabara de ouvir, discorrendo sobre dados estatísticos sobre o consumo de álcool na população. Limito-me a dizer que sempre notei uma coisa curiosa: “As pessoas constrangem-se em

buscar por ajuda para melhorar, mas não têm o mesmo receio ao exporem-se publicamente em estado de embriaguês”. Acrescento que, apesar desse constrangimento inicial, eu acreditava que esse sentimento de mal-estar era explicável diante de sua inquietação em assumir a necessidade de ajuda profissional para tratar de sua dependência alcoólica. Fiz essa observação instantaneamente, arriscando-me de maneira não intencional a incorrer em algum erro, pois não tinha certeza se essa era a substância que Aldo consumia. O fiz com base em minha experiência no atendimento aos pacientes daquele serviço.

Então, Aldo faz uma reflexão sobre seu estado atual concordando comigo: “Claro que você deve ter percebido porque estou aqui. Sou alcoólatra, com a diferença que quando a gente está numa situação melhor [financeira] a gente não fica pela rua dando muita bandeira e vexame, mas o vício é o mesmo”, terminando essa observação com os olhos marejados. A partir desse momento, Aldo parece ter se sentido tranquilo e menos apreensivo.

Assim, acreditei que havíamos de alguma maneira alcançado uma proximidade. Pedi então que falasse sobre a razão de ter procurado um serviço especializado. Ele se expressa de forma clara, passa a falar das razões que o trouxeram até ali, transparecendo uma ambiguidade entre a compreensão sobre a necessidade de buscar ajuda especializada e um severo autojulgamento.

Aldo relata que para ele era muito angustiante e impensável ter que procurar um serviço especializado que o “fizesse parar de beber”. Recoloquei a questão explicando que “teria uma ajuda profissional”,

mas o “desejo de beber”, as angústias, dificuldades e outros sentimentos que sobreviriam àquela decisão “eram parte de sua vida, ressaltando novamente que esta tomada de decisão era muito relevante e que ele deveria considerar isso”. Portanto, os profissionais seriam partícipes desse processo.

Então ele passa a contar sua história, porém nada fala de sua infância ou detalhes pregressos. Demonstra claro interesse em ater-se aos acontecimentos contemporâneos de sua vida. Explica que “chegara a um ponto da sua vida em que não via outro caminho possível que não fosse parar com a bebida, pois percebia que o excesso do consumo de álcool estava afetando a vida de sua família”. Sua filha, recentemente “começara a sentir fortes sintomas depressivos que a fizeram precisar de ajuda médica”.

Conta ser natural de São Paulo, mas saíra de lá há muitos anos para tentar a sorte nesta região, onde se casou com a mulher que amava, teve dois filhos e paulatinamente foi conseguindo levar uma vida de “toda pessoa de classe média”: adquirir a casa própria, oferecer algum lazer a família, confortos domésticos e acompanhar com orgulho o desenvolvimento dos filhos. Recorda-se que “antigamente” gostava de passar o fim de semana em família, mas que aos poucos foi substituindo essa convivência familiar pela permanência em bares, em que chegara a passar o dia inteiro sem nem mesmo “voltar para casa para almoçar”.

Faz um adendo acrescentando: “pensando bem, o álcool, de uma forma ou de outra, sempre me acompanhou”. Faz um breve comentário de que seu pai fora consumidor contumaz de álcool, seu tio paterno

falecera de cirrose hepática ainda jovem, e um primo, também alcoolista, suicidara-se com um tiro.

De forma contínua, Aldo é direto ao afirmar que chegou a cursar até o último ano da faculdade de economia e graças a isso sempre teve a oportunidade de trabalhar em empregos melhor remunerados. Esse trabalho sempre lhe trouxera muito orgulho e satisfação, pois se considerava um profissional muito responsável e cuidadoso para que não cometesse falhas. Era querido por todas as pessoas que trabalhavam com ele. Aldo, próximo aos 60 anos, fazia planos sobre a aposentadoria. Então o inesperado aconteceu... Aldo fora demitido “sem uma causa admissível” (há seis meses).

Isso lhe “tirara o chão, pois nunca imaginara que, naquela idade e pela dedicação que tinha ao trabalho, pudesse ser demitido faltando tão pouco tempo para se aposentar”. Precisou refazer todos seus planos. Quando fala a esse respeito, chora e expõe que desde a perda do emprego “não se reconhece”: tornara-se triste, melancólico e com pensamentos *exclusivamente negativos*. Sente-se humilhado. Também tivera uma crise severa de psoríase, diagnosticada pelo médico como de “fundo emocional”.

Mas qual seria a sua real situação financeira naquele momento? Aldo conta que por ora está conseguindo se manter com o dinheiro de seu Fundo de Garantia, com o seguro desemprego e com um prêmio que a esposa ganhara na Lotomania recentemente. Aldo completa que, apesar de permanecer focado 24 horas por dia na questão financeira, esse não era o seu real problema. Reconhece que iniciou o uso do álcool em idade tardia, há quatorze anos, sem ter um motivo claro.

Reconhece que sempre foi tímido e usava o álcool para “aproveitar mais em algumas situações, como reuniões familiares”, entretanto, seu comportamento passou a ser inconveniente e vexatório, afetando sua família, que passara a evitar tais situações.

Como que necessitando completar o que falara, Aldo confessa que não gostaria de admitir, mas acredita que o uso de álcool tenha contribuído para sua demissão, já que chegava ao trabalho quase sempre com hálito alcoólico. Soma-se a essa situação a sensação relatada por Aldo de que gradativamente “está perdendo a família”.

Diante de seu relato, que muitas vezes era confuso, uma vez que ele fazia referências de que sua família “é seu porto seguro” e, ao mesmo tempo, que a família está se distanciando, pressentindo que vão deixá-lo de lado”. Perguntei-lhe se chegou a conversar francamente com a esposa e os filhos a esse respeito, para que ele pudesse uma percepção mais clara da posição deles a seu respeito. Aldo reconhece que isso ainda não fora feito. Revela que “sofre sozinho” e que “achava bom compartilhar isso” comigo, pois “sofria por guardar tudo para si”, e que “quase toda noite costumava ficar na sala de casa com a televisão ligada apenas para ouvir a voz de alguém”.

Com assim? Indaguei.

Aldo responde em tom melancólico que não tinha ninguém para compartilhar o seu sofrimento, mesmo tendo a esposa disposta a ouvi-lo. Sentia-se envergonhado e fraco por não conseguir manter seu padrão de vida, resultante do desemprego, e ao mesmo tempo ter que assumir sua dependência. Os companheiros do bar que frequentava e julgava serem fiéis nunca mais o procuraram depois que ele revelara o

desejo de parar de beber, e o que mais o entristecia era que todas as suas opiniões – em relação à educação dos filhos, seus planos de trabalho etc. – eram sempre interpeladas com a pergunta de “se ele havia bebido”. Isso o magoava e o deixava indignado por não tentar ser “uma pessoa melhor”, referindo-se a não ter percebido que poderia algum dia, ser demitido nem ter notado que deixara que o álcool e a convivência com as pessoas que frequentavam o bar se tornassem, gradativamente, a “coisa mais divertida que tinha para fazer”. Ilustra essa “diversão” comparando com os domingos, em que “mesmo que você queira fazer alguma coisa diferente, nem cachorro você encontra andando pela rua, quanto mais outras pessoas”. Novamente, demonstra alguma ambiguidade dizendo que “só em bar que você vai encontrar uma ou outra pessoa para conversar e que, mesmo assim, dá pra perceber na cara que estão ali por falta de opção, pois, se estivessem bem, estariam com a família, em casa”.

Apesar dessa percepção aguçada pela ansiedade de que o uso abusivo de álcool o levara a uma grande mudança de hábitos e mudara o rumo de sua vida, Aldo sabe que tudo isto pode demorar muito tempo para ser transformado, pois deixou marcas muito negativas na memória de sua família. Aldo exemplifica contando que “desde que começou a tentar se controlar sozinho para não beber, percebe que a esposa, quando ele chega em casa, vem abraçá-lo ou dar-lhe um beijo no rosto, com a intenção de sentir se está com hálito alcoólico e não por carinho”.

Após este encontro, Aldo passou a frequentar assiduamente um grupo terapêutico, no mesmo horário que sua esposa frequentava o

Grupo de Apoio a Familiares, porém quinzenalmente, pois se revezavam na tarefa de buscar a neta na escola.

Síntese compreensiva do atendimento de Aldo

A procura de Aldo pelo CAPS não causaria em mim nenhum sentimento diferente, ao menos, num primeiro momento. Porém, a maneira com que ele e sua esposa se tratavam era diferente do habitual, pois havia muita ternura entre eles. Isso não é tão comum de ser presenciado no CAPS, já que normalmente ali é a “última chance” que muitas vezes as famílias vaticinam ao parente em tom de ameaça. No caso de Aldo, esse ultimato não parecia tão evidente, apesar de a esposa ter pedido para participar de nosso encontro com a justificativa de “ter muita coisa para falar na frente do marido” o que demonstrava que a aparente delicadeza no trato com ele continha sentimentos reprimidos. Creio que o espaço aberto para que Aldo falasse sem a presença dela acabou sendo um momento muito especial para ele, na medida em que suas lacunas de silêncio indicavam a dificuldade de entender-se consigo mesmo. Por um tempo, Aldo tentou evitar referir-se diretamente a sua dependência ao álcool. No entanto, minha decisão de não pressioná-lo deu resultado: após circular por diversos temas, ele acaba por reconhecer o que não gostaria de admitir, que suas perdas estavam sendo ocasionadas pelo álcool. Não sem grande constrangimento de sua parte. Provavelmente muitas coisas lhe ocorreram, como um retrospecto de sua vida, desde a infância até a idade atual de 60 anos, fase marcada pelo desemprego que muito o atemorizava. Por outro lado, parecia ter se dado conta de que a família idealizada por ele não era, pensando bem, tão perfeita a ponto de

apoiá-lo de forma incondicional em suas atitudes relacionadas ao consumo de álcool.

Aldo também sofre com a constatação de que não lhe resta outra alternativa na vida a não ser enfrentar o uso abusivo de álcool. Ele estava confuso, tentando encontrar um nexos para os fatos dispersos que narrava sobre as dificuldades que vinha enfrentando; aos poucos, foi sendo capaz de associar tudo isto ao álcool. A impressão era de que pela primeira vez ele estava ouvindo a si próprio declarar sua dependência. A depressão da filha parecia culminar o rol de penalidades que lhe estavam sendo impostas em função disto. Pressenti que sua busca por ajuda em relação ao álcool ocorrera ao tomar contato com a angústia de ter acumulado perdas desastrosas, a começar pelo emprego que poderia lhe ter rendido uma aposentadoria melhor.

Ao final do atendimento, Aldo estava bem mais à vontade, admitindo sentir-se tão solitário que necessitava permanecer com a televisão ligada em casa só para ouvir a voz de alguém...

ROBERTO**Idade:** 22 anos**Profissão:** Operador de máquinas**Escolaridade:** Ensino superior completo

Roberto chegara ao CAPS às oito e meia da manhã, mas por alguma falha seu prontuário chegou às minhas mãos apenas por volta das dez e meia. Ele contou que procurava por algum tipo de ajuda, pela primeira vez em sua vida, e essa procura ocorreu de maneira inusitada para mim. Roberto havia feito diversas pesquisas através da internet, em sites do Ministério da Saúde e do buscador Google. Quando procurou pelo CAPS, já tinha um conhecimento razoável sobre as modalidades de tratamento existentes, inclusive com informações sobre as medicações que são distribuídas gratuitamente pelo SUS.

Sua aparência era de uma pessoa que tinha algum suporte financeiro, por isso, destacava-se entre os usuários que aguardavam atendimento. Apresentava-se impecavelmente vestido, barbeado e sem nenhuma cicatriz, manchas na pele ou perdas aparentes de dentes.

Apresentamo-nos com um aperto de mão e, a partir do momento em que se sentou na sala de atendimento, Roberto emudeceu. Minha primeira reação foi de surpresa, pois, até então, me parecera uma pessoa extrovertida; perguntei-lhe se estava há muito tempo esperando, acreditando que essa era a razão de uma possível rusga. Essa pergunta automática surgiu pelo fato de eu não ter notado sua presença no CAPS por todo aquele período e, normalmente, os

usuários se impacientam com a espera e questionam a todo o momento quando serão atendidos. Sua resposta foi objetiva, quase ríspida: “Estou, mas não tem problema”.

Como de praxe, apresentei-me como o psicólogo que faria sua entrevista inicial e perguntei-lhe a razão de sua vinda ao CAPS. Respondeu ainda um pouco cabisbaixo: “A coisa perdeu a graça”. Novamente um silêncio, até que lhe perguntei se ele sabia me dizer até quando a tal coisa a que ele se referira tinha tido graça. O encontro tomou outro rumo, a partir daquele momento. Imediatamente, mais descontraído, soltou um sorriso que pareceu ter relação direta com a pergunta que eu fizera. Começou dizendo que “nunca pensou que algum dia na vida passaria por uma situação daquela: “Ter que reconhecer que não tenho controle sobre minhas ideias”. “Ideias?”, emendei.

“É que eu penso muito que eu estou perdendo o controle e tento achar a causa, mas, mesmo assim, parece que tudo acaba me levando para o mesmo lugar; não tenho controle quando recebo o pagamento. Aí fico *virado*²³ de vez e não estou nem aí se alguém do serviço perceber... Mas deve perceber, né?” Roberto dirigiu esta pergunta a mim, mas na verdade não parecia necessitar de resposta, apenas expressava uma espécie de lamento por ter constatado sua dependência química.

Explicou algumas coisas acerca do seu trabalho, enfatizando que tinha curso superior e uma formação cultural que ele acreditava ser

23 Uso de cocaína ou *crack* de forma compulsiva, chegando a ultrapassar a noite e a madrugada em uso; “Virar a noite em uso de drogas”.

diferenciada das outras pessoas, pois sempre teve acesso a recursos culturais. Essa informação parecia ter, para Roberto, pouca importância naquele momento, mas valia a pena ser informada. “Agora vou contar minha vida”... “Eu sempre usei cocaína”.

Roberto contou que seu envolvimento com droga era uma coisa antiga, desde os 11 anos de idade, por influência de colegas mais velhos que moravam no mesmo bairro; “era aquela época que ainda tinha flipper [fliperama]. Você deve se lembrar”... Reiterou o que disse com um “tinha, [em um tom de voz mais enfático], “porque a grande parte desses caras está perdida nos corre, morreu, está na cadeia ou endireitou de vez”. Ao dizer isto, lágrimas surgiram em seus olhos e ele teve dificuldade para conter o choro; ofereci-lhe lenços de papel e um copo d’água. Roberto menciona que tínhamos quase a mesma idade e que eu iria me lembrar de como era antigamente, “quando essa coisa de droga não era tão comum como hoje em dia em que qualquer molecadinha pode chegar e fazer uma presença”.²⁴ Nesse momento, nosso diálogo ficou desordenado. Parecia que as situações que Roberto relatava estavam confusas para ele, embora conectadas, mas eram expressas com grande ansiedade, como se estivesse prestes falar de outra coisa.

Relatou que seus pais, embora não fossem ricos, sempre tiveram condições de oferecer uma vida confortável para os filhos, “uma vida batidinha”, como ele disse... “com essas coisas de se formar na escola, fazer cursinho pra entrar na faculdade, fazer esportes etc...” Nunca se satisfez com essas coisas que toda criança gosta. Roberto explica que

24 Portar drogas.

a razão de ter se envolvido com drogas tão cedo foi “a questão de ter adrenalina mesmo; aquele friozinho na barriga e vontade de *cagar* só de pensar”. Revelou após um tempo: “Agora posso falar; na verdade, muito cedo comecei a traficar cocaína na cidade, num período em que nem se ouvia falar direito sobre essa droga ou tráfico como tem hoje”. Roberto diz “ter certeza que sua busca era por prestígio entre as meninas e outros garotos, já que se quisesse usar drogas tinha dinheiro para isso e nesse período que traficava nem ficava com o dinheiro; tudo que vendia era revertido em alguma quantidade de cocaína que usava com os amigos e, principalmente, com meninas que conhecia”. Sentencia: “O que eu quero dizer é que, se for ver mesmo, eu até acabava no prejuízo porque eu gastava tudo com bobagem”. Continuando, afirmou que chegou a tentar usar maconha, mas quando passou a usar cocaína “encontrou-se”. Nesse instante, por pouco tempo, o semblante de tristeza deu lugar a um sorriso e a uma certa empolgação. Visivelmente, seu tom de voz mudara, estava quase ofegante. Parecia-me que ele estava revivendo um momento bom e muito prazeroso que ficara no passado. Acrescentou que quando tinha 15 anos ia até Campinas, em lugares “que ninguém entrava”, para comprar drogas. Conta que se dirigia a um bairro com grandes índices de criminalidade, mas ele tinha coragem de ficar tomando cerveja na favela.

Novamente, queda-se em silêncio e volta a apresentar um semblante entristecido. Dava a impressão que encerrara um ciclo, o que me estimulou a perguntar: “Quando a tal coisa *tinha perdido* a graça?”. Antes, eu havia lhe perguntado: “Quando a tal coisa *tinha tido* graça?”.

Essa inversão na forma de questioná-lo, que eu pensei que abriria um grande espaço para nós, foi por alguns momentos angustiantes para mim. Novamente ele emudeceu, parecendo muito pensativo: “Não é assim de uma hora para outra” foi sua resposta. Explicou que foi na faculdade que percebeu que a situação estava perigosa. Que chegara a pensar em abandonar o curso, pois, não tinha mais vontade de estudar e chegou a passar por uma situação muito vexatória, em que após consumir drogas, bebeu muito e chegou à faculdade todo sujo, suando muito e exaltado. Só seguiu adiante pela ajuda e incentivo de alguns amigos – que também usavam drogas com ele. Até então as coisas estavam mais ou menos sob controle, mas no último ano de faculdade ele mesmo notara que todos os seus amigos eram envolvidos com alguma droga e na tentativa de se afastar deles, foi se tornando uma pessoa solitária; também começara a consumir *mesclado* aos fins de semana. “Até mesmo as meninas que me admiravam tomaram cada uma o seu rumo, casando, arrumando um serviço... Para algumas pessoas, foi só uma época de loucura e acabou”. Completa: “minha vida está ficando cada vez mais perigosa”. O perigo a que se referia era a possibilidade real de se envolver com criminosos e ser preso. De uns tempos para cá, estava “apavorado”, pois passara por uma situação descrita por ele como “coisa de gente grande”. Ficara sabendo que um amigo fora preso com grande quantidade de drogas. A pedido desse amigo, foi até a casa dele buscar roupas e produtos de higiene pessoal; quando a polícia chegou para fazer uma revista mais minuciosa na casa, ele ainda estava lá; os investigadores disseram que

se encontrassem qualquer coisa na casa, ele também *abraçaria*²⁵ e seria preso por tráfico. Roberto diz que a partir daquele momento percebeu que “essa coisa de adrenalina” estava perigosa demais e ele se reconheceu como não tendo toda a coragem que achava ter. Com muita relutância e após um tempo relativamente longo, revela que também estava usando *crack* e não entendia como alguém como ele, “estudado, com muitas possibilidades de futuro e que sabia todos os efeitos dessa droga, passou a consumi-la”. Apesar desse reconhecimento, Roberto enfatizou que mesmo assim “se preservava”. Não ficava usando *crack* nas ruas, somente dentro de casa e em horários determinados, quando a irmã e a mãe saíam, o que acontecia com regularidade já que ambas tinham compromissos em dias e horários definidos.

Quando chegou a esse ponto, Roberto procurou uma irmã em quem depositava mais confiança e pediu que ela o ajudasse a “tentar ser uma pessoa normal”, mesmo com muito medo e vergonha de dizer que era usuário de *crack*, “uma droga que deixa a pessoa parecida com um ‘ligeira’”. Revela: “desde os 11 anos não sabia o que era prazer de verdade, pelo contrário, nos últimos tempos tem se isolado e chorado com muita facilidade quando pensa que não sabe direito de que lado está, em suas palavras: “se sou bandido ou não”.

Nesse momento, após olhar fixamente para mim, diz que não gostaria de envolver outras pessoas em suas atividades: “isso é coisa minha e ninguém precisa *abraçar* por mim”, dando a entender que não pretendia revelar-me tudo. Preocupava-se em não causar mais

25 Responderia pelo mesmo crime.

desgostos à família, pois todos sabiam que ele era usuário de drogas, embora evitassem comentar com ele para não levá-lo a lembrar-se do vício.

Imediatamente após ter dito que não queria envolver outras pessoas na conversa, deu outro rumo à conversa, revelando que o irmão mais novo é traficante de drogas. Continua, parecendo querer minimizar o que acabara de revelar, especificando que embora o irmão fosse traficante, não se envolvia com coisa mais pesada (*crack*). Nesse momento, reiterei a questão do sigilo a respeito de qualquer informação que me passasse, o que pareceu tranquilizá-lo. Também achei acertado acrescentar que o sigilo estaria garantido até mesmo em relação ao atestado que entregaria na empresa em que trabalhava, já que providenciaria para que não houvesse referência ao CAPS.

Roberto tinha uma percepção bastante realista sobre si mesmo: apesar de todas as facilidades que a família lhe proporcionara, uma boa formação acadêmica e profissional, sua vida “não emplacava” em função das drogas. Questionado sobre o que significava “não emplacar”, sua resposta é imediata: “Tento ser o mais tranquilo possível, mas parece que sempre falta aquele “*toquezinho*” para as coisas terem mais sabor (referindo-se às drogas). Completa: “O mais gozado é que apesar de eu saber que no passado era muito gostoso, eu não consigo lembrar de cenas assim muito marcantes... Tipo com uma menina; até mesmo porque eu era viciado em ficar com as putas, gastando dinheiro sem dó. Cheguei a entregar cinco mil reais pra ficar cinco dias numa casa com uma puta só. De dia, eu rodava os bares gastando e falando grosso”. Concordamos que o tal prazer que ele

esperava encontrar era difícil de ser mensurado e que de um modo geral ele o encontrou apenas quando usava drogas; elas é que deixavam as situações vividas mais prazerosas, pois o resto era desinteressante.

Ao final do encontro, Roberto revela estar “amargurado”. Havia passado por uma avaliação psiquiátrica e concordara em ser internado por um período. Após o período de internação, de aproximadamente trinta dias, encontrei-me com Roberto mais uma única vez no CAPS; sentado, chorava copiosamente dizendo ter “recaído”.

Síntese compreensiva do atendimento de Roberto

Roberto procura o CAPS após ter feito pesquisa na internet, a respeito do tratamento para a dependência química, dizendo que seu envolvimento com drogas, que ele denomina de coisa, “tinha perdido a graça”.

Roberto oscila seus sentimentos e expressões entre a apreensão com a constatação de sua dependência química, a perda de controle financeira, a exposição no local de trabalho e o pavor de estar se envolvendo em situações mais perigosas. Seu discurso revela que um lado de Roberto está procurando driblar as consequências dos seus atos e outro que está, absolutamente, enamorado com as drogas.

Manifesta que desde criança as coisas destinadas à sua idade não lhe agradavam e identificava-se mais com amigos mais velhos que faziam uso de substâncias químicas. Em sequência passou a usar cocaína e praticar tráfico sem a finalidade de ganho monetário em primeiro lugar, mas para se destacar e ter uma posição (presença) com o grupo. Simultaneamente, buscava “adrenalina” e certa superação do perigo ao aceitar ficar consumindo cerveja em um boteco, numa favela com fortes índices de violência muito grande ou entrar em lugares que ninguém entrava, busca por adrenalina que atualmente reconhece, atualizada, na falta de um “toquezinho” quando realiza atividades. Também fazia algo similar, ao passar uma semana recluso em uma casa de prostituição no Jardim Itatinga, em Campinas/SP, apenas para gastar muito dinheiro com prostitutas e *falar grosso*. Revela que a

“coisa perdera a graça”, frustradamente quando reconheceu que não era o sujeito destemido que acreditava ser e, diante de uma situação que exigiu uma resposta como “gente grande”, sentiu-se apavorado. Com seu envolvimento com o *crack* mostra novamente o medo ao reconhecer que também poderá tornar-se um *ligeira* com o progredir da dependência em relação a esta droga.

FERNANDA**Idade:** 29 anos**Profissão:** Atendente de loja e garçonete**Escolaridade:** Ensino fundamental completo

Neste município, a população pode contar com um serviço de atendimento a migrantes, pessoas em situação de rua, ou aquelas pessoas que mesmo tendo familiares ou residência na cidade, permanecem sazonalmente nas ruas. Este serviço funciona em uma sala dentro do Terminal Rodoviário, contando com duas assistentes sociais e dois “educadores sociais”. Atualmente, com o crescimento no consumo de drogas entre a população em geral, recebe muitas pessoas com significativo comprometimento causado pelo consumo destas e que são orientadas a procurarem pelo CAPSad, anterior a qualquer outra intervenção.

Sendo assim, Fernanda procurou por este serviço de assistência social não com a queixa inicial de busca por tratamento para sua dependência química, mas de “estar sem lugar para ficar” e, necessitando de ajuda para “reerguer sua vida”. Então foi encaminhada ao CAPS para que fosse avaliado, primeiramente, seu nível de comprometimento em relação às drogas.

De qualquer maneira, Fernanda já havia procurado ajuda no CAPS, há cerca de dois anos, com o desejo de tratar sua dependência; porém, pouco aderiu ao tratamento e, não fazia o uso correto de

antirretrovirais que utiliza, resultando em um prejuízo ainda maior ao seu tratamento.

Ela chega ao CAPS acompanhada de seu companheiro – os dois portando várias sacolas plásticas com roupas e outros objetos – trazendo o encaminhamento do referido serviço assistencial municipal. Após os procedimentos burocráticos de rotina, que foram rápidos, pois Fernanda não possuía qualquer documento de identidade, chamei-a para a sala e atendimento. Antes de iniciarmos nossa conversa, ela disse nunca ter se importado com esse fato, pois “para pessoas que nem ela, documentos não servem para nada e nem a polícia liga muito”.

Fernanda entra na sala que disponibilizei para esse momento, cabisbaixa e parecendo acuada com a situação. Tento diminuir seu aparente sentimento de estar acossada pela situação explicando-lhe que aquele era um procedimento para que pudesse conhecê-la melhor, afinal estivera ali, pela última vez, há dois anos e juntos pudéssemos pensar na forma mais adequada de ajudá-la. Também lhe expliquei que não faria falsas promessas quanto à possível ajuda financeira, de moradia ou outro benefício material imediato. Apenas disse acreditar que, se ela conseguisse ampliar suas reflexões para além do ato contínuo de busca pelas drogas, haveria grandes chances de que ela própria conseguisse pensar em alternativas que até então não pensara, reforçando que para isso poderíamos nos encontrar em vários momentos de reflexão como o que estávamos tendo.

Após pensar um pouco, Fernanda pergunta se teria que ficar falando de sua vida, ao que respondi que deveria falar daquilo que se

sentisse à vontade, que fosse importante para ela ou que julgasse relevante para que pudéssemos ajudá-la. Ela parece ter se satisfeito com a explicação e emendou: “antes que me pergunte o que eu faço, coloca aí [no prontuário] que eu sou atendente de loja e garçonne, porque eu já trabalhei disso. Não dá para colocar que sou puta porque nem isso dá para ser mais”.

Você está aqui porque quer alguma coisa, não é? Perguntei. Fernanda me responde que “como todo mundo, sempre tem alguma esperança, mas se sente como *cigana*, pois, até hoje, não encontrou um lugar para ser seu e, sempre precisou *deslizar* que nem um caracol, de um lugar para outro”.

A partir desse momento, nosso diálogo foi interrompido inúmeras vezes por um choro compulsivo de Fernanda; um choro que parecia impossibilitá-la de respirar, soluçava e enxugava as lágrimas. Ofereci-lhe um copo com água e uma caixa de lenços de maneira natural, evitando deixá-la constrangida, pois tive a clara impressão do quanto ela temia ser desagradável ou inoportuna, procurando a todo o momento ser muito educada.

Fernanda passa a me contar sobre sua vida, não sem antes me advertir que “poderia anotar, se quisesse, porque sua vida era uma tragédia como as que a gente vê em novelas”. Prossegue: Nascera numa cidade do interior do Paraná e aos dois anos sua mãe a “deu” [sic] para a avó porque queria tentar *a sorte* na própria cidade, mas, sem ela. Como um fato corriqueiro, Fernanda admite que “uma criança de colo só iria atrapalhar mesmo”. Assim foi também com os outros irmãos, mais velhos, de pais diferentes, dos quais Fernanda fala sem

muito entusiasmo, com exceção do irmão caçula, que atualmente mora com a mãe e tenta “lhe dar conselhos”. Quanto aos outros dois irmãos, apenas se refere a eles de forma vaga: um que mora “não sei direito onde em São Paulo” e outro que “mudou para o Norte e é perdido com as drogas”. Naquela época, a mãe não tinha qualquer renda e, segundo a avó falara para ela, a concepção de Fernanda fora indesejada, “um acidente”, pois, seu pai biológico, sofria de transtornos psiquiátricos – já tendo sido internado em instituições psiquiátricas – portanto, não tinha condições de assumir o cuidado de uma família.

Sobre sua infância, recorda-se de que levava uma vida simples, mas “ainda assim boa, pois os avós tratavam bem dela”, não deixando faltar comida nem o que vestir, mas também não sabiam direito das coisas, eram pessoas muito simples que viviam com um salário mínimo por mês. Por essa razão, Fernanda acredita que eles não tinham preocupação de que ela continuasse estudando, “como todas as crianças normais que têm o tempo certo para tudo na vida”. Permanecia a maior parte do tempo na rua com outras crianças mais velhas e com 10 anos já sabia circular sozinha por toda a cidade. Assim, Fernanda resume esse período, com um relato de forma cronológica, com exceção do adoecimento do avô, tratado de forma mais solene e emotiva, como se a tragédia que anunciara no início de nosso encontro fosse em certa medida natural ao longo de sua vida. Contive-me para não exteriorizar minhas próprias impressões, temendo interromper as reflexões de Fernanda que parecia imersa neste processo de fazer uma retrospectiva de vida. Quando tinha 13 anos, seu avô adoecera vítima de um câncer em estado avançado que

rapidamente o levou à morte. Fernanda diz que não se lembra muito disso, pois entre o adoecimento do avô e sua morte foram poucos meses, entretanto reconhece que “a coisa ficou muito pior”. Fernanda acreditava que com a morte do avô teria que definitivamente ajudar no seu sustento e da avó, mas “aí teve uma surpresa de deixar as pernas moles e a boca seca, pensando que seria melhor ter morrido junto com o avô”. A avó, depois de duas semanas do falecimento do avô, lhe chamou de manhã, enquanto tomava café com pão, e lhe disse “que havia pensado bem e ia mandá-la para o pai (biólogo)”, argumentando que com o falecimento do avô a situação seria outra, pior para todos e não apenas para ela. Não teria mais condições de criá-la e que “agora teria que ser cada um por si”. Assim, aos 13 anos, Fernanda sai da casa da avó e passa a morar com o pai que pouco conhecia, a madrasta e um irmão, filho do pai com a nova mulher.

Fernanda chora copiosamente ao falar sobre esse fato, dizendo ter passado uma vida humilhante, em que “não conseguia imaginar como podia alguém ser tratado que nem um vaso que a gente tira e coloca de um lugar para outro”. O pai, segundo Fernanda, era uma pessoa imprevisível. Às vezes demonstrava algum carinho, conversando e dando conselhos, mas isso era “apenas para iludir, porque quando bebia, o que acontecia quase diariamente, ficava dias transtornado e era outra pessoa”. Naquela época, Fernanda ainda procurou voltar a estudar, “tentando levar uma vida igual a das outras garotas de sua idade”, contra a vontade do pai, que “para deixá-la nervosa escondia os cadernos da escola”. Mas a sua maior recordação, que ela justifica como sendo para o seu próprio bem, pois conseguia

ter algum dinheiro para comprar objetos pessoais ou algum produto de beleza, era “quando saía de casa e voltava tarde; vendia flores à noite, entregava panfletos e outros ‘bicos’”. O pai se irritava e a colocava na parte de fora da casa, num quintal que tinha muito mato, e a fazia dormir ao relento. Ela desabafa: “ele dizia que era para eu nunca mais esquecer... Isso deu certo no começo, porque depois nem ligava mais, rezava para Deus e dormia”.

A situação parecia não ter como piorar, “já era muito ruim”, quando aos 14 anos sua mãe resolveu pedir, novamente, sua guarda ao Conselho Tutelar, pois na época a mãe tinha montado junto com uma amiga um pequeno restaurante e morava no mesmo prédio do estabelecimento. Foi aí que Fernanda diz ter aprendido a trabalhar como garçoneite, atendendo as mesas, controlando pedidos de entrega de marmitas e muitas vezes auxiliando na cozinha. “Mas mesmo assim eu era moça e sentia inveja de quem podia ter as coisas que todo mundo quer: namorar, passear, andar com roupas melhores e não que nem uma roceira”. Sua vida resumia-se praticamente a trabalhar e ficar sozinha. Num sábado à noite, quando achava que a mãe estava dormindo, resolveu ir com uma colega para uma “discoteca do bairro”. Quando voltou, a mãe estava acordada e as duas discutiram muito, “com muita ofensa pessoal”. A mãe, aparentemente alcoolizada, entregou-lhe suas roupas e disse que ela “poderia ser puta, mas em outro lugar... até embaixo da ponte se quisesse”.

De novo se encontrava “solta no mundão” e a única opção que veio à sua cabeça naquele momento foi procurar pelo pai, que a contragosto da madrasta a recebeu novamente. “Aí a coisa piorou,

porque minha madrasta passou a me maltratar. Ela não me queria em casa. Ela me humilhava, escondia minhas coisas e várias vezes fazia eu me abaixar para ela estapear olhando no olho dela”. Fernanda chegou a contar isso ao pai, mas ele não se importava e insinuava que ela estava mentindo. “Mas um dia ele saiu para trabalhar e voltou de surpresa para casa, surpreendendo minha madrasta incitando o filho dela a me bater”. Então o pai ficou furioso a ponto de quase agredir os dois: “Foi aí que eu vi que ele gostava de mim de verdade”.

Fernanda começou a perceber que aquele acontecimento apenas piorara sua situação, pois com o tempo “tudo voltara ao normal”. Era hora de partir novamente.

Sabia que a mãe havia fechado o restaurante e se mudado para outra cidade, sem avisá-la. Então teve a ideia de procurar uma tia materna que morava em outra cidade para tentar descobrir o paradeiro da mãe, e de carona em carona chegou até esta tia. No entanto, a tia sabia apenas que a mãe se mudara para uma cidade de grande porte, fronteira com o Paraguai. Decidiu seguir viagem para se encontrar com a mãe, mas, como Fernanda declara, “conseguiu chegar com a ajuda de Deus, mas sem dinheiro algum e sem conhecer ninguém que conhecesse por lá”. Chegando à cidade para a qual sua mãe havia, supostamente, se mudado, Fernanda encontrou alguns garotos que vendiam balas no semáforo e lhes pediu “ajuda em alguma coisa... comida em primeiro lugar”. Os garotos lhe pagaram um lanche e vendo o seu estado de abandono ofereceram a ela estadia por alguns dias para dormir, e durante o dia saíam todos para vender doces na rua,

com a condição de que o dinheiro fosse entregue a mãe deles e esta lhe daria “uns trocados”.

Fernanda conta que a casa dos garotos era muito insalubre. Ficava em uma favela, era muito pequena e “todos [cinco pessoas] dormiam amontoados”. Para ela, o fato de ser comunicativa lhe ajudou a conseguir vender muitos doces, todos os dias, mas a falta de espaço na casa começou a incomodar a todos e ela percebia que a mãe dos garotos sempre dava muitas indiretas para que ela saísse, mas, “na falta de onde ir, se fazia de desentendida”. Um dia a mãe dos garotos lhe arrumou um trabalho de babá “em uma casa boa em que dormiria no emprego”. Esse “foi um período muito bom, porque eles me tratavam como se fosse da casa”, e sabendo de sua história mobilizaram diversos conhecidos “importantes” que descobriram que sua mãe era proprietária de um pequeno salão de beleza. Com o discurso resignado, Fernanda conta que chegou a tentar morar com a mãe e uma amiga desta, sócia do salão de beleza, mas em pouco tempo se desentenderam quando esta amiga a acusou “injustamente” de ter roubado dinheiro do caixa do salão de beleza.

Antes de prosseguir em seu relato, Fernanda faz uma pausa e enfatiza asseverando “que eu poderia nem acreditar nela, mas que até aquela idade ela era uma bobona que não tinha tido ainda a malícia de perceber que ninguém a queria e que não tinha maldade no coração”. Desabafa: “Pôs no mundo para quê, então?” Após chorar novamente, diz que “estava falando aquelas coisas pela primeira vez, mas não gostava de lembrar-se do passado porque o presente já era muito duro”. Mantive a postura de deixá-la continuar seu relato, mas ela

relutou, oscilando entre assuntos triviais como perguntar “se eu achava que ia chover” e “se eu trabalhava lá [CAPS] há muito tempo”. Fernanda me explica que tinha algumas coisas que não gostava de ficar comentando porque poderia prejudicar mais ainda sua vida, mas que comigo não estava com medo porque “se eu não ficara assustado até aquela hora, não ficaria mais”. Tranquilei-a dizendo que aquilo não era razão de susto ou curiosidade, mas justamente permitir que ela pudesse falar de si sem o medo de se prejudicar; como dissera, já que teria o sigilo garantido. Fernanda não sorriu, como eu esperava, apenas expirou e inspirou por duas vezes; E continuou.

Aos 16 anos conheceu um senhor em um bar que lhe propôs o emprego de camareira em um hotel no Paraguai. O salário era atraente e havia a possibilidade de em pouco tempo se tornar recepcionista. Assim, aos 16 anos mudou-se para lá. A partir daí Fernanda entende “que começou a ter que viver como gente grande”. Fora levada a um prostíbulo que ela, inocentemente, diz ter achado ser um hotel chique, “com nome estrangeiro, ‘*Sekis Abiu*’ [*Sex Appeal*]”. Também fora levada para outra cidade próxima, em uma boate do mesmo dono, mais “selecionada que a boate anterior”. O que aprendera com tudo isso? Fernanda diz que nessa época percebeu que perdera de vez qualquer falta de malícia que ainda lhe restara, pois “a vida na zona faz com que você fique cismada com todo mundo; é uma ilusão. Você ganha bem, mas acaba gastando o que tem e o que não tem”. Sobreviver ali era uma luta diária, pois havia uma cobrança para que se tivessem muitos clientes por noite e fazia parte da rotina trapacear. As trapaças às quais ela se referia eram induzir os clientes a consumir e pagar a ela

muitas bebidas alcoólicas – com a diferença que as bebidas servidas a ela eram apenas simulacros, isto é, refrigerantes ou sucos misturados à água com gás, mas vendidas com o preço de doses de uísque ou coquetéis. “Era como comer jiló. Você se esforça para não vomitar porque quem vai nesses lugares quase sempre são pessoas mais arruinadas que a gente. O pior é que os caras são tão bestas que acreditam quando você fala que são quentes, que têm aquilo [ri] grande”.

“Mas, Renato, você pode até duvidar de mim, mas eu passei por isso sempre meio careta.²⁶ Nesse ponto [drogas] eu fui sempre meio careta. Ninguém acredita, mas eu não ia ficar aqui com você, que eu sei que quer me ajudar, para falar mentira”.

Conta que essa fase acabou quando houve uma operação conjunta da polícia paraguaia com a brasileira para “resgatar” todos os menores que estavam sendo explorados no Paraguai. Aí a levaram de volta para a casa de sua mãe, que ainda morava em uma cidade fronteiriça com o Brasil, e contaram sobre todo o ocorrido... “Você deve saber, diferente das outras pessoas, que, apesar de a gente estar naquela situação e até ter a chance de fugir, é muito difícil sair do esquema. É diferente de quando você tem papaizinho para dar colo. Imagina que se eu saísse assim, do nada, era para ser *mendiga paraguaia*”. Com a volta para a casa da mãe, as coisas tornaram-se

²⁶ Pessoa que não consome drogas.

insustentáveis, pois agora “não era mais uma garota meio treze,²⁷ mas puta”.

Foi então, aos 16 anos, que conheceu um rapaz que se tornaria seu marido. Esse rapaz tinha grande envolvimento com o crime (roubos, assaltos e tráfico). Em pouco tempo foram morar juntos e Fernanda engravidou pela primeira vez. A gravidez foi percebida como uma coisa maravilhosa, pois o marido, apesar “da vida errada”, a tratava muito bem, sempre trazendo alguma comida diferente “para ela se fortificar”.

Fernanda faz uma pausa e olha para a janela certificando-se que ninguém poderia nos ouvir e muda totalmente a cadência e tonalidade de sua voz, mais parecendo com a menina de 16 anos revivendo aquele momento, que aos olhares externos geram críticas e repulsa, mas ao seu modo foi aparentemente um dos poucos momentos de amparo.

Já há algum tempo conversávamos e ela parecia muito mais à vontade: “Renato, vou te contar uma coisa que ninguém acredita, mas foi só nessa época que eu entrei para as drogas. E já comecei direto no *crack*. Ele fumava e eu exigi que ele me deixasse fumar. No começo ele não queria de jeito nenhum, mas de tanto que eu insisti, ele deixou”. Fernanda relata esse fato sorrindo. Explica, com a fala terna, que o marido preparou o cachimbo – Fernanda simula, usando minha caneta e um apontador de lápis, como seu companheiro fizera o cachimbo. “Quando eu fui experimentar, ele riu porque eu assoprava a caneta²⁸ no lugar de puxar. Ele falava que eu era ‘bobinha’ e dava risada, até que

27 Indica que uma pessoa é “louca”, no sentido de não ter limites em suas ações e comportamentos. Geralmente é referência aos que apresentam esses comportamentos sob o efeito de drogas.

28 Um dos nomes dado ao cachimbo usado para o consumo de *crack*.

ele me ensinou direito”. Aquilo que seria o maior de seus problemas, desde então, era relatado por Fernanda como um presente carinhoso do companheiro.

Aos 22 anos já estavam morando juntos e logo em seguida Fernanda engravidou novamente. Orgulha-se de ter passado toda a segunda gestação sem usar nenhum tipo de droga. Mas novamente outra “desgraça” acontece. Aos oito meses seu bebê falece; com orgulho, Fernanda diz ter se mantido sem drogas por um ano e meio, não sabe por que razão, mas “pensava no filho falecido sempre que a vontade de usar drogas chegava”.

Aos 25 anos teve a terceira gestação, mas, dessa vez, além de ter tido uma recaída e consumir drogas diariamente, teve novas tragédias para enfrentar. O marido fora assassinado num acerto de contas envolvendo pessoas ligadas ao tráfico de drogas e num dos procedimentos realizados durante o pré-natal descobrira ser portadora do HIV. Desesperou-se? Fernanda diz: “não consegui sentir aquela derrubada que as pessoas têm quando descobrem que estão contaminadas... mas o que deu mais raiva foi que depois de um tempo a irmã dele veio me falar que ele usava drogas na veia. Isso eu não percebi porque todo mundo que tá na pedra fica meio malhado”.²⁹

Questiono se eles não tinham tocado nesse assunto, nem se ela nunca percebera o companheiro usando aquele tipo de droga. Ela continua (risos): “É que nesse mundo as coisas não são assim como vocês, que são gente preparada, estão acostumados. A gente não fica assim sentada, conversando. A coisa é mais na doideira. Imagina eu

29 Manchas e lesões na pele e na boca.

que já sou meio doida usando trinta pedras por dia? Para você ter uma ideia, eu chegava a me esconder dentro do guarda-roupa de tanta noia, e ele achava engraçado”.

Fernanda, de maneira muito irônica e mesmo assim com um triste semblante, mas também de forma respeitosa, volta a se referir a esse episódio como o decurso natural da vida das “pessoas que levam uma vida assim” [...] “Você nem imagina como acaba sendo humilhante viver com uma sacolinha de mercado na mão e no fim de tarde ter que achar um lugar para passar a noite. Para mim não sobra quase nada. Apenas confio que vocês vão me ajudar a melhorar para algum dia eu voltar para casa”.

Após essa nova perda, provocada pela morte do marido, Fernanda novamente se vê obrigada a tomar uma decisão difícil: procurar pela mãe novamente. Nesse reencontro, Fernanda tem uma surpresa que ela define como “ter achado o pai de verdade”. A mãe casara-se novamente e seu padrasto – a quem ela chama de pai – a recebeu como se fosse sua própria filha. Cuidou para que ela fosse bem tratada no período da terceira gestação, e quando a filha tinha cerca de um ano e meio conseguiu que ela, Fernanda, se internasse por três meses em uma clínica de reabilitação. Para seu desespero, descobrira que a filha também era soropositiva.

O pai (padrasto) de Fernanda era comerciante e como os negócios não andavam bem resolveu mudar-se de cidade. Tentou a sorte em duas outras cidades do estado de São Paulo até se estabelecer nesta cidade. Até então Fernanda fazia uso “controlado” de drogas e voltou a morar com a mãe e com o pai que ela “adotara”.

Ajudava a família em um pequeno comércio de artigos vendidos a R\$1,99.

Tudo transcorria “normalmente” até que Fernanda voltou a fazer uso “pesado” de *crack* – cerca de trinta pedras ou mais por dia –, abandonando sua função de atendente no comércio da família e vivendo de pequenos “corres”.³⁰ Novamente necessitou ser internada, agora em um hospital psiquiátrico, por 96 dias, em virtude de seu estado de intoxicação e extrema debilidade física.

Quando recebeu alta, Fernanda ainda tentou morar com a mãe e exercer a função materna, mas em uma briga em que fora acusada *injustamente* de furtar um celular tomou o que seria “a pior e mais definitiva decisão de sua vida... abandonou a casa e foi morar na rua”.

Essa mudança, longe de ser apenas uma mudança física, foi o momento que Fernanda define como “entrar na selva de verdade e ver que não tinha importância para ninguém [...] a gente até pensa em se reerguer, mas aos lugares que a gente vai [referindo-se a serviços públicos], sempre vem com a história de que tem que ter a ajuda da família. Mas quem vai querer alguém que está nesse estado de vida? Só vocês mesmos [risos]”.

Procuro me solidarizar com Fernanda mostrando-lhe que há opções, inclusive legais – diante de seu estado de saúde – para que progressivamente possa planejar de forma realista sua vida, já que ela fala em ter novamente a guarda da filha, até então com a mãe. Digo-lhe de forma incisiva que é necessário que se submeta a um

30 Transporte de pequenas quantidades de droga para usuários que não frequentam os pontos de venda de drogas (biqueiras).

acompanhamento com um infectologista. Para isso, recorro à ajuda de uma profissional de enfermagem habituada aos trâmites necessários nesses casos.

“Parece mais fácil e eu me sinto mais forte quando estou com vocês, mas quando eu saio daqui tenho que viver outro mundo”. Refere-se a ter que toda noite procurar marquises ou construções abandonadas junto com um novo companheiro que conheceu na rua.

De forma ambígua, ela conta que “é feliz com este companheiro”, apesar de ele ser extremamente ciumento – inclusive em relação aos membros da equipe do CAPS; o que pôde ser percebido quando durante nossa encontro ele começou a gritar por Fernanda do pátio. Sobre isso, de modo natural Fernanda diz que o fato de conversar comigo, provavelmente, irá gerar brigas entre ela e o companheiro. Mas qual a explicação para que estivesse com ele há quatro meses? Responde: “A vida na rua tem outro esquema. Apesar de tudo, sem ele eu poderia sumir e ser abusada”.

O mais estarrecedor é que esse companheiro a proibiu de ser consultada por um infectologista, ameaçando matá-la. Obedecendo ao impulso do momento, garanti que enquanto ela estivesse sob nossos cuidados isso não ocorreria, pois não se tratava mais de uma “briga de casal”, mas de uma disfarçada condenação à morte, quer fosse pelo consumo das trinta pedras diárias de *crack*, quer fosse pela proibição de que ela optasse pela vida, já que há tratamentos que garantem longevidade para esses casos.

Fernanda, pela primeira vez, alegrou-se e pediu, exclamando quase que euforicamente, “se eu conversaria com ele e o faria

entender isso, porque achava que eu teria facilidade de conversar de um jeito diferente”. Nada pude lhe garantir sobre uma mudança na conduta de seu companheiro, apenas que ela teria ajuda para dali em diante pensar em como sobreviver e não apenas acompanhar passivamente seu corpo consumir-se aos poucos.

Fernanda para por um tempo, como que rememorando tudo aquilo, e diz “ficar nervosa quando começa a pensar nessas coisas”. Passa a tossir com muita intensidade, e então eu lhe ofereço um copo de água. Toma a água e me pergunta se eu não “tinha medo de pegar também?” – acredito que falara isso por ter tossido sem proteger a boca. Indago “se ela tinha informações de como se contrai AIDS, porque eu poderia orientá-la melhor sobre as formas de contágio, e sentencio: tosse não passa AIDS!”

Concluí com a explicação de que poderia ajudar, dentro de minhas possibilidades, a minorar algumas coisas incômodas mais imediatas, como a possibilidade de ela e seu namorado fazerem a higiene pessoal e lavagem de roupas no CAPS, iniciar o acompanhamento com o infectologista e a mobilização de nossa parte e de outros serviços sociais do município. Fernanda apenas se resigna e agradece. Demonstrando vontade em dar continuidade ao tratamento, e vislumbrando uma possibilidade de mudança, frequentou o CAPS em outras situações, até revelar que possivelmente estava grávida novamente. Retornou novamente ao CAPS, em outras ocasiões, entretanto, de forma esporádica.

Síntese compreensiva do atendimento de Fernanda

Fernanda retorna ao CAPS após um período de dois anos de abandono, mas declaradamente por uma razão diferente. Dessa vez, busca por uma ajuda social que anteriormente ela já sabia que não teríamos condições de oferecer. Portanto, coube-me naquele momento apontar que a ajuda possível seria no sentido de fortalecê-la para abandonar sua dependência química, apesar de essa não ser sua queixa inicial.

Dessa vez, procura o CAPS por exigência de um órgão da área de assistência social do município, o qual havia procurado buscando ajuda material, diante de sua condição de moradora de rua. Entretanto, este serviço, condicionou qualquer tipo de ajuda a uma avaliação feita pelo CAPS em relação às condições clínicas e psicológicas de Fernanda relacionadas ao consumo de drogas, o que gerara muita contrariedade de sua parte. Apesar de perceber essa contrariedade, os procedimentos de praxe foram realizados, inclusive este atendimento que objetivava uma *retriagem* a fim de avaliar sua condição atual. Apesar de inicialmente Fernanda ter questionado com certo descontentamento se “teria que falar sobre sua vida”, essa oportunidade de poder falar sobre si, aos poucos, parece ter sensibilizado Fernanda e facilitado o contato com sentimentos em relação a sua situação atual e a sua vida em geral como ao dizer “que poderia anotar o que ela dizia...” comparando sua vida com uma história permeada de acontecimentos dolorosos. Assim, a resistência

inicial de Fernanda a ser submetida ao procedimento de retorno ao CAPS foi se modificando, dando lugar a uma empenhada retomada por fatos e experiências vividas desde a infância. Da mesma forma, o contato entre nós foi se tornando mais natural, como no momento em que Fernanda conta que a madrasta a estapeava e a obrigava a olhar em seus olhos; como eu também a estava fitando nos olhos, acabamos rindo numa certa cumplicidade, tornando o clima mais ameno, afinal, estávamos repetindo a mesma atitude exigida pela madrasta, porém, com uma afetividade totalmente diferente daquela que narrara em relação a sua experiência anterior.

Suas reflexões acompanhadas de sentimentos pareciam aprofundar-se, na medida em que íamos nos aproximando mais e eu tentava demonstrar-lhe com gestos e expressões que a aceitava inteiramente. Revelou a certa altura que havia coisas que não contara para ninguém antes, mas que se “eu não tinha me assustado com nada até àquela hora” [em momento algum usamos a palavra assustado] poderia me contar tais fatos, ou “você pode até duvidar de mim...”, acredito que sabendo que eu não duvidara.

Fernanda finalizou nosso encontro expressando de maneira bastante efusiva sua confiança em minha capacidade de ajudá-la, tanto em relação a convencer o companheiro a permitir que ela pudesse ser cuidada pelos médicos como também ao afirmar que enquanto estava ali comigo os problemas pareciam mais fáceis de resolver e sentia-se mais forte. Compreendi que para ela ainda havia esperança na possibilidade de uma vida melhor.

OTÁVIO**Idade:** 59 anos**Profissão:** Soldador (aposentado)**Escolaridade:** Ensino médio técnico completo

O primeiro encontro com Otávio fora há dois anos. Ele, após um ano de frequência assídua a um Grupo Terapêutico, havia parado de frequentar o CAPS por vontade própria, pois relatara ter muita segurança de que sua dependência alcoólica “fosse coisa do passado” e sentia-se muito orgulhoso em encontrar com antigos “colegas de balcão” e conseguir rejeitar os convites para beber. Para Otávio, “poder participar de uma reunião social era um trunfo; ninguém mais fica de olho em mim, esperando o que eu possa aprontar”. Diante de sua decisão, havíamos conversado bastante sobre isso, estabelecendo uma espécie de “contrato” no qual criamos uma metáfora; O CAPS seria para ele como um “guarda-chuva”; Um guarda-chuva a gente usa quando está precisando, mas não precisa ficar com ele sempre aberto, chova ou faça sol.

Otávio estava bastante seguro na época, dizendo que encontrara uma estratégia para que esses “amigos” não insistissem muito para que ele voltasse a beber; sempre que era convidado para beber, dizia “que ainda estava se recuperando de uma ressaca e naquele dia tinha que se recompor”. Quanto a isso, o adverti e questionei as razões de ele estar mantendo uma imagem pública de *alcoolista*. Por que razão? Isso tinha que ser refletido com muita seriedade, pois ele continuaria a ser

publicamente aquele que consome, oferece e se relaciona com o álcool sem problema algum.

Retornara, naquele dia, para uma *retriagem*, em virtude de uma recaída muito pesada que tivera com o álcool, já há algumas semanas, sendo trazido por um dos filhos para que retomasse o tratamento. E assim, Otávio diz: “não conseguira assimilar esse golpe, sentindo-se como um assassino que mesmo depois de ter ficado preso por muitos anos, quando é colocado em liberdade, continua a cometer crimes”; Nesta ocasião fiquei feliz por ser eu quem estava no Plantão, podendo assim atendê-lo, pois, sempre julguei que tínhamos uma facilidade de comunicação e espontaneidade recíproca.

Esse novo encontro com Otávio demonstrava a olhos vistos que, realmente, tivera uma recaída muito pesada que o degradara fisicamente em muito pouco tempo. Apesar de sua condição quando chegara neste dia, nosso contato, foi de imediato, profícuo. Não há como deixar de lembrar que suas mãos estavam muito trêmulas e suadas, provocadas pelas quase dezoito horas em que ele afirmara não ter ingerido nenhuma bebida alcoólica, portanto, prestes a entrar em uma Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA).

Diante dessa possibilidade, informei-lhe, no início de nossa conversa, que logo que o médico chegasse à unidade ele teria que se submeter a uma avaliação clínica, a fim de evitarmos que ele tivesse os já conhecidos sintomas de abstinência. Otávio ainda conseguiu ironizar a situação, dizendo: “Então, você tem que ser rápido nisso (*retriagem*), senão daqui a pouco ninguém mais me segura *batendo pandeiro* [tremores]”.

O fato de, naquele dia, em que Otávio retornara ao CAPS, fosse eu quem estivesse responsável pelo plantão, pareceu deixá-lo mais desenvolvido, pois durante seu tratamento anterior tivemos uma saudável troca afetiva que na sua avaliação, ele “achava até divertido”, porque eu “muitas vezes tinha uma tirada, sendo até engraçadas algumas situações” que ele considerava como sendo críticas.

Suas queixas sempre traziam algum elemento relacionado à família e eu, invariavelmente, conseguia fazê-lo refletir após algum chiste relacionado à sua forma de se queixar. Eram chistes pertinentes, mas não cerceadores de suas próprias palavras. Ele sempre falava que se sentia muito à vontade por podermos conversar sobre diversos assuntos. Naquela época, Otávio participava assiduamente do encontro em um grupo terapêutico que acontecia às sextas-feiras, mas sempre depois das atividades que ele já participava no CAPS. Nessas ocasiões permanecia por mais algum tempo no CAPS para conversarmos sobre vários assuntos.

Em uma dessas ocasiões, Otávio perguntara-me “se eu gostava de pescar”, ao que respondi que “gostava, mas principalmente de ficar vendo”, por causa das paisagens, para observar a natureza e tirar muitas fotos; depois disto, Otávio passou a mandar endereçado a mim, para o email institucional do CAPS, várias fotos de viagens que frequentemente costumava fazer para vários estados brasileiros, segurando peixes que pescara e, sempre, demonstrando grande alegria, o que eu julgava serem para ele momentos muito importantes em sua vida.

Otávio tinha um interesse bastante grande por essas atividades de lazer, as quais ele conseguia discriminar com bastante lucidez das idas frequentes e diárias ao bar, sabendo que as idas ao bar eram prazerosas, mas sempre teriam algum resultado negativo como uma briga doméstica, gastos desnecessários, etc.

De qualquer maneira, durante esse reencontro, Otávio estava bastante apreensivo e dizendo-se envergonhado. Diferente do que é habitual no CAPS, os filhos de Otávio demonstravam uma grande preocupação com sua recuperação e com a possibilidade de que ele adoecesse ou voltasse ao consumo exacerbado de álcool. Anteriormente, Otávio havia detectado problemas hepáticos dos quais se reabilitara de forma muito positiva após cessar o consumo de álcool.

Dessa vez, Otávio pede para entrar na sala reservada para esse fim sozinho, sem a presença do filho, o que me obrigou a ampará-lo, segurando-o pelo braço até a sala; percebi que já não estava com o mesmo asseio que sempre mantivera, indicando que havia descuidado de cuidados consigo.

Conta, com a velocidade e o compasso que sua voz permitia que estava “em pânico”, pois tivera há cerca de dois dias convulsões que chegaram a provocar o descontrole dos esfíncteres: “É humilhante perceber que a gente virou bêbado e se degradou assim, mas eu nunca fui derrotista e acho que a gente vai achar uma solução”. Naquele momento, expõe fatos relativos a seu passado que não fizera anteriormente no grupo que participara. Conta que a primeira vez que procurou ajuda no CAPS fora por insistência da família, que o trouxera, principalmente pelos filhos; Acrescenta que “pensando bem, eles

fizeram isso por amor ao pai, pois naquela época estava se destruindo”. “Sabe, Renato, eu sempre tive o pé atrás com essas coisas. Não sei se eu te contei, mas em 2005 eu cheguei a ser internado no Sanatório Bezerra de Menezes (internação custeada pela empresa que trabalhava) e as coisas que eu me lembro de lá me dão pesadelo. Todo mundo fica misturado. Tanto as pessoas que têm problema de bebida quanto aqueles pacientes que não têm nem mais consciência do lugar em que estão. Você acredita que eles ficam catando bitucas do chão para fumar? Eu também fui a algumas reuniões dos Alcoólicos Anônimos, mas não consegui aproveitar nada. Achava muito repetitivo e as pessoas só falam das coisas negativas que aconteceram com elas e nunca das positivas que vieram depois que começaram a frequentar a *sala*; mas para hospital que nem aquele eu não volto de jeito nenhum e você pode até falar para o médico.” Respondo que ninguém queria castigá-lo pela sua recaída e que só seriam tomadas as medidas estritamente necessárias para preservar sua saúde; naquele momento, sem uma avaliação mais minuciosa, tudo que eu dissesse aquele respeito seria mentira ou só para agradá-lo e, isso eu não queria fazer.

Entretanto, reiterarei que qualquer dúvida que ele tivesse a respeito do tratamento e de possibilidades de ajuda eu poderia responder, caso soubesse.

Otávio tinha 59 anos, uma situação financeira bastante estável e contava com o apoio irrestrito de sua esposa e dos filhos. O filho que o acompanhara ao CAPS estava visivelmente abalado com tudo que acontecera e permaneceu o tempo todo ao lado do pai até que eu o

atendesse. Como a situação precisava de uma direção rápida, disse a Otávio: “Confie e não se acanhe em falar tudo que estiver precisando ou te incomodando. Aqui não é lugar de vergonha, pois agora você deve parar de se chamar de bêbado. Você é um dependente que pode começar a reverter tudo isso”; Enfatizei a contraposição entre bêbado e dependente. Essa direção sugerida para Otávio pareceu provocar-lhe, de imediato, uma reação positiva, ao levá-lo a se imaginar novamente em um tratamento e não diante de um julgamento moral.

Ao contrário de outras vezes em que o atendera, Otávio estava muito assustado com aquela situação. Contou fatos passados dos quais eu já tinha conhecimento em seus atendimentos anteriores. Esses relatos sinalizavam para uma tentativa de aplacar sua insegurança e medo diante da situação. Novamente relatou que começou a usar bebidas alcoólicas aos 14 anos, com amigos, mas “nem lhe passara pela cabeça que um dia pudesse tornar-se viciado”. Naquela época, começou a beber como uma forma de “divertimento” e para ficar mais desinibido quando ia a festas ou a lugares que frequentava para paquerar. Entretanto, segundo Otávio, isso perdeu o sentido, pois passou a beber em ocasiões que nada tinham de festivas. Em suas palavras, “passou a beber porque achava gostoso mesmo”. E esse consumo passou a ser cada vez mais frequente.

Recorda-se de que, quando morava em outra cidade, era comum os trabalhadores da indústria metalúrgica em que trabalhou, frequentarem “barraquinhas” em frente à fábrica, que vendiam apenas bebidas destiladas e vez ou outra algo para comer. Dessa maneira, Otávio diz que nunca via como dependência o fato de consumir álcool

todos os dias, afinal “tinha na cabeça que aquilo era até um direito de quem trabalhava todo dia, embora tenha presenciado muitos colegas de trabalho acabarem doentes”. Ou seja, o fato de usar álcool era a gratificação por um dia de trabalho. Expus-lhe a questão de outra maneira, indicando que a situação impiedosa que relatara sobre seu trabalho naquela época, alheia às condições trabalhistas mínimas, poderia induzir os trabalhadores a buscarem algum refúgio no uso do álcool. Isso falado de maneira simples e sem grandes pretensões diante de sua situação mental inequivocamente confusa, no sentido de conseguir discriminar e distinguir detalhes daquela nova situação.

Questionando-me, eu me perguntava quando ou o que acontecera para que ele percebesse que estava tendo problemas relacionados ao álcool; uma pergunta que fora dirigida para Otávio objetivando uma reflexão de sua parte.

Otávio passa então a falar de problemas físicos mais aparentes e concretos, sem a introspecção que, acreditei, ou ao menos, gostaria de presenciar. Conta que da última vez que se tratou no CAPS “saiu do tratamento” cheio de planos; começou a fazer caminhada diária, mas logo percebera que tinha uma “fraqueza” nas pernas que não notara antes, além de uma falta de memória muito grande. Apesar disso, sempre atribuiu esses *déficits* de memória à sua idade e por “não ter nunca necessitado exercitar muito o cérebro no seu serviço”. Recordasse que na primeira vez que procurara ajuda, tivera uma “convulsão pequena” na véspera. Lembrei-me de um episódio sobre o qual havíamos conversado anteriormente no qual, Otávio, em uma viagem, chegou a pagar por uma consulta médica particular para “conseguir

uma receita” de um medicamento [benzodiazepínico] que era prescrito pelo médico do CAPS; Na ocasião, ele resolvera obter uma quantidade extra bem maior que a prescrita pelo médico do CAPS. Contei-lhe sobre essa lembrança e informei-lhe que o abuso daquele tipo de medicação poderia, ao longo do tempo, causar-lhe prejuízo à memória. Otávio nada responde, permanecendo por um tempo totalmente calado ou, intuindo acertadamente, que sua ausência às reuniões no CAPS pudesse ser atribuída, entre outros fatores, a automedicação.

Porém, agora reconhece que as coisas estavam diferentes. Conta de maneira bastante emotiva que, desde sua aposentadoria, há alguns anos, sentia-se solitário, vislumbrando poucas oportunidades para “preencher seu tempo”. Reforça que é um pai querido pelos filhos, que o reconhecem como uma pessoa que sempre zelou por eles, apesar de seu consumo de álcool. Esse fato lhe traz bastante ambiguidade, afirmando que “ninguém sabe, mas que se arrependia muito de ter perdido muitos momentos marcantes da vida de qualquer homem, como as festas de aniversário dos filhos, algumas viagens juntos, a primeira comunhão do filho mais velho, por estar sempre alterado (alcoolizado) nesses momentos”. De forma clara, entende que havia perdido esses momentos e sentencia: “Só quando a gente fica sem beber um tempo como eu fiquei é que a gente tem noção das besteiras que fez; e essas coisas não têm como a gente remediar nem achar que o tempo vai fazer as pessoas esquecerem. Sempre que a gente fizer um negócio mal feito, ou tiver estranho ou chateado, todo mundo já acende a luz vermelha. Nesses tempos, anteriores a sua recaída, cheguei a fazer churrascos em casa e vi como a pessoa quando fica bêbada faz e fala

muita besteira. Em mim, dava um nó na garganta quando eu via um ou outro parente que começava a aprontar (alcoolizar-se), porque eu já sabia que alguma coisa ia sair mal”.

Se em sua primeira *entrada* no CAPS, em 2009, tivesse como motivação os apelos familiares, dessa vez Otávio transparecia decepção por não ter conseguido manter-se abstinido; com isso pareceu reviver com extraordinária vivacidade seu passado, com muito destaque ao referir-se como *bêbado*, adjetivação que em seu primeiro acompanhamento no CAPS não ocorrera. Impressionava a maneira com que pareceu identificar-se com outros pacientes que, embora vivessem situações de vida muito diferentes, padeciam da mesma dependência. Ao menos esse era o seu semblante e comentários, como que se contendo para não chorar.

Otávio, claramente confuso, tentava de uma maneira rigorosa desculpar-se comigo, elogiando o atendimento que havia recebido e eximindo-me de qualquer responsabilidade que eu pudesse me imputar em relação à sua recaída. Imediatamente esclareço que não se tratava de uma avaliação moral sua ou em relação ao tipo de tratamento já realizado, mas de uma possibilidade real que sempre discutíamos anteriormente: recaídas em casos de tratamentos relacionados à dependência alcoólica. Recordei que já dissera, em outra ocasião, que as atuações dos profissionais também podem incorrer em decisões inadequadas, porque não se pode sempre prever qual a melhor conduta; afinal, nos relacionamos com situações da vida cotidiana da instituição, onde nos deparamos, como ele, com imprevistos e nem sempre temos as atitudes ou respostas adequadas para todos eles.

Este posicionamento de minha parte parece tê-lo reconfortado naquele momento.

Entretanto, mesmo naquele instante em que seu estado físico possivelmente fosse de muito desconforto, continuei a ouvi-lo sem interferências. Ele retoma suas recordações intitulado-se como uma “pessoa ingênua e teimosa” por ter pensado numa estratégia de tratamento equivocada e achando que “por ter ficado dois anos sem beber já poderia se considerar uma pessoa normal... Olha aqui o resultado de toda minha esperteza”. Diz que, “pensando bem, acreditava ter abandonado o tratamento como uma maneira de testar-se”; Em outras palavras, continuar com a rotina de frequentar bares, sem consumir álcool, e com a intenção de rever os amigos. “Como fui ignorante porque, quando eu caí de novo, percebi que não tive nenhuma destas pessoas me aconselhando ou incentivando. Pelo contrário, eles me ofereciam mais bebida ainda, porque sabiam que eu tinha condições de pagar. Gostaria que você, que é psicólogo e entende mais dessas coisas, explicasse por que aconteceu tão de repente”.

O afligia também ter comprado uma chácara numa cidade interiorana do estado de São Paulo, um lugar muito distante e desvalorizado. Otávio comprara tal imóvel em um momento de embriaguês e isso estava sendo a razão, nas últimas semanas, de brigas constantes entre ele e a esposa.

Sua exposição dos acontecimentos transcorridos até aquele momento era claramente narrada de maneira ansiosa e exaustiva, o que era perfeitamente justificado pela especificidade da situação.

Contudo, o momento não remetia a uma vitimização de sua parte, mas a um momento de questionamento profundo em que Otávio queria de minha parte respostas ou simplesmente conforto e esperança de aquela situação era mesmo uma possibilidade que já havíamos discutido. Nas entrelinhas, eu sentia que se culpava ao mesmo tempo em que dizia não saber como assumir diversos aspectos de sua vida ao mesmo tempo: ser bom pai, não ter preocupações financeiras, sempre exteriorizar os momentos agradáveis que a família lhe proporcionava e o prazer que sentia em usar álcool em grande quantidade. Esses fatos geravam tanta ambiguidade que nesse momento Otávio me confessou com uma linguagem que não era a que usava comumente: “Sabe, Renato, dá vergonha de confessar, pela confiança que eu tenho em você. Eu gostaria de conciliar a família que eu tenho com a cachaça; assim como quem tira umas férias. É muito bom ficar fora do ar. Não tenho como ser sincero sem dizer que gosto de *umas e outras*”.

Sinceramente, essa nova postura me surpreendeu e minha resposta me pareceu estereotipada: “Entendo, mas você também deve ter percebido que isso não deu certo em outras vezes”. E depois continuo: “Agora não é o momento adequado para esse tipo de comparação, afinal, você mesmo está confuso, mas vamos falar sobre isso depois”.

Após esse encontro, Otávio retornou ao CAPS para consultas psiquiátricas, sem dispor-se a retomar o processo psicoterapêutico anterior. Nessas, periódicas consultas psiquiátricas, Otávio me procurou para conversas informais, que sempre que possível temos na parte externa do CAPS.

Recentemente, passei apressadamente pelo corredor do CAPS, já na hora de ir embora quando ouvi: “Não conhece mais os amigos?”. Era Otávio usando um chapéu que eu não vira antes e não o havia reconhecido. Fez-me um sinal de positivo e disse: “Estou em dívida de mandar umas fotos”.

Síntese compreensiva do atendimento de Otávio

“Sabe, Renato, dá vergonha de confessar, pela confiança que eu tenho em você (...)”.

Essa frase final no nosso encontro, um dia tão tenso, provocado pelo retorno involuntário de Otávio, me fez pensar por várias horas que ele a havia pronunciado em tom de sentença, quase que afirmando que sua relação com o álcool continuaria.

Entretanto, num lampejo imaginei o que realmente eu poderia entender por confiança e o medo de confessar sua relação prazerosa e verdadeira com o álcool. Talvez, isso tenha me deixado mais tranquilo num certo sentido, contradizendo sentimentos mais imediatos de desconfiança diante da sua “deslealdade” ou mesmo de descrédito quanto a minha competência profissional.

Entendo que Otávio, por sua vez, apenas arremata com essa reflexão final sua preocupação com um possível ressentimento de minha parte que pode se igualar a sua preocupação com a necessidade de cuidados médicos naquele momento. Compreendi que ao falar de confiança, Otávio referia-se ao que entendia por uma imagem que eu teria de perda de crédito quanto a sua disponibilidade ao tratamento e a minha disponibilidade em atendê-lo em horários não agendados e até mesmo após meu horário de saída. Confiança, então, se referia a uma segurança mais íntima, ao crédito e fé que depositava nele e vice-versa, chegando a um relacionamento para além dos ritos institucionais que permitiram a ele compartilhar suas pescarias, das quais também

sou um adepto amador; “Confessar”, possivelmente era a sua maneira de reconhecer a verdade de que gostava de *tomar umas e outras*, dado que, tal “confissão” significava também admitir a si, a mim e a família que durante todos aqueles anos de abstinência estava sempre pondo em xeque sua vontade de continuar sua vida com os colegas de bar, embora mantivesse a imagem de alguém se curando de uma ressaca.

No momento em que estava vulnerável e indefeso, no leito aguardando a chegada do médico, que me revelou o temor de ser, novamente internado em um hospital psiquiátrico. Essa possibilidade parece tê-lo colocado em contato com outra realidade a partir do momento em que tece muitos elogios ao CAPS – na forma de expiação – numa tentativa de depreciar-se ou fazer brincadeiras a respeito de seus tremores que notara tornarem-se progressivamente mais intensos [“tocar pandeiro”].

Otávio, ao menos pelo silêncio e olhar pensativo, estava irremediavelmente ciente da gravidade de sua dependência, reconhecendo-a em toda a sua extensão. Compartilhar daquele momento com ele fez-me refletir sobre a dificuldade que se apresenta a nós, profissionais, numa luta desigual em relação ao poder da dependência a despeito de todos os esforços e da boa vontade do usuário. Ainda assim eu torcia por ele...

Richard**Idade:** 26 anos**Profissão:** Operador de máquina retro escavadeira**Escolaridade:** Ensino médio completo

Richard procurou o CAPS dizendo, ao chegar, estar ali por exigência da empresa na qual trabalhava, como uma condição para não ser demitido, pois a política da empresa era “sempre dar uma chance aos seus funcionários”. Até ser atendido, indiferente ao fato de estar num serviço especializado, demonstrava ansiedade e impaciência pela demora em ser atendido, apesar de estar no CAPS há pouco tempo.

Aparentava muito mais idade do que seus vinte e seis anos; trazia várias manchas na pele e cicatrizes nas mãos. Usava um macacão azul, bastante sujo de terra, evidenciando o tipo de atividade que exercia. Estendi a mão para cumprimentá-lo antes de entrarmos na sala de atendimento, mas Richard estende o antebraço dizendo que estava com as mãos muito sujas de terra. Contou que trabalhava na construção civil e que “ficava muito em contato com terra, graxa e barulheira o dia todo; coisa de orelha seca mesmo”.³¹

Para minha surpresa, disse que estava ansioso para poder conversar com alguém [embora a primeira impressão tenha sido seu aparente descontentamento em estar ali]. Disse-me que estava quieto lendo, mas esse não era seu jeito... Era até desinibido. Como em outras situações rotineiras, abandonei temporariamente as

31 Nome dado aos trabalhadores de empreiteiras ligadas a construção civil.

formalidades impostas pelos itens a serem preenchidos no prontuário de triagem e pedi que contasse a razão de estar ali. Imediatamente a resposta foi “por causa das drogas”. Digo-lhe que aquele serviço tratava mesmo desses casos e que as pessoas que o procuravam tinham algo em comum, nem que fosse apenas o tipo de droga que consumiam; aproveitei o momento para esclarecer-lhe acerca do sigilo, buscando tranquilizá-lo. Enfatizei que o fato de estar ali por indicação da empresa não alteraria a questão do sigilo, ainda que seus empregadores viessem a solicitar informações a seu respeito. Da mesma forma, expliquei que não tentasse adaptar sua forma de falar para conversar comigo – como havia notado inicialmente. Sugeri que ele fosse espontâneo em seu modo de comunicar-se, não precisando preocupar-se com formalidades ou em censurar-se para tentar agradar-me, pois estava realmente interessado em ajudá-lo.

Sem planejar, perguntei que ideia ele tinha, como imaginava, que fosse um tratamento para dependência química. Richard disse que, “de ouvir falar”, ele “tomaria alguns remédios para *tirar a vontade* e teria de ir ao serviço, uma vez por semana para conversar”. Expliquei-lhe que realmente existiam medicações que ajudavam a tratar alguns sintomas desagradáveis, como ansiedade e insônia, entretanto, estes não o “curariam”, ao menos, não da maneira que ele imaginava. Acrescento: “O remédio pode te ajudar em algumas coisas como a ansiedade, insônia, mas não existe fórmula mágica, nem mesmo internação que apague sua vontade e lembranças ‘boas’ que você tenha da época e das situações em que estava usando drogas”. Richard quase que imediatamente explica que até chegou a pensar em internar-se, assim

acabaria com o problema de uma vez, mas ficou sabendo que até nas clínicas há pessoas que conseguem entrar com bebidas e drogas. Sentindo-me à vontade com ele, respondi-lhe com uma anedota: “É isso mesmo Richard, você compreende bem essa situação; se muros resolvessem o problema da pessoa não querer mais usar drogas a prisão seria ‘o lugar perfeito’ porque lá muros não faltam, mas todo mundo sabe que é o contrário do que acontece”. Richard ri muito com essa colocação.

Quanto à ida semanal ao CAPS, procurei explicar que se tratava realmente de uma conversa, mas com um objetivo... Possibilitar o aprofundamento dessa conversa em muitos aspectos de sua vida em relação aos quais ele provavelmente não se sentiria à vontade para conversar com outras pessoas. Continuei explicando que a terapia, a que ele se referia como uma conversa, também não traria resultados mágicos, ou seja, sua participação era muito importante para que o tratamento ocorresse de mãos dadas com o profissional, reforçando que não haveria qualquer solução se ele não estivesse de acordo ou disposto a participar do tratamento.

Logo em seguida e de forma bastante direta, como quem recebe informações didáticas, Richard diz que se sentia um irresponsável, pois deveria gastar o dinheiro de seu pagamento para melhorar a situação e o conforto de sua família e, nunca comprando drogas; sentia-se angustiado ao pensar que deixou faltar comida em casa para comprar drogas. No entanto, ao falar sobre sua família, passava a sensação de indiferença ou de algo que para mim pareceu fugidio, com uma afetividade pouco exposta. Argumento que não pretendia tratá-lo não

como um “irresponsável”, mas como alguém que reconhece ser dependente químico e procurou por ajuda, mesmo que essa demanda tenha partido da empresa em que trabalhava, pois caso não reconhecesse os prejuízos de tal situação, certamente já teria pensado em alguma atitude para burlar essa exigência. Ele completou, “ainda mais quem é usuário; que são todos craques em sacanear e mentir para as pessoas”. Rebati que cedo ou tarde, pouco importava, mas era ele quem procurara essa ajuda no momento certo, afinal, quanto conselho já recebera antes e, possivelmente, não se importara? Enfatizei que aquele tipo de julgamento que fazia sobre si mesmo não ajudaria muito no progresso de seu tratamento, pois qualquer proposta que fizéssemos, e que porventura não conseguisse cumprir totalmente, seria vista por ele como uma atitude “irresponsável” e fora do seu controle. Richard sorri e fala “que era isso que precisava ouvir”, assim, “quem sabe ‘um *chacoalhão*’ o fizesse pensar melhor sobre tudo que estava acontecendo, e não ficar se desculpando, alegando que sofria de uma doença que o fazia perder a consciência e só pensar em usar isso ou aquilo”.

Faço a seguinte colocação: “Então, Richard, acho que podemos começar a falar um pouco mais de sua história, porque sua dependência química tem uma história, não surgiu de forma mágica, mesmo que você tentasse, até hoje, se tranquilizar usando essa justificativa de ser craque nas mentiras, que você mesmo acabou de reconhecer”. Continuo: “Não o estou impedindo de usar esse argumento, e estamos aqui a sós, sigilosamente, e não temos ninguém que testemunhe contra você em relação aos fatos... menos ainda sobre

o que você está passando, mas podemos tentar pensar um pouco, além disso, porque essa forma de ver as coisas parece que cria um muro que não nos deixa pensar um pouco além dessa explicação: a tal habilidade em se esquivar de acusações e ter uma resposta pronta para qualquer situação que envolva uma crítica ao uso de drogas”.

Richard ri e concorda dizendo que não costumava ficar falando sobre isso com qualquer um, pois as pessoas já têm “na ponta da língua as palavras ‘falta de força de vontade’, ‘sem-vergonhice’ e ‘falta de vontade de trabalhar’. Você sabe que não é isso, né?” Preferi calar-me a essa colocação, e após um “então, vamos lá...” A esta altura, Richard parece tão descontraído que chego a pensar que está se divertindo com toda aquela conversa e se afastando do problema que o trouxe até ali.

Ao contrário da grande maioria dos usuários que procura pelo serviço e tende a detalhar sua situação de forma cronológica crescente, Richard principia sua história – dubiamente com certo orgulho – dizendo que nunca foi de “pagar pau”.³² Dessa maneira, aos 13 anos, experimentou cocaína inalada pela primeira vez com alguns conhecidos mais velhos, de rua, enquanto outros amigos recusavam. “Mas nunca cheguei perto de pedra porque mesmo sendo ‘louco’³³ eu ‘tenho consciência’ e não quero ficar que nem esses *noias* ciscando”.³⁴

E qual a consequência disso? – questiono.

“Na hora foi ótimo”. Continua dizendo que “desde que se conhece por gente foi uma pessoa muito tímida. daquelas que fazem de tudo

32 Recusar a submeter-se ou fazer algo considerado de risco ou ilegal.

33 Usuário de drogas.

34 Ato de ficar próximo aos locais de consumo de *crack*, procurando no chão resquícios da substância que já fora consumida e descartada por outros usuários.

para não ficar sendo o centro das atenções, mas quando descobriu o ‘raio³⁵’ sua cabeça mudou. Até para trabalhar era diferente” – nessa época trabalhava como *office boy*.

Após uma pausa, diz “que não foi só isso ‘de bom’, mas me contaria depois”. Explica que as coisas que aconteceram com ele “não eram tão simples assim”. Diz saber que não pode contar com seus pais, por ter certeza que eles nunca tiveram muita preocupação de “correr atrás” para saber o que acontecia com ele. “Você acha que pai e mãe não percebem que o filho está alterado?” Completa seu raciocínio esclarecendo que toda sua família é “assim, esquisita”. Os irmãos não se conversam e o pai, mesmo trabalhando com ele na mesma construtora, pouco lhe procura para conversar, limitando-se a cumprimentos formais de bom-dia, boa-tarde... “É por isso, Renato, que eu decidi que agora eu vou jogar todas as fichas na minha família, assim quem sabe eu consigo outra chance de mudar de vida e parar com essas atrapalhadas que eu sempre gostei de me meter”.

Richard parece lembrar-se de algo importante. Relembra que com a idade de 13 anos parou de frequentar a escola regularmente, permanecendo durante o período de aula em um bar próximo da escola, conversando com pessoas que eram frequentadoras habituais do bar, nem tanto para consumir álcool, mas para ter colegas, tanto adultos como meninos e meninas que gostavam de ficar conversando com ele, no bar, e jogando fliperama.

Com satisfação – parecendo esquecer as consequências negativas que relatara até então – conta que foi convidado aos 16 anos

35 Cocaína disposta em fileiras para ser inalada.

para administrar uma “biqueira”,³⁶ já que foi considerado uma pessoa “de reponsa”.³⁷ Administrava o ponto de venda de drogas à noite e durante o dia ainda conseguia trabalhar como *office boy*, “mais para fazer um H”.³⁸

Richard é explícito ao afirmar que nessa época sentia muito orgulho de si mesmo e do que fazia, e que “do nada” começou a ter uma autoestima muito elevada. Quanto a isso, associa sua autoestima ao fato de ter a proteção de traficantes, contato com armas e, principalmente, vestir-se melhor e ser assediado por inúmeras garotas; “coisa que nunca sonhou”.

Mas todo suposto ganho teve seu preço. Em 2004, aos 19 anos, fora pego com uma quantidade de drogas que o levou à prisão por oito meses, sendo posteriormente colocado em “liberdade condicional”. Entretanto, após um período de “sossego”,³⁹ começou a fazer apenas o transporte da droga com sua motocicleta; relata que após a prisão passou a sentir-se uma pessoa muito importante, até mais do que antes, pois a prisão aumentou seu prestígio como sendo uma pessoa confiável, não delatora.

Quando Richard conheceu sua esposa, percebeu estar envolvido numa situação mais complexa ainda. Passou por momentos de grande angústia, já que a esposa soube de seu envolvimento com drogas e prisão depois que eles já estavam namorando há alguns meses. Assim, passou por um período de “amargura”, imaginando que a esposa também pudesse se envolver com drogas, em razão de sua proximidade

36 Ponto de venda de drogas.

37 Confiável.

38 Disfarce.

39 Afastamento de situações criminosas.

com elas, pois, involuntariamente, isso acabava ocorrendo em virtude de Richard estar sempre portando entorpecentes. Sentiu-se na obrigação de abandonar as drogas “por causa do amor que sentia pela esposa”. Entretanto, era sua atividade ilícita que o mantinha confiante e com a autoestima elevada.

Após algum período de sofrimento e reflexões, chegou à conclusão de que passara praticamente metade de sua vida envolvido em ações criminosas. Também diz ter aumentado sua consciência de que as drogas “não eram aquilo tudo”, quando num momento de muita fissura vendeu sua moto, financiada, “a preço de banana”, e teve que continuar a pagar o seu financiamento. Na tentativa de abandonar as drogas, chegou a frequentar uma sala de NA (narcóticos anônimos), mas não conseguiu permanecer em virtude de sua timidez e acabar encontrando muito conhecidos, ex-usuários para quem já vendera drogas, lá. Ironicamente afirma “que essa história de misturar amizade com negócios nunca dá certo”.

Expliquei-lhe, sim, que aquele momento carecia de atitudes de ordem prática – que era possível que ele tivesse emoções que precisariam ser resolvidas por ele mesmo, sem o “apoio” das drogas. Entretanto, “resolver por si mesmo” não significava resolver sem ajuda ou apoio. Deveria refletir sobre quais redes de apoio seriam melhores naquele instante: apenas o CAPS, a esposa ou o que eu acreditava como o mais importante, um grande envolvimento seu e da esposa juntos. Após um silêncio volta a reafirmar seu desejo de afastar-se das drogas: “Mas você pode ver, Renato, que tentar dar um passo, eu já fiz. Mesmo que na firma tenham me exigido isso eu penso pelo lado

positivo; eu poderia nem estar trabalhando e recebendo um ordenado; poderia estar no corre⁴⁰ até hoje”.

Richard saiu do atendimento bastante reflexivo e aparentemente disposto a retornar. Entretanto, conforme informado por ele e por seu superior fora transferido para uma área em que necessitaria fazer muitas viagens já que a empreiteira conseguira um contrato em outras cidades, comprometendo sua assiduidade aos atendimentos. Coloquei-me à disposição, mesmo que para algum atendimento, orientação eventual e até mesmo, caso ele se mudasse de cidade, conseguir as referências – como endereço e telefone – do serviço de saúde da cidade em que estivesse.

Infelizmente, não ocorreu um retorno ou posterior contato por parte de Richard.

40 Tráfico e outras atividades ilícitas, como pequenos furtos.

Síntese compreensiva do atendimento de Richard

Embora, num primeiro momento, a vinda de Richard ao CAPS tenha se dado como uma exigência da empresa em que trabalhava, ele não parecia aborrecido ou se sentindo pressionado por causa dessa situação. Por sua vez, essa sensação de “intromissão” por parte da empresa não era uma coisa tão oposta a suas próprias decisões, afinal, recentemente, procurara frequentar uma sala de NA, não se adaptando por conhecer muitas pessoas lá; pessoas que estavam lá por causa da dependência química e que ele conhecia por lhes ter vendido droga.

Apesar da tentativa de Richard de afastar-se das drogas, essa interrupção parece relacionada muito mais a prejuízos financeiros sofridos e a gastos feitos impulsivamente, como gastar seu salário ao ponto de faltar dinheiro para suprir as necessidades da casa ou vender uma motocicleta a um preço muito abaixo do valor, num momento de “inconsciência” por causa do seu estado alterado. Entretanto, Richard deixa de forma marcante uma impressão ambígua – apesar de todo seu relato – quanto aos prejuízos e ganhos ao usar drogas [cocaína]; como se ao final do relato fosse arrematar com uma reflexão de que “*o crime compensa*”. Isso em razão de Richard conseguir “explicar” de forma clara que o uso e envolvimento com a venda de drogas foram um remédio quase mágico para ter uma boa autoestima e conseguir o assédio de garotas e rapazes que, aparentemente, admiravam sua atividade e ousadia. Ainda, é com uma perspectiva semelhante que Richard idealiza seu tratamento: coisas mágicas como remédios que

“tirem a vontade” ou “conversar com alguém que irá lhe inculcar a falta de necessidade das drogas”; quando esta expectativa é desfeita de maneira claramente verbalizada por mim, Richard não se angustia; apenas aceita. Tampouco parece assustar-se com o funcionamento de indiferença dos membros de sua família desde sua infância, resignando-se com essa situação, a ponto de contar com certa indiferença esse modo de funcionar.

Ainda resta a Richard um certo receio de evoluir para o consumo de *crack*, pois tem consciência do risco que estaria correndo se o fizesse. Esse parece ser o motivo maior que o inspirou a buscar por ajuda no CAPS. Além de não querer perder o prestígio de ser um cara que só se envolve com drogas consideradas por ele e sua turma como mais nobres.

OSVALDO**Idade:** 54 anos**Profissão:** Técnico em eletrônica**Escolaridade:** Ensino básico completo

Em mais um dia de atendimento no CAPS, confesso não ter reparado em Osvaldo até que o movimento diminuísse e conseqüentemente menos pessoas se concentrassem no pátio, sob o beiral do telhado, na tentativa de se esconder do sol intenso e incômodo. Osvaldo fora a última pessoa a passar pela triagem naquela manhã, portanto é bem provável que tenha esperado várias horas até ser atendido por mim, uma vez que o fluxo de atendimentos fora excepcionalmente intenso naquele dia.

Osvaldo tem aquele jeito de “paizão”, aparentando estar próximo dos 60 anos, um pouquinho acima do peso e bigodes totalmente brancos, com exceção de dois riscos um pouco mais amarelados próximos as narinas que denunciavam ser um fumante de longa data. Transmitiu-me num primeiro momento a sensação de aconchego e serenidade, tal a tranquilidade com que aguardava ser atendido.

Estava acompanhado de duas jovens, com idade próxima aos 20 e poucos anos, que deduzi corretamente serem suas filhas. As jovens estavam sentadas, uma de cada lado, e o envolviam em um abraço ao mesmo tempo em que era também afagado. A todo o momento falavam bem próximas dele, e enquanto uma das jovens alisava seus cabelos, a

outra o abanava com uma revista na tentativa de diminuir a sensação de calor, trazendo algum conforto ao pai.

Essa cena era muito intensa, pois transmitia a impressão de que Osvaldo tinha seus laços familiares preservados, sendo protegido e cuidado pelas filhas, fato que não é comum na rotina daqueles que passam pelo CAPS, em que em sua maioria os pacientes são levados por familiares que se eximem do cuidado com estes, chegando muitas vezes a imporem empecilhos até mesmo no controle da medicação a ser ministrada diariamente.

Observando aquele aparente momento de calma entre Osvaldo e suas filhas, por alguma razão me senti desconfortável em chamá-lo de longe para a sala onde fazia as triagens, com a sensação de poder parecer insensível perante a cena, uma vez que ela havia me tocado de alguma forma. Assim, dirigi-me até onde ele estava sentado com as filhas com a intenção de acompanhá-lo até a sala. Nesse momento, acredito ter conseguido disfarçar o meu susto e temor ao observá-lo mais de perto: Osvaldo se mostrava ictérico e provavelmente com grandes comprometimento de saúde; o amarelo intenso de seus olhos e a tonalidade alterada de sua pele negra, principalmente na palma das mãos, me causou grande espanto, entretanto contive-me e em momento algum desviei o olhar e, ainda, sem compreender como consegui, fiz uma piada: “Aproveitando para ficar bronzeado seu Osvaldo”? Mesmo com as poucas forças que parecia ter, sorriu espontaneamente, seguido pelas filhas que ainda emendaram que “aí a mãe que vai ficar doida mesmo”.

Na verdade, tive o sentimento de que meu grande espanto se relacionava mais com um pedido de “desculpas” por não ter notado antes sua presença e ter podido aliviar sua espera, que certamente fora muito cansativa em razão de seu estado físico. Não apenas isso, mas o seu jeito transparecia, para mim, quase que um apelo para que algo fosse feito rapidamente, como que a pedir socorro.

Para minha surpresa, esse nosso contato ocorreu de maneira diferente do que eu, ilusoriamente, havia planejado e detalhado mentalmente. Cumprimentei-o e perguntei, antes mesmo de me apresentar, se ele estava esperando há muito tempo. Resposta óbvia, mas ao menos serviria para aplacar e expiar a sensação de “compaixão” naquele momento. A surpresa à qual me refiro foi o pedido de Osvaldo para entrar apenas comigo na sala de triagem, diante de um olhar atônito de suas filhas que nada questionaram sobre aquele pedido. Conduzi-o até a sala onde o atenderia e retornei rapidamente ao pátio para conversar com suas filhas. Na verdade, tentando diminuir algum sentimento de angústia e garantindo que em breve poderia atendê-las com mais atenção.

Até aquele instante, Osvaldo me parecera ser uma pessoa bastante segura e com total controle sobre o que estava acontecendo, impressão que não sobreviveu a um exame mais detalhado, diante da realidade que começava a se apresentar naquele momento. Essa aparente segurança me impressionou, e creio que tenha sido em virtude do clima “familiar” que se estabelecera há poucos minutos entre ele e as filhas, mostrando que de certa maneira ele não estava só. Essa segurança que vira em Osvaldo começou a ser desconstruída a

partir do momento em que entramos na sala e iniciei nosso diálogo. Olhar para seus olhos amarelados, sua pele sem viço e seu tremor eram para mim entristecedores. Ao mesmo tempo, perguntava-me internamente: “O que será que Osvaldo espera de mim neste instante... Confiança? incredulidade, medo de morrer?”

Perguntei-lhe sobre “sua vida”, simplesmente, e de uma forma tão natural que pareceu que Osvaldo percebia meu incômodo. Nada mais que isso, pois toda aquela atmosfera transmitia-me uma aproximação de sentimentos relacionados com a vida e não com a morte. Deixei que Osvaldo “se aproximasse” para só então pensarmos, com mais intimidade, sobre as possibilidades que o CAPS poderia lhe oferecer de tratamento. Ao contrário de palavras, nosso diálogo se iniciou com um choro intenso e ressentido por parte dele. Esse choro se prolongou por um tempo que não sei precisar, mas me pareceu longo e angustiante – nesse caso, para mim. Osvaldo precisava daquele momento, precisava soltar aquele choro, e não me vinha nenhum grande pensamento, ideia ou argumentos que pudessem amenizar aquele momento de sofrimento; apenas lhe ofereci uma caixa de lenços. A atitude mais prudente que julguei ter naquele momento foi, então, permitir que Osvaldo se sentisse livre para soltar suas palavras que naquela hora se traduziam em choro e, quem sabe, abrir-se para o diálogo.

Finalmente, após um tempo que parecia infundável, Osvaldo se aquietou e se dispôs ao diálogo. A primeira situação que enfatizou, repetindo, quase tentando confirmar se eu havia entendido, foi sobre sua profissão. Osvaldo possuía qualificação técnica em uma área potencialmente promissora que, poderia lhe garantir uma vida, se não

abastada, ao menos suficiente para suprir suas necessidades e gastos extras. Mas essa condição estava comprometida há quase um ano, tempo que Osvaldo aponta como coincidente com o aumento incontrolável de seus tremores – provocados por períodos de abstinência alcoólica – e que o impedia de desenvolver movimentos motores mais precisos, que seu trabalho exigia. Pior que isso, Osvaldo me garante ter a necessidade imperiosa de consumir ao menos um copo de aguardente logo após acordar. Sem isso, seus tremores assumiam, progressivamente, uma intensidade “vergonhosa”. Por essa razão, “bebia sua primeira dose escondido das filhas, no banheiro, e logo em seguida preparava um cafezinho para disfarçar o hálito. Mas logo em seguida outros sintomas de abstinência alcoólica, como sudorese, agitação, mudança de humor, entre outros, apareciam. Osvaldo confirma seu sintoma me estendendo a mão, para que não restassem dúvidas de que eu havia realmente notado os tais tremores. Por sinal, naquele dia eles eram extremos, pois Osvaldo estava há quase dezoito horas sem ingerir qualquer bebida alcoólica, numa tentativa isolada de sua parte em parar de beber.

Quanto a esse período de abstinência, Osvaldo o justifica como uma tentativa sua de “abandonar o vício da bebida por conta própria”. Isso foi justificado como o “pavor de, Deus o livre,” morrer daquele jeito, afinal ele não “era bobo, nem nada” e “sabia que aquele olho amarelo” já era um sinal de que poderia “cair numa cama de hospital” e morrer a qualquer instante.

Certo! Pensei. Isso era uma sensação que Osvaldo tinha e aquele momento não era propício para se “desmentir” uma sensação

referendada por seu corpo por meio de vários sinais, mas poderia se transformar numa *reviravolta* em sua vida; poderia a partir daquela primeira incursão em um serviço de saúde especializado perceber que nem todas as possibilidades estavam esgotadas. Foi assim que passei a explicar-lhe, pausada e seguramente, as possibilidades de tratamento que existiam. Falamos de projetos de vida e não de morte, mesmo que naquele instante tais projetos fossem limitados e focalizados em sua melhora física a partir de intervenções clínicas e psiquiátricas.

Foi nesse momento de nosso encontro que Osvaldo esticou de novo sua mão trêmula em minha direção e disse: “Sabe, pensando bem, vendo as meninas... eu não penso assim, com tanto medo de morrer. Claro que não tem ninguém que queira largar as coisas, a família aqui. Mas o que mais me dá pavor é morrer do jeito que eu estou... amarelo” [olha fixamente para sua mão e continua]: “O que eu tenho medo mesmo é de largar a família, as crianças [filhas], tendo que carregar pro resto da vida na cabeça a ideia de que tiveram um pai que não foi nada, que morreu de tanto beber”.

Esse momento foi seguido de um incômodo silêncio em que eu, calado, meditava sobre o que acabara de ouvir, imaginando se haveria algo mais a ser dito diante daquele lúcido pensamento, principalmente em um momento em que havia vários componentes para que a situação fugisse ao “controle”, como seu estado físico, minha sensibilização, a presença ostensiva e angustiante de suas filhas aguardando por alguma explicação. Ele próprio se incumbiu de sintetizar seu pensamento, muito provavelmente catalisando sua experiência de vida que naquele momento estava “desenhada em cor amarela”: família,

trabalho, a consciência (forçada?) de seu estado de saúde, e quem sabe o momento que estava vivendo no CAPS. Osvaldo sentenciou: “Sabe, Renato, acho que o que eu queria dizer, assim... mais certo é: não morrer sem dignidade, como se tivesse passado pela terra e não servisse de nada”.

Tal afirmação causou-me grande impacto, pois parecia sintetizar Osvaldo: alguém que dizia “se sentir um nada” e, ao mesmo tempo, uma pessoa que prezava sua dignidade e valorizava a vida, desejando ainda uma oportunidade para tornar sua existência significativa; e isto não seria nada fácil para quem se iniciara no consumo de álcool aos 12 anos de idade...

Dessa forma, encerramos nosso encontro e encaminhei Osvaldo a uma avaliação clínica com um médico, afim de que suas queixas pudessem ser investigadas, até mesmo em outro serviço de maior complexidade.

Em relação às filhas de Osvaldo, que aguardavam por uma resposta, procurei tranquilizá-las quanto à disposição do pai em procurar por ajuda e o significado dos tremores naquele momento, pois estes pareciam ser o sintoma que mais as assustavam. Ambas o acompanharam ao serviço de saúde – de maior complexidade – indicado.

Síntese compreensiva do atendimento de Osvaldo

Raramente tenho a oportunidade de presenciar no CAPS uma cena que me pareceu tão fraternal e espontânea como aquela entre Osvaldo e suas filhas, enquanto ele aguardava pelo atendimento. Apesar do forte calor e da possibilidade de ser atendido antes em razão de seu estado de saúde debilitado, Osvaldo não o fez; tive a sensação de que para ele o fato de outras pessoas também necessitarem de ajuda justificava a espera e não iria se prevalecer do fato de estar tão doente. Ao menos foi essa a impressão que tive sobre a integridade moral que Osvaldo transmitia.

Seu jeito paternal e a forma carinhosa com que era tratado pelas filhas não sugeriam em nada a figura de um pai displicente ou que tivesse praticado atos de crueldade contra as filhas; pelo contrário, embora passasse a imagem de alguém que já havia perdido completamente o controle em relação ao uso de álcool há muito tempo, além de seu próprio relato, havia afeto entre ele e as filhas. De forma rápida, concomitante ao momento em que contava sobre seus sintomas, mencionou que estava triste por ter “tentado, outro dia, fazer um churrasco em família e não ter tido forças para ficar mais que meia hora com as pessoas antes de cair alcoolizado”.

Seu choro sofrido, diante daquela situação, não é algo comum e certamente comunicava muita coisa a seu respeito. No entanto, não havia muito tempo para explorar melhor tudo isto com ele, já que em breve, provavelmente, seus sintomas seriam exacerbados em função da

abstinência. A morte não lhe parecia causar tanto medo como a desonra por ter sido um pai que pudesse ter causado vergonha à família diante de uma doença “procurada”, palavra que foi trazida por ele e que me pareceu ter sido usada como sinônimo de culpa. Suas atitudes e relato sugeriam que seu aniquilamento era mais moral do que físico.

Ao final, após a avaliação clínica realizada no CAPS, Oswaldo foi encaminhado a uma unidade de maior complexidade e, apesar da vontade de obter maiores informações, não tive coragem de fazê-lo, seja telefonando à unidade para onde fora encaminhado para tratamento ou para sua casa; uma falha “confessa” diante do que preconizam algumas normas de atendimento e segmento dos casos. Creio que Oswaldo sensibilizou meus sentimentos de maneira intensa por sua ternura e integridade; não queria saber que ele piorara...

Flávio**Idade:** 36 anos**Profissão:** Pedreiro**Escolaridade:** Ensino básico completo

Ao chamar Flávio para o atendimento, minha expectativa era de que aquele fosse um encontro rápido, pois estava pressionado por outros compromissos que reclamavam minha presença no CAPS. Flávio parecia ser uma pessoa de poucas palavras. Enquanto aguardava, sentava-se numa postura que transmitia fragilidade, sem demonstrar tédio ou ansiedade por causa da demora em ser atendido. Simplesmente esperava. Quando o chamei para o atendimento, senti grande apatia de sua parte.

Parecia saber minimamente que seria questionado sobre sua vida; antecipou-se dizendo “que eu ia ter que prestar muita atenção na sua história que era muito *zoada*”. Então, “podemos começar com você explicando a razão pela qual resolveu procurar pelo CAPS”, iniciei. Diante de uma aparente relutância de sua parte, expliquei-lhe que, com certeza, todos que procuravam pelo serviço tinham motivos muito parecidos, o uso de algum tipo de droga, já que aquela era a função do CAPS, portanto, me interessava mais a forma particular do seu envolvimento com as drogas e sua motivação para, naquele dia, ter buscado pelo serviço. Mesmo assim, ele continuava relutante, dando-me a impressão de que não estava à vontade. Completei sem muito pensar, tampouco, planejar: “Então, Flávio, aqui é um serviço de

saúde, mas com algumas diferenças. Em outros serviços você precisa passar por exames, como os de sangue, para te falarem o que você tem. Aqui nós dependemos, antes de tudo, que você converse comigo pra gente poder pensar junto sobre o que te trouxe aqui e também pensar na maneira que possamos fazer com que você se sinta à vontade; Não estou aqui pra julgar ninguém”. Parecendo ter compreendido o que eu acabara de falar, Flávio completa, rindo: “é mais ou menos assim, como um exame, só que da cabeça... só que sem picada” [referência ao exame de sangue].

Novamente, Flávio me “avisa” que sua história é muito complicada, mas que tentaria explicar, passando a sensação de que adia ao máximo o início de um relato sobre sua vida. Opto por não interferir mais, mesmo com o tempo escasso, dizendo em tom de brincadeira para se tranquilizar porque tínhamos “tempo de sobra”.

Apesar dessa inação no início de nosso encontro, mudei de ideia ao perceber o envolvimento favorável que Flávio demonstrou em relação a um possível tratamento. Inicialmente, advertiu-me de que veio ao serviço por solicitação do seu patrão. Explica que trabalha como pedreiro e não raro é obrigado a ficar o dia todo em lugares altos, em que, “um descuido poderia levar a pessoa pro caixão”. Flávio conta que seu patrão tem se preocupado muito com ele e com o fato de ter chegado alcoolizado logo pela manhã e, com mais frequência nos últimos tempos. “Fico me sentindo culpado, porque ele tem esse cuidado todo comigo, que não sou nada dele, mas ele nem sabe, graças a Deus, que tem esse negócio de cocaína no meio. Ia ser muita decepção pra ele, mas... pelo menos eu estou aqui e você está fazendo

eu me animar... vai que eu mudo. Ah! Esqueci de contar uma coisa: faz uns dias que o pessoal da obra me contou que eu estava numa laje e parecia que estava conversando com o céu, com coisas que não existem. Isso sim me deu muito medo, mas acho que era o efeito dos *pinos* da noite”. Num tom que soou melancólico, compara seu sentimento com o de “estar traindo um *paizão* que acreditava muito nele”. Aparentava estar ansioso, residualmente sob efeito de alguma substância química, me absteve, então, de qualquer explicação mais racional, farmacológica etc., mas reforcei que tudo que ele dissesse ou viesse a dizer era importante e haveria sigilo de minha parte, portanto, poderia sentir-se à vontade para dizer as coisas da maneira que parecesse ser a melhor. Diante de sua ansiedade, concordei que ele havia passado por uma situação de grande risco ao ficar num lugar alto “falando com as coisas que não existem”.

Passado este período longo de aproximação entre nós, Flávio se encarrega de começar a ordenar parte do percurso de sua vida. Sua voz começou a parecer ofegante como se tivesse acabado de se exercitar.

Casara-se ainda muito jovem; uma relação que durara 17 anos. Nessa época morava em outro estado e era lavrador; em suas palavras, “mexia com a terra”, vivendo uma vida de muita pobreza e limitações em que “nem sabia ao certo quanto ganhava”, já que todo seu dinheiro era usado na compra de “comida e pinga”. Explica que essa situação é ainda muito comum naquela região, pois os pequenos agricultores recebem somas humilhantes pelo trabalho, muitas vezes fazendo trocas de mercadoria entre eles próprios ou fazendo pequenas dívidas com

comerciantes locais que, segundo Flávio, também vivem com o “bolso vazio”, baseadas apenas na confiança mútua. Flávio exemplifica essa situação contando que é comum as pessoas naquela região comprarem fiado apenas “um gomo de linguiça ou três ovos” para “levarem na marmitta” e pagarem depois; senti que aquela era uma situação muito humilhante para ele. Em 16 anos de casamento, Flávio formou uma família com seis filhos. Fica muito confuso ao tentar ordenar e fazer a correspondência entre os nomes e idades de seus filhos, concluindo que “era melhor deixar do jeito que estava, porque ele não iria conseguir *acertar*”. Senti-me compadecido em relação a sua confusão mental, ao mesmo tempo indignado com o fato de um pai não ser capaz nem de se lembrar dos nomes dos filhos. Com grande esforço, consegui me impedir de julgá-lo e continuei atento ao seu relato.

Ele tomou, então, outra direção. Começou a falar de sua vida, seus irmãos, avós, de uma maneira igualmente desorganizada. “Eu tenho outros dez irmãos, mas conhecer, de verdade mesmo, é só três. A minha sina é assim... que nem cria de gato; filho e irmão que não acabam mais e cada um vai tomando o seu rumo”. Nesse momento, percebi que Flávio se sentia na mesma situação pela qual eu passara há pouco [incomodado]. Ao comparar sua família a uma ninhada de gatos, parecia tentar me dizer que também buscava alguma unidade ou explicação sobre o porquê dessa maneira de “funcionar” de sua família, em que todos parecem indiferenciados, como uma “cria de gato”.

Flávio se antecipa ao falar de seus pais, como que prevendo que seria questionado sobre alguns aspectos de sua vida: “Antes que você me pergunte sobre minha mãe”... Conta-me que fora criado pelos avós

maternos e refere-se à avó quase sempre como mãe. Quanto à mãe biológica, pouco sabe: “Eu até vi ela várias vezes lá na cidade da minha avó, mas é como se fosse uma pessoa comum para mim, nem uma irmã, sem muita importância pra mim. Inclusive eu trato ela de *dona E*. Eu não me sinto à vontade de chamá-la de mãe; não é uma coisa que vem lá de dentro...” “Mas o que eu acho engraçado de verdade, um mistério, é que ninguém fala nada do meu pai. Já tentei perguntar pra minha mãe (avó), pra outra mãe (biológica), mas ninguém quer falar nada dele; fogem do assunto e ficam até bravas comigo. Não sei se ele morreu, se ele é um assassino e está preso ou até morto, mas é esquisito porque se não tivesse nada o que teria de mal falar ou ele mesmo aparecer?... Isso eu até pagava, só pra matar a curiosidade”.

Flávio parece desconfortável ao falar sobre isso, mostrando sinceridade no seu desejo em saber sobre seu pai biológico. Salta no tempo e fala sobre sua vinda para esta cidade. Admite que conheceu os dois lados, conseguiu ter “uma vida melhorzinha, porque aqui pelo menos não faltava comida”, mas, em contrapartida, envolveu-se com o uso de cocaína por influência dos colegas de trabalho. Faz questão de destacar que nunca experimentou *crack*, uma droga que ele diz levar a pessoa “de vez para o buraco”. Parece estar tranquilo em relação a essa situação, dizendo “que era bom ter a cabeça funcionando, porque chegava até a ter enjoo ao sentir cheiro de pneu queimado”.⁴¹

“Mas que buraco é esse?” – pergunto. Flávio explica que o buraco é a situação na qual ele vê muitos colegas que param de trabalhar,

41 Odor característico exalado quando o *crack* é queimado (fumado).

deixam faltar comida em casa para comprar drogas e acabam virando quase mendigos. Roubam coisas da casa e de outras pessoas para poder usar cada vez mais drogas. Flávio se mexe na cadeira, coça um dos braços com a unha com tamanha avidez, quase se ferindo, parece agitar-se diante da tentativa de diferenciar um usuário contumaz de cocaína de outro, o usuário de *crack*, mas reconhece a proximidade entre um e outro: “É essa dureza que você já sabe mesmo... de um *pino* a gente pula pra um *mesclado*⁴² e quando vê, sem perceber, você já virou um desses *noia* da vida... mas isso eu sei que não vou deixar acontecer, até mesmo porque agora eu estou em outra”.

Conta, então, que já vive há algum tempo com outra companheira com quem “sonhava” ter mais quatro ou cinco filhos. Sorrindo ele comenta: “É aquela história dos gatos que eu falei”. Mas logo emenda que esse é um projeto impossível, já que a atual companheira o obrigara a fazer vasectomia, pois descobriu ser portadora do vírus da hepatite tipo C. Em 1993, a companheira se submeteu a uma cirurgia em que fora necessário a transfusão de sangue, acreditando que esta fora o motivo de ter se contagiada. Essa informação parece não repercutir em Flávio, ou talvez ele nem saiba bem o que significa. Relata de maneira pueril que a esposa estava naquele momento se submetendo a uma biópsia “naquele órgão [fígado] que fica meio estragado quando a pessoa está com aquele micróbio”.

Flávio não tem qualquer preocupação sobre a necessidade de manter relações sexuais com a companheira de forma segura, com o uso de preservativos. Tampouco, expressou ter conhecimento sobre a

42 Cigarro feito de maconha, acrescido de pedras de *crack*.

necessidade de também se submeter a exames diagnósticos, o que me conduziu a explicar-lhe objetivamente a respeito daquela situação, dos riscos presentes e da necessidade de uma investigação específica, o que foi aceito por ele com aparente indiferença.

Findo o momento mais tenso que nos havia sido involuntariamente apresentado, diante da condição de enfermidade de sua companheira, Flávio conseguiu se descontraír, chegando a dar boas risadas ao contar sobre como escolhera mudar-se para cá ao separar-se da primeira esposa, que conhecera em São Paulo, mas não detalha o fato de ter morado em São Paulo e constituído uma família lá; apenas diz do “tempo que esteve por lá”. Conta ter visto em 2005, pela televisão, que um tornado atingira esta cidade causando grande devastação, como destruição de casas, indústrias, danos aos serviços públicos, entre outros prejuízos, divulgados naquele ano por toda a imprensa. Flávio então pensou: “Se lá está tudo, assim, destruído, eles vão precisar de muita gente pra trabalhar e colocar tudo em pé de novo. Quem sabe a prefeitura vai até dar casa pras pessoas que estiverem trabalhando na construção”. Dessa forma, estabeleceu-se “por, sei lá, quanto Deus quiser” na cidade.

Apesar de tal raciocínio e da sugestão de que sua vida financeira tivera algum ganho, já que “trabalhava registrado em uma empreiteira”, Flávio diz ser muito “sentido e ter muito desgosto” por “ter perdido um filho”. “Na verdade, esse filho não morrerá como inicialmente havia pensado”, declara Flávio. Há dois anos, continua, convenceu sua ex-esposa para que deixasse que ele criasse o filho, acreditando, justamente, que nesta cidade, poderia oferecer melhores condições de

vida a ele, como uma boa escola. Depois de seis meses, seu filho espontaneamente pediu a mãe para voltar a morar com ela em São Paulo. Muita tensão em sua fala e também em seu olhar, sugerindo que o filho presenciara cenas envolvendo uso de drogas e estados alterados do pai. Sobre esse episódio, diz que o filho chegou a ser matriculado em uma escola municipal, mas Flávio reconhece que não dava importância para os estudos, nem era preocupado com a alimentação ou outros cuidados com o filho; chegara a consumir drogas dentro de casa e o filho presenciara isso. Flávio arremata: “É, eu cheguei a perder uma casa com a falta de controle no que eu gastava com o que você já sabe, mas já foi e é passado”. Essa resposta, por ora, selava a possibilidade de aproximar-me mais dessa fase de sua vida e mostrava seu desejo de que tal assunto fosse, ao menos naquele momento, *esquecido*. Tampouco, pretendi confrontá-lo, com a minimização que Flávio fazia de suas perdas financeiras por acreditar que, o silêncio seguido da recusa em nomear a substância que usava já era, de certa maneira, um primeiro e importante reconhecimento de sua parte acerca de seus problemas atuais.

Com o clima provocado por esse último episódio dramático, Flávio novamente me surpreende com uma indagação/revelação que não sei ao certo o quanto me afetou; sei apenas que alguma coisa diferente ocorrera naquele momento. Com ar entristecido e desamparado, Flávio revela: “Eu não sei o que é, mas eu me lembro que desde pequeno eu sempre fui muito assustado. Tinha medo das coisas. Não sei dizer, assim, que tipo de medo... Acho que você pode explicar melhor que eu. Eu lembro que eu tinha só sonhos muito feios... com sangue, gente

toda destroçada. Era feio mesmo. Precisava que minha avó ficasse passando, assim, a mão nas minhas costas, meio coçando de leve por bastante tempo, pra eu poder pegar no sono senão, qualquer barulho que ouvisse eu pulava do sofá com o coração disparado”. Continua explicando que, quando isso não acontecia [carícias da avó], também sentia um “adormecimento” pelo corpo e ficava pensando em coisas catastróficas que não sabia ao certo o que eram. Ele mesmo conclui que achava isso muito esquisito, porque dentro de casa nada poderia afetá-lo. “Nessas horas ficava sentindo que tinha que sair de casa porque não sabia o que poderia acontecer lá”.

Encerrei o atendimento, após vários esclarecimentos sobre tratamentos e insistindo para que Flávio passasse por exames para verificar se havia se contaminado com o vírus da hepatite tipo C, além do agendamento para avaliações médicas e um novo encontro comigo.

Síntese compreensiva do atendimento de Flávio

Flávio procura ajuda por insistência de seu atual patrão, a quem ele se refere como um *paizão*. Na verdade, esse *paizão* é seu chefe e preocupa-se com a possibilidade de que ele sofra algum acidente de trabalho fatal nas obras onde trabalha, diante da constatação de que Flávio chega alcoolizado ao trabalho pela manhã. Flávio parece querer ser punido a ponto de considerar suas alucinações como merecidas. Afinal, por que estava destruindo suas próprias chances de uma vida melhor? Aquele era o trabalho que em sua terra natal todos sonhavam; enquanto lá as pessoas se endividavam por um pouco de mistura na marmita, aqui ele tinha conseguido todo conforto para si e para a família.

Também somava-se a isso a culpa por não ter conseguido ser um bom pai quando convenceu sua ex-esposa de que criaria um dos filhos oferecendo-lhe melhores estudos e oportunidades na vida. Seu jeito calado, olhar profundo e palavras pronunciadas num tom de voz triste eram reveladores de que se sentia responsável pelo mal que causava nas pessoas que o amavam, conseguindo fazer uma relação entre esses fatos e o consumo de álcool e cocaína. Principalmente, ao falar com a voz embargada, que fora seu próprio filho que pedira à mãe para retornar a sua casa. Algo estava muito ruim para que chegasse à percepção de uma criança que aquele não era um pai de quem poderia esperar grandes “oportunidades”, embora, por alguma razão pessoal, Flávio não tenha detalhado as coisas que ocorriam em sua casa na

presença do filho, além de uma vaga referência ao consumo de drogas. Mas novamente parece que Flávio procura uma solução, ao pretender ter mais “uns cinco filhos”. Não deixa de ser tocante que Flávio compare a sua família, inclusive ele, a ninhadas de gato, ou seja, muitos seres juntos, todos parecidos dando o sentido de que “volta ou outra somem pelo mundo”. Transparece uma sensação afetiva de que Flávio pouco soube o que era ser “cuidado”, tampouco “cuidar”.

Seu “ser cuidado”, por um lado foi marcante, mas enquanto contava sobre sua mãe [avó] coçando suas costas, esse cuidado todo tinha para Flávio a função de espantar seus pensamentos envolvendo sangue e pessoas despedaçadas. O grau de avanço da doença de sua esposa não era nada promissor, em razão do tempo da provável contaminação e da solicitação de um exame mais invasivo, mas isso ainda não estava totalmente ao alcance do conhecimento de Flávio, já que é evidente seu desconhecimento a respeito da doença, prognósticos etc. Impossível, também, não pensar em sua vida tendo estado sempre estreitamente ligada a risco de morte, agora agravado com o início do consumo de *crack*. Entretanto, Flávio insistia em afirmar que tem um certo controle sobre isso que o mantém numa margem de segurança. Sua resistência a imaginar-se vendendo objetos da casa e o fato de enjoar-se com o cheiro de pneu queimado sugeriam que uma parte de si ainda se mantinha saudável, segurando-o no mundo dos vivos.⁴³

43 Muitos usuários contam que, ao serem abordados pela polícia, não chegam a ser presos pois, alguns policiais jocosamente dizem que “este já é morto-vivo”.

Flávio, ao contar sobre fatos e situações [passadas e atuais] vividas, demonstrava importar-se com a preocupação do chefe por ele, estar muito magoado por ter deixado o filho ir embora, reconhecer que fora uma criança assustada; também parecia estar consciente do estrago causado nas pessoas pelo consumo de *crack*. Além disso, foi capaz de estabelecer um bom vínculo comigo durante o atendimento e referiu-se ao descontentamento em ter que submeter-se a uma vasectomia, como se a impossibilidade de não ter mais filho lhe tirasse a chance de um novo relacionamento afetivo com uma mulher. Enfim, Flávio ainda preservava a capacidade de reagir aos acontecimentos e nutria esperança em relação ao futuro.

MAGDA**Idade:** 38 anos**Profissão:** Auxiliar de cozinha**Escolaridade:** Ensino fundamental completo

Magda aparentava muito mais idade do que realmente tinha. Seu rosto estava bastante envelhecido, marcado não por rugas comuns decorrentes da idade, mas por sulcos profundos e longos, a ponto de cruzarem transversalmente seu rosto, típicos de pessoas que trabalharam por muito tempo expostas ao sol. Além disso, chamava a atenção o estado em que se encontravam seus cabelos, parecendo extremamente finos e quebráveis ao menor toque, provavelmente por razão de um longo período sem cuidados de higiene e com alimentação inadequada. Magda exalava um forte cheiro de fumaça, talvez pelo uso de fogão a lenha, imaginei, o que é ainda uma prática muito comum entre as pessoas que moram no meio urbano; elas o fazem pela falta de dinheiro para comprar gás de cozinha convencional. Por alguma razão, imaginei que Magda fosse uma trabalhadora rural. Além da tez ressecada, suas mãos também eram bastante ásperas e pouco tratadas. Entretanto, o que chamou mais minha atenção foram seus dedos polegar e indicador da mão direita que, além de escurecidos, pareciam um pouco carbonizados; isso me fez fixar o olhar em suas mãos.

Magda, certamente, percebeu que eu a examinava atentamente e disse logo: “Estou meio acabada, né?” Não respondi prontamente.

Primeiro porque outras pessoas se encontravam próximas a nós e, principalmente, porque não me sentia confortável em confirmar o que ela acabara de dizer, afinal, sua pergunta já era um sinal de que estava ciente do estado de debilidade física em que se encontrava.

Como notara antes, Magda estava acompanhada de uma senhora com idade próxima aos 60 anos, que fisicamente era muito parecida com ela, ou melhor, assemelhavam-se quanto ao desgaste físico. Ela se colocara ao lado de Magda com os braços em seus ombros, mas não demonstrava um tom fraternal, e sim como se pretendesse segurá-la e ampará-la diante de uma perceptível fraqueza. No momento do contato inicial, houve uma pequena rusga entre elas, pois a primeira manifestação de Magda, além dos cumprimentos de praxe, foi solicitar de maneira contundente que sua acompanhante não participasse de nosso encontro, o que aparentemente fora uma grande decepção para aquela pessoa. Decididamente, a recusa de Magda pareceu ter repercutido como um ato vergonhoso ou de ingratidão para com sua acompanhante, que se limitou a um sorriso um tanto forçado dirigido a mim, já que esse desejo fora dito de uma forma enérgica diante de outras duas pessoas que ali se encontravam aguardando atendimento. Sua acompanhante, diante da recusa, alertou-a: “que não escondesse nada de mim, senão o tratamento não iria adiantar”. Diante do constrangimento de ambas, amenizei a situação dizendo à acompanhante que poderíamos conversar sobre isso no momento certo e que entendia sua preocupação, afinal, ela estava acompanhando Magda espontaneamente o que era muito bom, entretanto, o ideal é que eu pudesse conversar a sós com Magda neste primeiro encontro.

Aparentemente, o mal estar inicial foi dissipado, em parte porque eu disse tudo isto de maneira natural e sem formalidade.

Imediatamente, ao nos encontrarmos a sós em uma sala, Magda disse, sem maiores explicações: “Aquela é minha sogra, e você sabe como é essa coisa entre sogra e nora”. Prosseguiu, apressadamente, relatando episódios de sua vida, de uma maneira até muito ordenada, imaginei, diante do pouco tempo em que estávamos em contato. Sua história passou a ser contada com uma desenvoltura incomum aos pacientes atendidos no CAPS pela primeira vez. Magda diz: “As coisas que acontecem comigo são sempre esquisitas, parece que eu pulo de um caldeirão pra outro (referindo-se ao inferno), mas pelo menos eu vejo uma coisa de bom... eu vim até aqui sem precisar de ninguém me trazer a força, ou ter que ir à minha casa me trazer [referindo-se a uma possível visita de um agente de saúde]. Eu consigo perceber quando as coisas não vão bem pro meu lado”.

Automaticamente, repete que a acompanhante era sua sogra, parecendo não se dar conta de estar se repetindo. Todos os pormenores seguintes sobre sua vida e o momento que estava vivendo necessitaram de uma atenção mais aguçada de minha parte, pois o fluxo do relato era rápido demais e por vezes confuso, misturando aspectos presentes, situações ambíguas de perdas e ganhos, planos e descrença quanto ao futuro. Curiosamente, Magda referia-se a sua vida atual com grande vivacidade, ao contrário da forma indiferente com que se referia a cenas do passado ou a sua relação com a família.

Conta que já tinha sido adepta de uma igreja Pentecostal, que “mexe com coisa muito forte para afastar as pessoas de coisas ruins e

do pecado”, que “opera milagres na vida das pessoas que você nem conseguiria imaginar... porque esse pessoal de medicina (referindo-se a mim) não acredita que tenha uma força do inimigo [diabo] pra levar a gente pro lado do alcoolismo, drogas, prostituição...”. Magda resigna-se, dizendo: “não fui forte o suficiente pra me manter na igreja, mas estou retornando aos poucos”. Sem a necessidade de qualquer intervenção de minha parte, Magda faz referências, aparentemente vagas, sobre ocorrências de há vinte anos passados, quando morava em uma pequena cidade no interior do estado do Paraná: “Como qualquer cidade daqueles lados, você parece que está morando em outro mundo. Sem informações sobre o que *corre* de verdade no mundo de fora. A vida da gente fica rodando em volta do trabalho na roça e no cuidado dos filhos e do marido. Não é que nem na cidade, que as pessoas estão a todo tempo falando das coisas, tendo sempre alguma coisa pra se preocupar. Aqui mesmo, se a gente quiser, pode encontrar qualquer coisa pra comprar; lá é tudo uma dificuldade. A desvantagem que eu acho da cidade é que, lá, pelo menos, o dinheiro rende um pouco mais e não tem muito dessa exigência de se vestir bem, pra não ficar com cara de pobre mais do que a gente é”. Naquela época, Magda diz “ter sido uma pessoa meio boba com as coisas do mundo”. Sua preocupação era cuidar dos filhos e dar o melhor de si para que eles tivessem um bom futuro. “Mas que futuro, no meio do mato?” indaga. Refere-se a quatro filhos, fruto de dois relacionamentos anteriores “que deram muito o que falar, porque lá [cidade de origem] as mulheres são criadas pra suportarem de tudo sem reclamar”. “Já é uma coisa que não cheira bem, se a mulher faz queixas do marido. As pessoas são

muito ignorantes e, se você reclamar de alguma coisa, perguntam se tá faltando comida em casa? Só isso que eles pensam que a gente precisa”.

Quando Magda passa a me contar sobre os dois relacionamentos anteriores, logo imagino se eles não seriam os “caldeirões” e “as coisas sempre esquisitas que lhe acontecem”, as referências que ela fez no início de nossa conversa, pois esses dois antigos relacionamentos foram marcantes. Magda conta que seus dois companheiros anteriores eram usuários de álcool. Todos os dias, chegavam em casa extremamente alcoolizados, sem condição alguma de dialogarem a respeito da criação dos filhos, problemas da casa e tampouco sobre qualquer plano futuro. Como que pressentindo que eu pudesse não compreendê-la, novamente ela reafirma o que dissera há pouco, explicando-me que aqui é comum ouvir histórias da “mulher dar parte do marido na polícia”, mas que “a realidade por aí, não é dessa forma”. Imaginei, nesse momento, porque alguém procuraria a polícia senão por ameaças ou atos que estivesse sofrendo contra a própria vida ou a de seus filhos? Creio que a resposta já fora dada com a sua reflexão.

Assim como foi em seu primeiro relacionamento, Magda ficara “descontente” com a repetição de toda a situação e se separou pela segunda vez. O episódio das duas separações foi relatado por Magda com a mesma entonação de voz, aparentando terem ocorrido como uma consequência natural, ou melhor, ela parecia pressentir desde há muito tempo que não era igual a todas as mulheres da cidade onde morava que, estavam “condenadas” a suportar uma vida ruim e violenta sem reagirem; ao mesmo tempo em que me conta isso, Magda parece

querer transmitir que esta “reação” é algo quase insano para uma mulher pobre, pois a única ferramenta de que dispõe é a determinação pessoal. Essa ideia não é verbalizada diretamente por Magda, mas pode ser apreendida a partir de seu relato.

Ela tinha várias amigas que migraram para a cidade e a incentivaram a tentar um emprego diferente por aqui, permitindo, inclusive, que ela morasse temporariamente com elas até “se estabilizar” (esse é um fenômeno bastante conhecido na cidade, dada a grande quantidade de migrantes paranaenses). Os filhos permaneceram em sua cidade natal, sendo criados pelos avós maternos. Magda esclarece que “muitas vezes”, quando consegue algum dinheiro extra, viaja para revê-los... “é difícil o ano que não vou lá”.

Quando se mudou de cidade, Magda diz “ter sido muito bom”. Apesar de sempre ter trabalhado em empregos em que “ganhava quase nada, mas o volume de serviço compensava com as horas extras”; “Comparado ao que sempre ganhava... além da segurança de ter o dinheiro certo por mês e poder almoçar ou jantar no serviço... nem se diga a diferença”.

Há quase dois anos, conheceu o atual companheiro. Embora tivesse tido outros namorados, percebeu que o atual tinha mais responsabilidade em manter as despesas da casa, e quem sabe ter um filho e construir uma “família de verdade”. Magda, desde o início do namoro, disse saber reconhecer todas as qualidades que esse novo companheiro tinha: “Parecia ser muito responsável e sempre me dava agrado. Quando ele podia, sempre comprava algum presentinho pra

mim”. Aos domingos, “quando podia”, o companheiro levava para casa alguns pastéis, “comprados na feira”, para comerem juntos. Apesar desse reconhecimento, Magda sentencia, com tristeza: “O que eu não sabia, era que ele também gostava de beber. Ainda, se fosse um pouco, pra se distrair, eu nem ligaria”. Mesmo com o consumo exagerado de bebida alcoólica pelo novo companheiro, Magda fala com indisfarçável alegria e satisfação: “pelo menos esse tem respeito por mim e não me agride fisicamente. Apenas ficava meio nervoso, às vezes, e chegou a dar uns socos na parede”.

Mas essa não foi a maior decepção que Magda teria com relação ao marido. Há algum tempo seu companheiro passara a consumir *crack*. Ele já concluía, segundo ela, tratamento para livrar-se da dependência química há cerca de um ano, num CAPSad, mas não conseguiu interromper o consumo da droga. Conta esse fato de uma maneira até ingênua, parecendo desconhecer a dinâmica vigorosa que envolve a dependência dessa substância. Naquele momento, o companheiro de Magda estava internado em uma Comunidade Terapêutica Evangélica, em uma cidade do interior de São Paulo, com “previsão de alta” em alguns meses. Novamente, seu drama de solidão e privações, segundo ela, está se repetindo, pois imaginava que tinha conseguido começar uma vida diferente, e que até mesmo a falta de dinheiro seria compensada com uma vida mais cheia de harmonia.

Conta-me que a sogra tem procurado ajudá-la muito, levando-a para morar com ela e provendo-a materialmente, pois no momento estava desempregada e sem condições (físicas) de trabalhar. Sem isso, “estaria passando por muitas necessidades”.

Compreensivamente, emendei dizendo que me lembrara que ela era ajudante de cozinha e que esse trabalho é realmente exaustivo, com exigência de horários para que as refeições pudessem ser servidas e, ainda, recaindo sobre os funcionários a limpeza e arrumação da cozinha para o trabalho no dia seguinte.

Após um silêncio de alguns minutos, Magda revela cabisbaixa que também, há quase um ano, tornou-se usuária de *crack*. Esse era o motivo pelo qual sua sogra a acompanhara, pois entendia sua dependência em razão de o filho ser dependente químico e já tê-lo ajudado a conseguir uma vaga na Comunidade Terapêutica. A sogra desconhecia a sua situação real e ela “não tinha condições” de falar “dessas coisas” na frente dela, que já estava vivendo um “verdadeiro inferno” por causa do filho e que ela seria mais uma decepção na vida daquela senhora. Para a sogra, Magda buscava ajuda psicológica para superar problemas pessoais, além de estar exagerando na bebida.

O mais importante para Magda, seria revelado a seguir. Fez questão de lembrar-me de que eu seria a primeira pessoa a saber o que ela estava prestes a contar, e que nem mesmo suas amigas “sabiam disso ainda”, já que ela temia “não ser forte o bastante pra assumir que estava errada”; revelou ter fortes indícios – praticamente confirmados pelo médico – de que estava grávida. Magda fez esse relato com grande dramaticidade, característica que fui constatando, aos poucos, durante nosso encontro.

Retornando cronologicamente ao que Magda me relatara, pareceu-me significativa a sua afirmação de que começara a utilizar *crack* com o atual companheiro, e principalmente, a facilitação do

acesso a essa droga por parte dele. Achei o fato bastante curioso em razão desse tipo de consumo não ter sido algo que pudesse ser indicativo na vida de Magda, afinal antes ela nem mesmo consumia bebidas alcoólicas; além do mais, iniciara sua dependência em *crack* aos 38 anos, idade que é considerada tardia, embora a idade de início de consumo dessa droga ainda seja imprecisa. Mais uma vez, Magda lembra-me de que não gostaria que a sogra tivesse acesso ao que conversávamos ali.

Após quase uma hora de conversa, Magda revela que resolvera procurar ajuda especializada para “abandonar o vício” porque “não achava justo o que estava fazendo”. Explicando-se melhor, Magda diz se sentir muito culpada ao pensar que em breve o marido teria alta da clínica em que está e, quando voltasse pra casa, “encontraria tudo como deixou”. Encontraria a esposa desempregada, já que não tem condições de seguir regras e horários impostos pela rotina de trabalho e, “o que é pior”, a encontraria usando drogas, fato que ela considera muito prejudicial, pois certamente que ele ficaria com muita *fissura*; e essa situação “poderá empurrá-lo de vez para as drogas”. Sobre essa possibilidade, Magda procura elucidar este cuidado: “Claro que ele não tem culpa, se for eu quem trazer o problema (drogas) pra dentro de casa”.

Em mais uma tentativa de mergulhar no mundo de Magda, perguntei-lhe se lembrava das primeiras vezes em que começou a usar *crack* ou de alguma situação em que involuntariamente teve contato com essa droga.

Aparentemente sem esforço para se lembrar desses episódios, Magda foi lacônica: “Comecei a usar por amor”. E sem que eu tivesse tempo para formular outros questionamentos, explica: “Você deve saber muito melhor do que eu que a mulher é muito mais boba quando está apaixonada. Eu mesma tenho colegas que continuaram casadas e sem trair os maridos, mesmo quando eles ficaram cinco, seis, dez anos na *chave* [prisão]; e ainda assim não traíram eles. Pelo contrário, trabalhavam dobrado pra sustentar eles lá dentro [prisão] com cigarro e outras coisas. Já o homem não é assim; arrumou? agora você [a mulher] que se vire”.

“Eu falei tudo isso por quê? Porque eu comecei a usar por causa de ciúmes mesmo. Ele ficava até a noite na rua e de fim de semana virava mesmo, usando pedra com umas meninhas novinhas, de shortinho, todas saradinhas. E eu? Eu emagreci mais de trinta quilos rapidinho. Foi aí que eu fiz a loucura de falar pra ele que, já que ele ia querer ficar usando mesmo, que então usasse na minha frente, comigo. O engraçado é que apesar disso tudo, eu percebo que estou ficando bem pior que ele... e isso é que está me assustando. Agora eu fico andando pela casa à noite, sem rumo”.

Ela parecia recobrar as “esperanças” e sentenciou o que lhe parecia estar ao seu alcance: “Bom, pelo menos você vai concordar com uma coisa. Eu vim por conta própria. Eu poderia ter chutado tudo e estar por aí jogada, suja, usando pedra, bebendo e sem responsabilidade... meio louca que nem esse pessoal que a gente vê na rua”. Interrompi e completei sua frase com “ainda”, que ela pareceu entender

prontamente: “Ainda não estava pela rua, ainda não se descuidara totalmente da aparência etc.”

Com essas colocações de Magda, senti-me à vontade para lhe sugerir que compartilhássemos alguma coisa com sua sogra, afinal, naquelas circunstâncias, seria ela quem provavelmente lhe prestaria ajuda em caso de necessidade, já que pela sua descrição, possivelmente era ela quem mais estava sensibilizada com a situação. Antecipei-me e sugeri a Magda que provavelmente sua sogra já soubesse ou, ao menos, desconfiasse de seu consumo de drogas, afinal, como ela mesma afirmara, esta tinha uma “longa experiência com o filho”. Assim, ela concordou que chamássemos sua sogra e compartilhássemos aquele momento e lhe oferecêssemos o apoio necessário por meio do *Grupo de Familiares*.

Ao começarmos a falar desse assunto com sua sogra, esta prontamente disse que percebera algumas mudanças em Magda, como ter mais iniciativa para tentar fazer os “serviços da casa” e ter procurado voltar para a igreja, mesmo que com pouca frequência. Na verdade, a sogra sabia de sua dependência química, provavelmente com mais detalhes do que Magda supunha, pois, após alguns minutos, ela passou a tecer comentários que pareciam ter sido elaborados a partir da percepção dos comportamentos que Magda tanto se esforçava para não evidenciar. Entretanto, detalhes, como a súbita perda de peso sem uma causa evidente, já eram sintomas percebidos por aquela senhora, embora não tivesse até aquele momento comentado isto com a nora.

Claramente, a sogra de Magda estava evidenciando aspectos positivos das ações de Magda, como o cuidado com a casa e uma reaproximação com a igreja. Magda passara a ser a cuidadora de seu companheiro internado, enquanto era cuidada por sua sogra.

O atendimento foi finalizado com minha sugestão para que a sogra participasse do *Grupo de Familiares* e acompanhei Magda pessoalmente até um enfermeiro para que este pudesse orientá-la, já que ela tinha quase certeza de estar grávida.

Síntese compreensiva do atendimento de Magda

Magda tentou mostrar-se uma “pessoa de coragem”, afinal, procurou por ajuda especializada no momento em que achou que mais necessitava e sem que precisassem buscá-la em casa; abandonou a vida em uma cidade exclusivamente rural para tentar aventurar-se em uma cidade grande; abdicou de ficar com os filhos; suportou comentários desabonadores de diversos tipos por ser uma mulher com dois casamentos desfeitos... Enfim, comoveu-me com sua determinação em não se conformar com o pouco que a vida lhe oferecera. Aos poucos, foi desvelando a trama de pensamentos, estratégias e decisões que até hoje toma com a intenção e convicção de “querer melhorar de vida”. Seu “caldeirão”, como ela chama seus infortúnios, é o testemunho de uma fragilidade muito grande contrabalançada por atitudes ousadas, embora imaturas e impulsivas na maior parte das vezes.

No momento, ocupa-se com a ideia de dar ao atual companheiro a notícia de sua gravidez, que imagina como “um brinquedo novo” que o agradará. Em relação à própria infância, acha que era “meio boba” com as coisas do mundo, tinha uma sensação de estagnação, como se não percebesse as mudanças ao seu redor com o passar do tempo, pois “tudo parecia igual”.

Até o momento, teve dois companheiros “muito diferentes” no início do relacionamento, mas que com o passar do tempo foram se mostrando semelhantes, ambos alcoolistas e agressivos; deixou dois

filhos com a mãe e mudou-se de cidade. Quanto à vida na “cidade grande”, conclui que nada foi muito diferente do que a vida anterior. Novamente tem como companheiro alguém envolvido com álcool e drogas que a presenteia com “pastéis comprados na feira de domingo”. Apesar de suas tentativas para “fugir” de um mundo sem esperanças, a vida em um novo lugar fez seu sonho ser desconstruído mais uma vez, pois sente que pode perder o novo companheiro para outras mulheres que compartilham o consumo de drogas com ele. Assim, numa atitude que considera “muito corajosa”, passa a usar drogas com ele. Dessa maneira, conseguiu complicar ainda mais sua vida e com o tempo apenas sua sogra tornou-se sua provedora. No momento, Magda, preocupada com a possibilidade de prejudicar o companheiro quando ele tiver alta da clínica de reabilitação, culpa-se por não ser capaz de afastar-se das drogas e teme tornar-se uma “má influência” para ele. Sua singela explicação de que “começou a usar droga por amor” parece conter um significado importante: sua tendência a desvalorizar-se e servir aos outros, em especial aos homens, como uma forma de encontrar um sentido para a própria vida. Quanto aos filhos, não parece ter energia suficiente para ocupar-se deles como mãe; acaba por deixá-los aos cuidados de outrem.

LEONARDO**Idade:** 21anos**Profissão:** Operador de máquinas (desempregado há seis meses)**Escolaridade:** Ensino básico completo

É pouco comum encontrar descontração e sorriso largo em um ambiente impregnado de histórias de vidas sofridas, repletas de perdas e de toda sorte de infortúnios. Essas são situações comunicadas por um grande número de pessoas cotidianamente num CAPSad, mas que chegam até as *pessoas comuns* apenas por meio de notícias veiculadas nos jornais e emissoras de televisão que descrevem com muitos detalhes crimes, mortes e degradação humana, mostradas até a exaustão com imagens das diversas “cracolândias” espalhadas pelo país afora. No entanto, na rotina de atendimentos do CAPS essas histórias nos parecem apenas humanas e tornam-se especiais na medida em que ganham forma no relato de cada cliente.

O cenário no dia em que atendi Leonardo era de um sol escaldante, calor insuportável; atrasado duas horas em relação ao meu horário de almoço, estava me sentindo exausto e fraco por volta das duas horas da tarde.

Naquele dia optei por fazer, tanto quanto possível, o atendimento aos usuários ininterruptamente por causa do grande número de pessoas que aguardavam há muito tempo, portanto, resignei-me a não fazer pausas para lanche ou almoço. Os atendimentos estavam sendo feitos em uma pequena sala que, por sinal, constantemente é motivo de

comentários por parte dos profissionais. Não pela sua pequena dimensão, mas pelo odor que vai se acumulando ao longo do dia: o cheiro de suor e de roupas que são vestidas por vários dias exala um odor característico que se confunde com o odor de restos de fezes e urina. O cheiro de álcool exalado que impregna o ambiente mistura-se e torna o ar quase irrespirável. Assim, estrategicamente, são colocados nos cantos da sala frascos de desodorizadores de ambiente, deixados ali para nós, plantonistas.

Eu estava aflito, imaginando que aquela espera toda suportada pelos usuários e familiares estava piorando a situação de cada um, já que a maioria daquelas pessoas estava todo aquele período sem se alimentar, pois o serviço de saúde não oferece refeição – exceto aos pacientes que estão em regime intensivo, aguardando por transporte (ambulância) ou outra situação excepcional – e poucos são os pacientes que têm condições financeiras de comprar algo para comer nas imediações do CAPS.

Ao chamar Leonardo, estranhei que não aparentasse cansaço. Pelo contrário, dirigiu-se até mim com certo gingado, como se fizesse naturalmente um passo de “dança de rua”, em câmera lenta. As roupas coloridas que usava, o boné com o nome de uma banda de RAP e algumas espinhas no rosto o deixavam com uma aparência juvenil, alguém de seus vinte e poucos anos. Esse seu aspecto e o largo sorriso no rosto me fizeram pensar se Leonardo não tinha equivocadamente ido àquele serviço. Mais que essa aparência juvenil, o seu sorrir deixava a atmosfera escaldante daquele dia mais suave.

Quando entramos na sala e nos apresentamos com um aperto de mão, notei as tatuagens em seu antebraço e na mão, indicando que ele já fora preso, ou mais especificamente, que já cumprira pena em uma penitenciária, o tempo de prisão cumprido em regime fechado e o tipo de crime que havia cometido. Notei que Leonardo claramente percebeu que eu fitara suas tatuagens e havia compreendido seu significado. Naquele momento, eu já previa que ouviria muitas justificativas de Leonardo sobre como fora parar na cadeia injustamente etc.

Mesmo curioso a respeito dos motivos que o levaram a ser preso e condenado ainda tão jovem, contive-me por saber que ele estava ali por uma razão mais imediata que lhe provocara angústia. Se não, por que teria se deslocado de um bairro distante em busca de atendimento no CAPS? O impacto da aparência jovial e ainda preservada de Leonardo e seu largo e simpático sorriso, no entanto, continuaram a interferir em minha escuta como plantonista ao longo dos primeiros momentos de atendimento, como um inconformismo em aceitar que pudesse estar jogando sua vida fora, quando poderia estar fazendo planos para o futuro.

Leonardo relatou ter procurado aquele serviço para conseguir controlar-se em relação ao consumo de cocaína, emendando, sem que eu precisasse questioná-lo, que “era só cocaína mesmo, porque eu não me meto nessas coisas de *noia*” [*crack*]. Imediatamente, interferi dizendo-lhe que não seria útil para nosso encontro que ele escondesse algo para passar uma imagem boa sobre si mesmo. Percebi que reagira ao fato dele ter dito que gostaria apenas de controlar o uso de cocaína e não de abster-se.

Pouco a pouco nossa conversa fluiu e Leonardo foi revelando seu estilo de vida: seus pais são pessoas muito pobres e “simplórias” e que, às vezes, “parecem ter até alguma coisa esquisita na cabeça; eles não parecem normais. São inocentes e parece que abraçam⁴⁴ qualquer coisa”. Trabalham como lavradores; na verdade, como hortelões em um grande terreno que o proprietário lhes cedeu para plantarem, pois “assim eles mantêm pelo menos limpo de mato e o dono não arruma problema com a prefeitura; ganham merreca”. Leonardo fala com orgulho de um irmão mais velho, traficante de drogas, “de muita responsa”, que ele diz pertencer ao *Partido*.⁴⁵ Conta com aparente naturalidade que desde os nove anos de idade acompanhava e ajudava o irmão a vender drogas, “já que é difícil a polícia se meter com criança”... “imagina o que é você ter 12, 13, 14 anos e já ser considerado”.⁴⁶ Andando por aí na *quadrada*.⁴⁷ Claro que você não vai ser besta de jogar tudo isso fora”. Suas explicações são tão incisivas que se tornaram convincentes dentro daquele contexto. O próprio episódio de sua prisão – que minhas expectativas sugeriam ser um evento traumático – foi contado de maneira amena e sem estranheza. A prisão, para Leonardo, foi apenas um contratempo ou “um acidente de trabalho, ao qual todos estamos sujeitos ao exercer uma atividade profissional. Além do mais, disse não ter sofrido nada na cadeia porque o irmão conhecia muitas pessoas que também pertenciam ao *Partido*”.

44 Acreditar facilmente nas coisas ouvidas.

45 Facção Primeiro Comando da Capital (PCC).

46 Respeitado.

47 Portando pistola.

Após cumprir a pena, voltou a “trabalhar” [*sic*]. Assim refere-se ao tráfico: um trabalho sério que o obriga a cumprir tarefas específicas e certos horários, pois trabalha durante a noite e dorme de dia.

Leonardo não vê problema nenhum no que faz; Que “não é *noia* de ficar em bueiro escondido, fumando. Pelo contrário, eu fico ali... (cita os locais em que vende drogas), mas na frente das casas das pessoas de bem... Ninguém liga porque é a gente mesmo que leva paz... não deixa esses *noia* roubarem o pouco que as pessoas tem nem ficar ciscando e enchendo o saco de trabalhador”.

Poucas vezes tive a oportunidade de ouvir, por mais estranho que pareça, uma manifestação tão objetiva e bem formulada sobre este tipo de atividade “profissional” acompanhada de dados sobre o contexto e suas circunstâncias. Leonardo, certamente, era capaz de seduzir qualquer pessoa que o ouvisse falar sobre algo, competência importante neste tipo de “prestação de serviço” que deveria ser bem apreciada por seus superiores.

Ao ser questionado por mim sobre possíveis atitudes ou posicionamentos de seus pais em relação a estas atividades exercidas por seu irmão e por ele, Leonardo responde: “Não digo que o pai aprova, mas também não desaprova de ficar querendo criticar e especular muito. Ele só ficou diferente quando meu irmão contou que eu também tava usando... ele não quer que eu seja um viciado, mas vender ele não se importa”.

Não me causou surpresa que essa atividade tivesse a convivência familiar, afinal, seria impossível ocultar essa atividade por mais de uma década. Ingenuamente, ainda perguntei se os pais também estavam se

beneficiando do lucro com a atividade dos filhos. “Pedir, assim... Tem isso ou pode comprar aquilo, nem o pai nem a mãe nunca pediu, mas eu e o meu irmão deixamos sempre um dinheiro em cima do móvel e nunca ninguém recusou”.

Diante de várias possibilidades terapêuticas, propus-lhe que aceitasse ser internado, por um breve período de tempo, em um hospital, esperando uma negativa imediata. Expliquei-lhe que naquele momento o que mais chamava a minha atenção era minha dúvida de que ele conseguisse refletir sobre seus propósitos de tratamento estando “trabalhando” em um local de tão grande risco, exposição e facilidade de consumo. Para minha surpresa, Leonardo pediu para pensar um pouco naquilo tudo. Num pequeno espaço de tempo, intuitivamente acreditei que, se o deixasse sair do CAPS, simplesmente para “pensar”, não mais o veria. Então, propus-lhe algo muito mais objetivo: que aceitasse passar por uma consulta médica para ele poder ao menos saber “como andava seu corpo”.

Realizei os trâmites burocráticos para que fosse consultado naquela mesma tarde. Expliquei que outras pessoas me aguardavam e que ele não fosse embora sem antes falar comigo. Na verdade, eu estava receoso de que nada pudesse fazer diante de alguém que procura ajuda e que poderia sair sem que nada fosse feito. Por ora, nos despedimos.

Depois o encontrei em um banco no pátio, me esperando com um papel nas mãos, dizendo que me aguardava “para ver como tinha de fazer pra se internar”.

Ao final daquele dia, encerrei minha jornada de trabalho tentando encontrar explicações sobre como o que havia proposto fora aceito tão prontamente por alguém que parecera tão seguro sobre tudo durante o atendimento como Leonardo...

Síntese compreensiva do atendimento de Leonardo

Apesar do sol escaldante, beirando o insuportável, que fazia no dia em que realizei o atendimento de Leonardo, este, apesar de estar a bastante tempo aguardando para ser atendido e já passando das duas horas da tarde, não demonstrou estar irritado ou contrariado; até mesmo porque viera ao CAPS espontaneamente.

Quando o chamei, apresentou-se como um jovem aquém de seus quase 22 anos. Gingava como se estivesse praticando uma dança de rua, seu boné estava propositalmente colocado de lado, além de uma camiseta estampada com desenhos de uma banda de RAP; sorrimos juntos, afinal se comportava como alguém que já tinha uma intimidade muito grande com o CAPS e comigo.

Bastante comunicativo, apresentou seu ponto de vista frisando em vários momentos ser dependente apenas de cocaína, tentando minimizar o uso dessa substância e demonstrando repulsa aos usuários de *crack*, que, para ele, seriam pessoas com atitudes incompatíveis com a dignidade humana por seus hábitos de “ciscarem” o chão a procura de restos de drogas ou importunarem e roubarem pessoas trabalhadoras. “Não sou um noia”; esta foi uma expressão que Leonardo, por várias vezes, afirmou ao se referir a si mesmo.

Leonardo se vê como uma pessoa responsável que teve a “oportunidade” de aos 9 anos tomar contato com uma realidade de prestígio e respeito perante seus pares. Refere-se a isso como se estivesse relatando ser um “profissional de sucesso”, precoce em seu

ramo de atividade e que sofreu um revés que denominou como “acidente de trabalho” [as tatuagens indicavam ter sido preso pelo artigo 157]. Mesmo em relação à prisão, considera-se bem-sucedido e orgulhoso por ter sido bem tratado pelo fato dele e do irmão pertencerem a uma facção criminosa prestigiada.

Sua história de vida evidência uma infância com muita carência de toda sorte de recursos, inclusive culturais. Também se pode perceber que os pais não tiveram condições de impor limites e educar os filhos com determinados valores éticos ou religiosos; ficou-me a impressão de que ambos eram pessoas com dificuldades cognitivas. Esse fato parece ter deixado Leonardo nas mãos “competentes” do irmão mais velho que rapidamente o conduziu ao tráfico de drogas.

Essa lacuna que parece ter sido deixada em sua infância sensibilizou-me na medida em que seu relato atraente pelo conteúdo histriônico deixava transparecer uma tentativa de tornar a vida mais colorida e interessante. Assim, Leonardo “abusa” das gírias relacionadas a suas atividades e orgulha-se do prestígio que desfruta nos ambientes que frequenta. Entretanto, mesmo sem que ele tivesse se aprofundado em suas próprias percepções sobre as perdas que esse *estilo de vida* e o início precoce do uso de drogas lhe acarretaram, concluí que havia muito sofrimento escondido sob a camada de autosuficiência e isso ficou evidente ao ter aceito prontamente a ideia de ser internado em um hospital psiquiátrico durante um período de tempo.

Leonardo havia me passado uma mensagem que, felizmente, fui capaz de compreender a tempo de encaminhá-lo a um atendimento

médico antes que fosse embora e mudasse de ideia. Nem tudo é dito durante os atendimentos, mas muito deve ser percebido e compreendido pelo plantonista, especialmente a experiência de sofrimento camuflada sob a necessidade de sobrevivência.

3 - Narrativa-Síntese

Ao longo dos muitos encontros vividos às quintas-feiras nos atendimentos de plantão no CAPS, fui aprendendo sobre aquelas pessoas e sua difícil luta para sobreviver às próprias fragilidades e às condições de vida que lhes são muitas vezes impostas em função de fatores de ordem social e da falta de recursos. Foram atendimentos que se caracterizaram como uma forma de triagem, por força da situação, mas que também representaram momentos de acolhimento nos quais minha postura foi a daquele que se dispõe a ouvir atentamente as demandas, sem deixar de posicionar-se como pessoa e como profissional, ou seja, não apenas um atendimento suportivo, mas sim um processo ativo de relacionamento no qual me sentia responsável por compreender, orientar, motivar e encaminhar.

Neste caminhar com aquelas corajosas pessoas, muitos elementos significativos de suas experiências puderam emergir e afetaram-me de maneira intensa e verdadeira, tornando-me parte dos encontros, não como cúmplice, mas como alguém que se faz presente, compartilha e toma decisões no sentido mais pleno do que se pode conceituar como intervir clinicamente. Eis uma síntese desses significados:

1) Autoimagem:

Ao longo do processo de tecer as narrativas, chamou-me a atenção o fato de que independentemente das características da substância química a qual estavam presas num jogo de dependência

física e psicológica, as pessoas ainda preservavam um “*um olhar para si*”, de modo menos depreciativo do que aquele pelo qual são vistas pela sociedade, seja pelos meios de comunicação, seja pelo senso comum: pessoas que não têm nada a perder e não se importam com nada, nem ninguém. Este elemento manifestava-se desde a necessidade de proteger a própria vida e sua integridade até a preocupação em manter algum vínculo com a família, em especial com os filhos. Suas experiências não se referiam à percepção de um fim próximo ou a constatação de que não lhes restava nenhuma motivação para além do consumo de drogas. Pelo contrário, apresentam-se como pessoas que almejavam tratamento e esperavam voltar a uma vida mais digna. Essa perspectiva tornou-se clara quando tentavam posicionar-se num ponto de menor degradação em relação ao que observavam nas ruas; muitos chegaram a referir-se a um tipo de hierarquia no processo de perda de controle em relação às drogas pelos consumidores. Os consumidores exclusivamente de álcool trataram de reforçar que eram mais conscientes de sua condição e, por isso, não usavam drogas. No caso das pessoas que faziam uso predominantemente de *crack*, droga altamente desagregadora e destrutiva, estes tentavam distinguir-se de outros usuários de *crack*, também estabelecendo uma hierarquia entre os que fazem uso, na forma de cachimbos ou mesclados (tratáveis) daqueles que o utilizam fumados em latas de alumínio. Estes últimos foram adjetivados como pessoas que já perderam totalmente a sanidade, portanto, sem solução (não tratáveis), não se importando com nada mais na vida que não seja o consumo de *crack*; por essa razão, estas pessoas utilizam-se de qualquer artifício para consegui-la

como praticar delitos e até mesmo subtrair objetos de dentro da própria casa, “quando ainda têm casa”, pois tais pessoas perdem qualquer noção de higiene e autocuidado, chegando ao ponto de ficarem “ciscando” próximas aos pontos de consumo de drogas, isto é, pegando restos de droga no chão ou dentro de latas já utilizadas, onde há resíduos de *crack* que ainda podem ser consumidos. No sentido utilizado pelos participantes, deste ponto não se tem volta e se está muito próximo da morte física e mental. O consumo de álcool aparece como um fator importante para que se mantenham no uso de outras substâncias, no sentido deste ser um atenuante, na medida em que diminui momentaneamente a capacidade de crítica e conseqüentemente a possibilidade de afastar-se do consumo de outras drogas. O fator laboral sugere uma tentativa de preservar uma imagem social aceitável. Todos os participantes referiram ter uma profissão, mesmo que nunca a tivessem exercido de fato ou estivessem sem exercê-la há um longo tempo; sempre salientavam que já estavam “vendo algum trabalho” dentro de sua área profissional, para poderem voltar ao final do tratamento. Portanto, nenhuma daquelas pessoas passaram a impressão de não se importarem com seu destino futuro, tampouco deixaram de referir-se a um senso de responsabilidade em relação à família e ao trabalho.

2) RELAÇÃO COM O CORPO: a relação estabelecida subjetivamente com o próprio corpo, expressava a experiência de uma cisão entre o corpo físico e o psicológico, levando os participantes a negligenciarem as informações que lhes eram transmitidas pelos técnicos do serviço quanto a serem portadores de moléstias físicas graves, mesmo que isso

estivesse evidenciado por sintomas visíveis, tais como barriga inchada, sangramentos, convulsões etc. Como se ao chegarem ao serviço de saúde trouxessem uma visão de si mesmos excessivamente otimista a despeito das evidências da gravidade de seu quadro físico. Se por um lado, essa experiência subjetiva do corpo possa sugerir amor à vida e esperança de que dias melhores e mais felizes ainda estivessem por vir após o tratamento, também revelava uma maneira infantil e ilusória de buscá-la, imediata e sem grandes esforços pessoais, bem próxima da maneira como anteriormente haviam se envolvido, quimicamente, com as drogas.

3) Percepção de si: durante os atendimentos nos plantões, os participantes conseguiram contar sobre si mesmos, isto é, demonstraram compreender em algum grau a situação pela qual estavam passando e correlacionando-a com outros eventos igualmente significativos em suas vidas como: perdas familiares, prejuízo na vida profissional, isolamento social e limitação do círculo social de convivência (geralmente estavam restritos ao grupo com o qual compartilhavam o uso de alguma substância química).

4) Relações afetivas:

O início de consumo também é tratado pelos participantes de uma forma benevolente já que especialmente no caso do álcool, este fora utilizado como uma forma eficiente de extroversão, geralmente na adolescência. Comum ao consumo de todas as drogas, lícitas ou ilícitas, a experimentação se deu a partir de uma necessidade afetiva. Como parte de um hábito cultural, o álcool muitas vezes foi disponibilizado pelos próprios pais aos filhos e no caso das drogas

ilícitas o oferecimento inicial deu-se por amigos, já usuários, que o fizeram como um gesto de gentileza, aparentemente sem qualquer intenção de que aquela atitude causasse futuramente algum mal ou sofrimento para o amigo a quem a droga foi ofertada. No caso das mulheres, particularmente, o motivo inicial para o uso de substâncias químicas foi qualificado como “um ato de amor”, “companheirismo” e até “ciúme”, relacionados a um companheiro que era usuário de drogas e que se não se cuidassem acabava por substituí-las por outras mulheres; daí o desejo de compartilharem com eles o consumo de forma a demonstrarem sua fidelidade e amor. Essa forma de fidelidade está ilustrativamente clara no relato de uma participante que afirma que se mantém fiel para com o companheiro mesmo quando, por alguma razão, ele está recluso cumprindo pena; afirma com orgulho que a mulher que ama o companheiro permanece fiel e comprometida com a provisão financeira deste no período de reclusão; o mesmo não parece ocorrer no caso dos homens em relação às suas companheiras. Da mesma maneira que os vínculos afetivos foram reconhecidos como facilitadores para o início do consumo de drogas, a afetividade também aparece como um elemento importante para a tomada de decisão para a busca de ajuda. A maioria dos participantes compareceu ao CAPS acompanhada de um parente ou de alguém que se importava com elas. O elemento desencadeador para a busca de ajuda estava muitas vezes vinculado a alguém que se sensibilizou e tentou encontrar uma maneira de ajudar, levando ao serviço ou encaminhando para lá. Da mesma forma, o atendimento inicial num CAPSad deve ser realizado por um profissional que se importe pessoalmente com o usuário, que se

disponibilize a uma escuta atenta, aceitadora e empática e que, acima de tudo, possa se sensibilizar com o drama humano que se revela em toda a sua intensidade e riqueza num contexto como este.

5) Sofrimento face a maneira como se está vivendo.

Os participantes evidenciaram um sofrimento face ao que estavam vivendo naquele momento. A busca pelo CAPS foi muitas vezes desencadeada por esta experiência, traduzida em uma ansiedade intensa referida como uma “agonia” que os fizeram procurar ajuda. Portanto, a angústia mobilizou recursos internos para a busca por ajuda. Essa angústia é significada por eles como a agonia por não estarem contentes com a situação de vida e com a dependência química, surgida a partir do momento que perceberam a incapacidade de abandonarem a substância por si próprias e a falta de condições para trabalhar ou conviver com os familiares.

6) Relação com o consumo de drogas.

Independente da(s) substância(s) usada(s), o consumo era referido pelos participantes na maioria das vezes como algo que já haviam deixado, assim que tomaram a iniciativa de procurar pelo CAPS. Eles significavam o momento em que chegavam ao serviço como um divisor de águas, num sentido metafórico, como o renascer para uma outra vida sem as drogas, ou seja, já se reconheciam como pessoas em tratamento.

Capítulo 5

Dialogando com outros pesquisadores sobre novos significados

Estabelecer um diálogo com outros pesquisadores e suas experiências é um movimento necessário ao processo de reflexão acerca dos resultados desta pesquisa. Trata-se de contextualizá-la no campo da ciência psicológica, mas também colocá-la à prova como um estudo que pretendeu inquirir a potencialidade de uma prática psicológica da forma como vem sendo disponibilizada aos clientes de um centro de atenção psicossocial destinado a pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas.

Inicialmente, deve ser explicitado que em uma pesquisa de inspiração fenomenológica como esta, o *resultado* nada mais é do que o desvelamento de novas hipóteses e deve ser compreendido como o terceiro movimento no processo de análise iniciado com a descrição, sucedido pela compreensão e finalizado com a interpretação, numa dança harmoniosa em que os passos ao se sucederem complementam-se e são recriados.

O primeiro aspecto a ser apontado trata da experiência dos atendimentos ao terem se configurado como uma modalidade de atenção psicológica semelhante àquela concebida como plantão psicológico em instituições, estudada por diversos pesquisadores como: Ramos (2012); Gomide (2011); Zapparoli (2011); Mozena e Cury (2010); Rego Miranda e Cury (2010); Bilbao e Cury (2010); Antonialli (2009); Souza e Cury (2009); Cury e Ramos (2009); Sá Campos (2008);

Zanoni (2008); Palmieri e Cury (2007); Fernandes (2005); Santana (2001), entre outros.

Esta configuração do acolhimento como uma prática que se estrutura em um conjunto de atitudes por parte do plantonista psicólogo mostrou-se fértil em possibilidades para uma reflexão acerca de como a experiência dos clientes pode ser facilitada numa intervenção clínica de natureza dialógica; não se trata de apenas recepcionar os usuários, mas de respeitá-los em suas maneiras características de se posicionarem face aos problemas vividos. A constatação de que sua forma de atender assemelhava-se àquela proposta por profissionais e pesquisadores no contexto do plantão psicológico, ocorreu naturalmente a este pesquisador ao longo do processo – sistemático e rigoroso – de construir e analisar as narrativas a partir dos atendimentos realizados como rotina no CAPS. O diferencial para que esses atendimentos oportunizassem aos clientes uma análise sobre sua experiência subjetiva decorreu da maneira como o pesquisador/plantonista dispôs-se a estar com eles, colocando-se propositalmente na condição de *um outro* que ativamente se compromete com o objetivo de compreender para poder ajudar numa abertura a um relacionamento entre pessoas que se reconhecem mutuamente no próprio contexto do encontro. O pesquisador buscou em todos os atendimentos nortear-se pelos princípios de uma abordagem humanística em psicologia, enfatizando o protagonismo e centralidade dos clientes no processo de autocompreensão. Estava ciente de que sem a participação ativa do cliente, nenhuma proposta de tratamento seria eficaz. Assim, procurou apreender elementos da experiência dos

clientes a partir do modo como contavam sua história, das ênfases que imprimiam aos episódios, da maneira única e peculiar como se descreviam e a seus relacionamentos e, antes de tudo, como se relacionavam com ele naquele encontro. Muitas vezes havia demandas por soluções imediatas e irrealistas, como o desejo de que lhes fosse prescrito algum medicamento que lhes tirassem totalmente a vontade de consumir álcool ou outras drogas, ou seja, buscavam substituir uma droga por outra.

Essa atenção diferenciada concretizou-se em atitudes que poderiam ser consideradas pouco ortodoxas, se vistas por um prisma conservador de atendimento psicológico que prevê a aplicação de protocolos preestabelecidos, visando diagnosticar e fazer prognósticos ou simplesmente adequar a experiência do cliente às possibilidades dos serviços de saúde disponíveis no município. Como exemplo, pode-se retomar o atendimento a Otávio, cujo vínculo se estabeleceu a partir de uma *conversa* sobre pescaria que gerou clima propício para trocas intersubjetivas acerca dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, fazendo emergir de maneira natural experiências consideradas significativas por ele e que puderam ser analisadas a dois, levando a uma compreensão maior e mais integrada. A imobilidade que de início foi percebida pelo pesquisador poderia ter sido simplesmente entendida como falta de cooperação e prognóstico negativo sobre sua capacidade de comprometer-se com o futuro tratamento. Entretanto, o ato não usual de iniciar um encontro pretensamente terapêutico com uma conversa sobre peixes, de algum modo encontra semelhanças com as reflexões de Cautella (1999), de que a formação acadêmica do

psicólogo leva-o a inclinar-se para práticas muito similares àquelas da clínica médica, obedecendo a protocolos sobre como relacionar-se com o cliente a partir de sinais e sintomas psiquiátricos para subsidiar diagnóstico, prognóstico e intervenção. Da mesma maneira, Carvalho, Bosi e Freire (2008), Dutra (2004) e Cury (1999) fazem semelhante reflexão, ao tratarem da necessidade de enquadres clínicos diferenciados para o exercício da prática psicológica em serviços de saúde pública.

No caso desta pesquisa, a possibilidade de um atendimento diferenciado foi gerada pela certeza do psicólogo/plantonista sobre a ausência de protocolos adequados ao momento do acolhimento, portanto, o próprio encontro foi estruturando a partir do modo de relacionar-se. Cabe ressaltar que o ato de *abrir-se* à experiência do cliente em nada deve ser confundido com uma postura que supõe a habilidade de – por meio de alguns estratagemas técnicos – atrair o cliente para submetê-lo, mas sim revela uma postura autêntica de aceitação incondicional em relação a alguém que vem em busca de ajuda, fragilizado e em estado de grande sofrimento físico e psicológico. Ser recebido como uma pessoa digna de respeito e consideração por parte do plantonista nas condições em que se encontra surpreende o cliente, impelindo-o a rever suas próprias convicções a respeito de si mesmo.

Esta reflexão acerca do acolhimento como postura que subsidia um atendimento psicológico contextualizado num serviço público de saúde remete aos primórdios da carreira do psicólogo norte-americano Carl Rogers, quando foi desafiado a transformar-se de acadêmico em

profissional de psicologia clínica num centro de atenção psicossocial a crianças, adolescentes e famílias no estado de Rochester na região nordeste dos Estados Unidos durante a década de 50 do século passado.

Ele se referiu em diversas de suas inúmeras obras à importância daquele trabalho para o desencadeamento de um processo de compreensão sobre os elementos mais significativos presentes em atendimentos clínicos que potencializavam o crescimento psicológico dos clientes. Um dos pontos seminais da Psicologia Humanista e presente de maneira original na obra de Rogers diz respeito à potencialidade humana para a autopreservação e o crescimento psicológico,⁴⁸

O ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado. Acrescentemos que ele tem igualmente uma tendência para exercer esta capacidade (Rogers, 1977, p. 39).

Para Rogers, essa tendência está preservada ao longo da vida, embora possa ser obstruída em função de relacionamentos interpessoais nos quais a pessoa não tendo sido valorizada enquanto tal, especialmente em seus primeiros anos de vida, encontra maneiras distorcidas para simbolizar as próprias experiências, afastando-se de si mesma e de seus sentimentos. A via de acesso para uma reintegração

48 Chamada inicialmente por ele de tendência à atualização e posteriormente como tendência formativa (Rogers & Kinget, 1977).

de elementos significativos, inclusive para garantir a preservação da própria existência, seria a experiência de angústia que leva a pessoa a dar-se conta da incongruência entre sua autoimagem e seu mundo fenomenal. Momentos em que o sentimento de angústia aflora são vitais para que possa rever-se e a seus conceitos pela via de relacionamentos interpessoais nos quais possa ser aceita incondicionalmente como alguém digno de confiança e capaz de integrar novos significados à própria experiência. Assim, a busca por ajuda num CAPSad pode ser compreendida como um movimento de luta pela vida e retomada do crescimento psicológico. O ato de acolher exercido pelos profissionais do serviço adquire um significado extremamente importante como facilitação que permite ao cliente retomar sua própria autonomia pessoal para seguir em frente. Cuidar de outrem em um sentido fenomenológico é, antes de tudo, exercer um *autocuidado*. Uma relação dialógica torna-se, portanto, imprescindível para que tal processo seja desencadeado no cliente. Os participantes deste estudo manifestaram-se angustiados e desejosos de encontrar uma maneira de interromper o processo de estagnação existencial em que se encontravam em função da dependência às drogas que lhes roubava a possibilidade de viver de maneira saudável e construtiva, relegando-os a uma rotina ininterrupta de busca por uma nova dose. A maioria defendia-se como podia de uma autoavaliação negativa por meio de diversos estratagemas, tal como uma complicada explicação acerca da hierarquização entre os diferentes consumidores de substâncias químicas na qual o outro serve de *scrupulu* [lat.], de

medida sobre sua situação atual, uma vez que a pessoa não dispõe de recursos subjetivos para ser um juiz confiável e isento sobre si mesma.

A angústia trouxe-lhes uma sensação intensa que os tirou do *conforto* em que se instalaram em relação ao consumo de drogas, pois, apesar desta ser uma condição aviltante e autodestrutiva, era também um terreno seguro, já que conhecido. Osvaldo caracterizou sua angústia, não como o medo de morrer fisicamente, mesmo reconhecendo visualmente que seu corpo começava a dar sinais de deterioração, mas como um temor de que o legado de sua existência fosse o de alguém que passou pelo mundo como uma pessoa fraca, que não conseguiu dominar a dependência precoce ao álcool, expondo-o, principalmente, diante das filhas, como um inútil, indigno de exercer o papel de pai.

Outro elemento importante no caso desses participantes foi a menção às relações afetivas, fossem elas em relação às pessoas da família ou a amigos próximos, ou a pessoas estranhas que se importaram com elas e se dispuseram a ajudá-las, como alguém numa igreja ou o próprio patrão. Para Fernanda a vinda ao CAPS decorreu dos conselhos e orientações que recebeu “com muito amor” de uma religiosa que encontrara uma única vez, ao procurar por ajuda financeira em um templo evangélico. Para Flávio, a nostalgia pela forma como a avó lhe coçava as costas para dar-lhe segurança em momentos de medo na infância ajudou-o a compreender o quanto se sentia solitário e desprotegido atualmente. A frase de Aline, “Afinal, ninguém nasceu de chocadeira”, ecoou como uma constatação de que

embora não tivesse recebido quase nada da vida, deveria haver em algum lugar uma mãe que algum dia nutriu por ela algum afeto.

A difícil jornada a ser empreendida para livrar-se das drogas não pode prescindir da esperança por uma vida melhor na qual possam encontrar consideração e apreço por parte de pessoas que lhes são significativas afetivamente, mesmo aquelas que ainda estão por vir. A presença compreensiva, mas firme, dos profissionais representa a primeira manifestação de que ainda são dignos de uma relação de confiança, em que a alteridade possa ser vivida como caminho para um reencontro com suas próprias potencialidades para construir uma vida melhor. Mesmo as recaídas, tão frequentes nos CAPS, constituem uma maneira de confirmar que os profissionais continuarão disponíveis para as novas tentativas de recuperação, sem desistir deles. O processo de mudança de atitudes passa pela relação com o outro “de pessoa para pessoa”. A afetividade é sempre dialógica e pode em certos momentos manifestar-se de maneira exigente e rigorosa. Assim, essa busca errante por livrar-se da dependência, em que a pessoa se acovarda muitas vezes ante o intenso mal estar físico e psicológico, não interrompe a necessidade de ser reconhecida e cuidada de forma afetuosa e os profissionais precisam ser capazes deste reconhecimento, mesmo quando tudo parece apenas autodestruição.

Rogers (1983) compreendeu este processo muito bem ao referir-se ao que chamou da “sala dos fundos de hospitais psiquiátricos”,

A chave para entender esses comportamentos é a luta em que se empenham para crescer e ser, utilizando-se dos

recursos que acreditam serem os disponíveis. Para as pessoas saudáveis, os resultados podem parecer bizarros e inúteis, mas são uma tentativa desesperada da vida para existir (p. 41).

Ao analisar-se os significados que emergiram das narrativas numa perspectiva fenomenológica, surge como um tema relevante refletir sobre as atitudes que devem permear o campo intersubjetivo facilitador de um encontro autêntico entre o profissional e o usuário – que está em processo de tornar-se cliente do serviço – e que deve constituir o ato do acolhimento. O terreno mais propício será aquele fertilizado por um clima de aceitação, compreensão e calor humano que transmita ao cliente segurança, afeto e cumplicidade, ou seja, um ambiente no qual ele encontre um profissional cujo primeiro olhar será no intuito de reconhecê-lo (e não julgá-lo) a fim de confirmá-lo como pessoa digna de respeito e de consideração, tal qual o primeiro dos muitos olhares que a mãe dirige ao filho recém-nascido.

Neste momento, torna-se oportuno ampliar a discussão sobre a semelhança constatada entre o plantão psicológico e os encontros do pesquisador com os participantes desta pesquisa.

O plantão psicológico não é definido apenas como uma prática alternativa no campo da assistência psicológica. Tradicionalmente vinculada ao trabalho do psicólogo em instituições, na maioria das vezes públicas, esta prática corre o risco de ser tomada como uma maneira eticamente refinada de resolver a o crônico problema das longas filas de espera por atendimento. Muito embora tal efeito possa ocorrer em função desta modalidade de atendimento ser referenciada

pela demanda do usuário e não pela “queixa principal” presente nos protocolos de atendimento psicológico. A esse respeito, Nunes e Morato (2008) procuram estabelecer uma delimitação entre o *pedido*, a *queixa* e a *demanda*. Para estes pesquisadores, o pedido é o enunciado que abre espaço para uma intervenção do psicólogo; “Nesse pedido, o cliente revela um lugar predeterminado para esse profissional, a partir do qual este pode revelar outras possibilidades de intervenção para o cliente” (p. 81). Esta visão *qualifica* a prática psicológica como essencialmente dialógica e imprime um sentido peculiar à atenção clínica.

Da mesma maneira, é igualmente falaciosa qualquer proposta que advogue a prática do plantão psicológico como um meio mais efetivo de se estender os cuidados psicológicos a uma parcela maior da população, uma vez que por ocasião de suas primeiras aparições na década de 1970 do século passado, o cenário da psicologia como profissão no Brasil apresentava-se complicado em relação ao aumento da demanda e a dificuldade de transpor-se o modelo clínico do consultório particular às instituições públicas voltadas às comunidades instaladas nos grandes centros urbanos. É mister ressaltar que as primeiras iniciativas que levaram à criação da prática denominada como plantão psicológico remontam à década de 70 do século vinte no Brasil, especialmente graças ao pioneirismo de Rachel Léa Rosenberg, psicóloga e pesquisadora de orientação humanista que estabeleceu as bases para a teoria e a prática do plantão psicológico a partir de sua implantação como parte dos atendimentos prestados à população pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico da Universidade de São Paulo.

Corroborando afirmações de diversos pesquisadores, Tassinari (2003) sugere que o plantão psicológico foi, em parte, um desdobramento da Abordagem Centrada na Pessoa, ao conservar diversos atributos teóricos e metodológicos propostos por Carl Rogers ao tratar de temas como psicoterapia e grupos de encontro.

Utilizando a mesma direção argumentativa, pode-se afirmar que o sentido da “prática *do psicólogo*,” segundo tal concepção é a prática instituída *no e a partir* do sujeito, portanto, trata-se de uma modalidade clínica que se viabiliza apenas no ato do encontro e no fazer da intersubjetividade, impossibilitando regras e posturas apriorísticas de como agir diante de determinadas situações. Morato (1999) sintetiza de forma contumaz tais considerações:

Desvincular uma prática clínica de uma teoria normativa sobre a clínica tem possibilitado a aventura da invenção de práticas psicológicas em instituições, a partir da própria desinstitucionalização de práticas consagradas. (...) Pois se considerarmos prática como *práxis*, ou seja, ação, diz respeito à iniciativa, e o que se inicia não pode ser nem estar a não ser por si mesmo. É próprio da prática a não institucionalização, o não poder, a sua possibilidade de invenção (pp. 28-29).

Torna-se sempre atual e relevante alicerçar que o plantão psicológico pode ser considerado como uma “prática alternativa” no sentido de ser algo outro em relação ao estabelecido como campo seguro e próprio do saber e da técnica psicológica (Mahfoud, 1999, p. 13).

Nobre e Morato (2004) contemplam essa situação ao afirmarem:

No âmbito da atuação psicológica, o olhar voltado ao sofrimento humano contextualizado preocupa-se em buscar abordagens teórico-práticas que contemplem as demandas inseridas nesta problemática, procurando por metodologias interventivas para a inserção de práticas psicológicas em contextos institucionais (...) (p. 351).

É justamente esse desafio que tem impelido psicólogos e pesquisadores convictos deste modo peculiar de conceber a atenção psicológica a arriscarem-se e lançarem-se ao desafio de implementar e viver uma prática dialógica em contextos diversos como instituições de longa permanência para idosos, instituições prisionais, Centros de Atenção Psicossocial, creches, serviços de assistência judiciária, hospitais gerais, clínicas escola, serviços universitários de apoio aos estudantes, entre outras. Este foi também o desafio deste pesquisador ao arriscar-se a examinar com atenção e rigor sua própria prática no contexto de um CAPSad, objetivando contribuir com sua experiência para a construção da ciência psicológica contemporânea.

Considerações Finais

Ao final desta pesquisa, algumas reflexões fazem-se necessárias por parte do pesquisador. No momento inicial deste estudo enfatizou-se a importância de cartografar o contexto no qual se iria caminhar, sem que se soubesse ao certo onde seria possível chegar. As circunstâncias que incidem sobre uma pesquisa fenomenológica constituem-se em mistério a ser desvelado ao longo da experiência que se está prestes a viver com os corajosos seres humanos que se dispõem a participar pouco sabendo sobre o pesquisador e seus anseios. Enfim, no princípio havia apenas uma questão que mobilizava o pesquisador e um terreno inexplorado a ser trilhado, ou melhor, cartografado. O fenômeno foi se constituindo a partir das coordenadas geográficas de que se dispunha. Seguindo em frente, o pesquisador necessitou de toda a sua humanidade para aproximar-se de algo que lhe era muito familiar, mas que para a realização deste estudo, precisava ser redescoberto, tornando-se novo, inédito como o primeiro olhar trocado com alguém que se acabou de conhecer. Para tanto, havia a experiência acumulada na prática do CAPS, a formação acadêmica, algumas teorias, uma certa epistemologia, um modo próprio de se aproximar do fenômeno, alguns bons autores que generosamente comunicaram seu saber fazer sobre o assunto e uma grande vontade de aprender pela via da compreensão. Desta maneira, ao invés da meticulosidade cartográfica, o pesquisador permitiu-se um contato com a sensação de planar ao sabor dos ventos e das alterações de

temperatura, experimentando tocar e distanciar-se; afinal, uma pesquisa de inspiração fenomenológica convida a toda esta riqueza de sensações que inclui movimento, descoberta, relacionamento e crescimento.

Neste caminhar foi possível encontrar algumas respostas à questão inicial, mas também foi necessário redizê-la a partir do vivido com os participantes. Um ato simples de estar com o outro no momento em que sua insegurança e fragilidade frente a vida mostram-se tão intensas, impôs ao pesquisador uma disponibilidade pessoal que se traduziu em um conjunto de atitudes e numa experiência dialógica.

Em termos quantitativos, não foi intenção deste estudo medir a importância deste tipo de relacionamento - que se faz presente no momento do acolhimento aos usuários que procuram ajuda no serviço - em relação ao tratamento como um todo. O que se pode inferir numa perspectiva de intervenção clínica, é que tais atitudes traduziram-se em situações de relacionamento que muito se assemelham às constatações de outros pesquisadores em relação à prática do Plantão Psicológico, especialmente quanto ao enquadre psicológico adequado a contextos institucionais que desafiam o psicólogo no cotidiano de serviços públicos de saúde.

A esta altura, é importante mencionar que as diferentes modalidades de serviços públicos voltados à saúde, embora pertençam e façam referência a um mesmo sistema geral de cuidados à saúde - SUS -, estão sujeitas em seu funcionamento não apenas as macroesferas, estaduais e federais, mas principalmente as microesferas de poder. São nessas microesferas, onde a política

municipal é efetivada por meio de gestores, coordenadores e trabalhadores da área de saúde que as diretrizes previstas nas políticas públicas nacionais serão ou não efetivamente colocadas em ação. Por essa razão, acreditamos ter tido o privilégio de poder realizar esta pesquisa em um município cuja gestão do CAPSad está sendo efetivada de forma aberta à experimentação de novos modelos e maneiras de se pensar a saúde pública. Esperamos que os resultados deste estudo possam vir a contribuir neste sentido.

Do ponto de vista científico, foi possível apreender e sistematizar elementos significativos da experiência dos participantes a partir da experiência pessoal e profissional do pesquisador/psicólogo ao estar com elas no momento em que iniciavam os primeiros movimentos para livrar-se da dependência às drogas pela via de um tratamento físico e psicológico.

Em síntese, concluiu-se que pessoas que se encontram escravizadas a uma busca insana por mais uma dose ou mais uma aspirada de forma tão intensa e exigente que viver se resume a isto, ainda preservam, mesmo que de maneira muito incipiente, a capacidade de exercer uma crítica em relação a esta situação e disponibilizam-se ao tratamento almejando a possibilidade de um futuro no qual possam recuperar vínculos familiares, um trabalho, uma moradia, enfim sua dignidade como seres humanos. Para tanto, a presença de um serviço de portas abertas e de um atendimento profissional que se pautar por atitudes de acolhimento tornam-se vitais e imprescindíveis para a possibilidade de um futuro. Se a sociedade

negligenciar esta possibilidade estará desertando da missão de preservar sua própria integridade e sobrevivência.

O encerramento de uma pesquisa fenomenológica deve constituir-se em oportunidade para a geração de novas hipóteses e no despontar de um sentido sobre o tema que orientou a jornada do pesquisador. No caso deste estudo, a prática do acolhimento foi colocada à prova e saiu-se muito bem, pois permitiu vislumbrar que o canto de sereia pode transformar-se em toque que anuncia o alvorecer. Há maneiras de resgatar o humano das ruínas da dependência química, mas para que elas possam ser efetivadas, há que se acolher aquele que chega combalido a partir de um conjunto de atitudes que se traduzem num autêntico cuidar. Trata-se de assumir um posicionamento ético no sentido de intervir psicologicamente disponibilizando uma relação dialógica que só se faz possível quando se acredita no potencial do outro para exercer em algum grau sua autonomia pessoal.

Referências Bibliográficas

Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de filosofia* (A. Bosi & I. Castilho Benedetti, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. L. (2005). *Narrativas: o gesto do sonhador brincante*. Anal do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, São Paulo.

Alves, C. A. & Silva Jr., A. G. (2007). Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: M. V. G. C. Morosini & A. D. A. Corbo (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família* (pp. 27-41). Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz.

Alves, A. R. C. (2010). Conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. *Lua Nova*, 80, 71-96.

Alves, P. M. S. (2008). Introdução. In E. Husserl. A crise da humanidade europeia e a filosofia. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj035380.pdf>>. Acesso em: 13 out 2011.

Amatuzzi, M.M. (1989). O Resgate da fala autêntica. Campinas-SP: Ed. Papyrus.

_____ (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13 (1), 5-10.

_____. (2007). Experiência: um termo chave para a psicologia. *Memorandum*, 13, 8-15.

_____. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 93-100.

Amatuzzi, M. M. & Carpes, M. (2010). Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers. *Memorandum*, 19, 11-25.

Andrade, A. N. & Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), maio/ago.

Antonialli, M. A. S. (2009). Atenção psicológica à criança em um serviço universitário: um estudo sobre o projeto Ciranda. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Antunes, S. M. M. O. & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, 207 – 215.

Ayres, J. C. R. M. (2005). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas na saúde na América Latina* (pp. 91-108). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.

- Beck, Ulrich. (1997) A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: Giddens, Anthony; Lash, Scott. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP.
- Benjamin, W. (1930/1985). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin (Org.). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Bezerra Jr., B. & Amarante, P. (1992). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará.
- Bilbao, G. G. L. & Cury, V. E. (2006). O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. *Paidéia*, 16, 91-100.
- Bobbio, N., Matteuci, N. & Pasquino, G. (1998). *Dicionário de política* (C. C. Varriale et al., Trans.) Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília.
- Boff, L. (2004). *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- Braga Campos, F. C. (2000). *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. (Tese de Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ UNICAMP.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Presidência da República/Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao>. Acesso em: 26 fev. 2010.

_____. (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Presidência da República/Casa Civil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2010.

_____. (1992). Portaria ministerial n. 224/92. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como corresponsáveis, à luz da lei orgânica da saúde (n. 8080, 19/09/90), os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados a complementá-la. Brasília, DF: SNAS/MS.

_____. (2002). Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe-Canguru – Manual Técnico*. Brasília, DF.

_____. (2004a). Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF.

_____. (2004b). Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

_____. (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004* (5ª ed.) Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

_____. (2004d). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004* (5ª ed. ampliada). Brasília, DF.

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

_____. (2008). Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. Disponível em: <www.saude.gov.br/susdeaaz/topicos.htm>. Acesso em: 22 mar. 2010.

_____. (2010). Ministério da Saúde. *Cenário Atual*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 10 mar. 2010.

Camelo, S. H. H., Angerami, E. L. S., Silva, E. M. & Mishima, S. M. (2000). Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8, 30-37.

Campos, A. P. S. (2008). *Atenção Psicológica Clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.*

Campos, G. W. S. (1991/2006). *A saúde pública e a defesa da vida (3ª ed.)*. São Paulo: Hucitec.

_____. (1994). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In L. C. O. Cecílio (Org.). *Inventando a mudança na saúde* (pp. 29-87). São Paulo, SP: Hucitec.

_____. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde; um desafio para o público*. São Paulo, SP: Hucitec/ Buenos Aires, ARG: Lugar Editorial.

_____. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4, 393-404.

_____. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo, SP: Hucitec.

Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.

- Capalbo, C. (1996). *Fenomenologia e ciências humanas*. Londrina, PR: Editora UEL.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M. & Freire, J. C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*, 42 (4), 700-706.
- Cautella, W. Jr. (1999). Plantão psicológico em hospital psiquiátrico: novas considerações e desenvolvimento. In M. Mahfoud (Org.). *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp.97-114). São Paulo, SP: Editora C.I.
- Cecílio, L. C. O. (1997). Prólogo. In L. C. O. Cecílio. *Inventando a mudança na saúde* (2ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- CFP (Conselho Federal de Psicologia) (2012). Muito a comemorar, muito mais a fazer. *Jornal do Conselho Federal de Psicologia*, XXIII, 104, 4-7, jan./ago.
- Cohn, A. (1995). Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In A. C. Laurell *Estado e políticas sociais no neoliberalismo* (pp. 225-244). São Paulo, SP: Cortez.
- Cohn, A. & Elias, M. P. E. (2002). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo, SP: Cortez.
- Conselho Federal de Psicologia (2012). Muito a comemorar, muito mais a fazer. *Jornal do Conselho Federal de Psicologia*, ano XXIII, 104, 4-7, jan.-ago. 2012.

- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Costa, J. F. (1979/2004). *Ordem médica e norma familiar* (5ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal.
- Costa, J. S. (2008). *A terapia de família e de casal e a equipe terapêutica reflexiva: um modelo de trabalho para as instituições*. (Tese de Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Costa, N. R. (1998). O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In N. R. Costa. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social* (pp. 125-145). São Paulo, SP: Hucitec.
- Cury, V. E. (1994). *Abordagem centrada na pessoa. Um estudo dos trabalhos com grupos intensivos para a Terapia Centrada no Cliente*. (Tese de Doutorado) – Unicamp, Campinas.
- _____. (1999). Plantão psicológico em clínica-escola. In M. Mahfoud (Org.). *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp. 115-133). São Paulo, SP: Editora Ilimitada.
- _____ & Prebianchi, H. B. (2005). Atendimento infantil num clínica-escola de psicologia: percepção dos profissionais envolvidos. *Cadernos de Psicologia e Educação: Paidéia*, 15 (31), 173-330.

- Cury, V. E. & Ramos, M. T. (2009). Plantão psicológico em clínica-escola: prática e pesquisa. In J. O. Breschigliari & M. C. Rocha (Orgs.). *SAP – Serviço de Aconselhamento psicológico: 40 anos de história*. São Paulo, SP: SAP/IPUSP.
- Dantas Rocha, H. S. P., Rocha, P. M., Souza; E. C. F., Uchôa, A. C. & Villar, R. L. A. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (sup. 1), S100-S110.
- Diaz, A. R. M. G. (2009). Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Favoreto, C. A. O. & Cabral, C. C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (28), 7-18.
- Fernandes, D. L. (2005). *Plantão psicológico em clínica-escola: análise de vivências de plantonistas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Ferrater Mora, J. (2004). *Diccionario de filosofía*. Tomo I. Buenos Aires, ARG: Editorial Sudamericana.

Figaredo, P. H. (2007). Psiquiatria y ética médica. *Humanidades Médicas*, 7 (2). Disponível em:< www.scielo.org>. Acesso em: 10 dez. 2009.

Fleury, T. S. (1995). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In T. S. Fleury (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria* (pp. 17-46). Rio de Janeiro, RJ: Cortez/Abrasco.

Fontes, M. P. Z. (2003). Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol; Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/FAU/Proarq, Rio de Janeiro.

Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa*. São Paulo, SP: Pioneira.

Fougeirollas, P. (1972). *A filosofia em questão*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.

Franco, T. B., Bueno, W. S. & Merhy, E. E. (2003). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde; o caso de Betim (MG). In E. E Merhy, H. M. Magalhães Jr., J. Rimoli, T. B. Franco & W. S. Bueno (Orgs.). *O trabalho em saúde; olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 37-54). São Paulo, SP: Hucitec.

- Friedrich, N. (1998). *Assim falou Zaratustra*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Gagnebin, J. M. (1985). Walter Benjamin ou a história aberta. In W. Benjamin *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (S. P. Rouanet, Trad.; J. M. Gagnebin, Intr.). São Paulo, SP: Editora Brasiliense. (Obras Escolhidas, vol.1).
- García-Viniegras, C. R. V. & Benítez, I. G. (2000). La categoria bienestar psicológico. Su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6). Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of psychological methodology. Phenomenology and Psychological Research* (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Goldim, J. R. (2009). Triagem. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/triagem.htm>>. Acesso em: maio 2012.
- Gomide, Grasiela (2009). Atenção psicológica clínica em um serviço universitário de psicologia. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. –
- Gouveia, R. & Palma, J. J. (1999). SUS na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, 13 (5), 139-146, jan.-abr.

- Greco, C. P. (2009). *O grupo de acolhimento: um dispositivo para facilitar a adesão ao tratamento*. Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental. Campinas, SP: Unicamp.
- Gruppi, L. (1978). *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Hart, J. T. (1970). The development of client centered therapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Orgs.). *New directions of client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Hennig, M. A. S., Gomes, M. A. S. & Gianini, N. O. M. (2006). Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru”. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 427-435.
- Hobsbawm, E. (1994). *Era dos extremos: o breve século XX*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Holanda, A. (2002). *O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia*. (Tese de Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Husserl, E. (1935/1996). *A crise da humanidade europeia e a filosofia* (U. Zilles, Trad. e Intr.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.

_____. (1935/2006). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. In E. Husserl. *Europa: crise e renovação* (pp. 119-152). Lisboa, PT: Centro de Filosofia/Universitas Olisiponensis.

_____. (1935/2008). *A crise da humanidade europeia e a filosofia* (P. M. S. Alves, Trad. e Intr.). Covilhã, PT: Universidade da Beira Interior.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2011). *Resultados da amostra do Censo 2010. Malha municipal digital: situação em 2010*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>. Acesso em: 13 mar. 2011.

Illitch, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Nova Fronteira.

Jacob, K. S. et al. (2007). *Mental health systems in countries: where are we now? Lancet published on-line*. 6736 (07). Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 22 set. 2009.

Kotre, J. (1997). *Luas brancas: como criamos a nós mesmos através da memória*. São Paulo, SP: Mandarim.

Kuhn, T. (1978). *Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, SP: Perspectiva.

Loparic, Z. (1980). Husserl: vida e obra. In Z. Loparic. São Paulo, SP: Ed. Abril. (coleção Os Pensadores).

- López-Escobar, A. E., Frias-Armenta, M. & Díaz-Mendes, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: um modelo ecológico. *Estudos de Psicologia*, 8 (1).
- Luczinski, G. F. & Ancona-Lopez, M. (2010). A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 75-82.
- Mângia, E. F., Souza, D. C.; Mattos, M. F. & Hidalgo, C. V. (2002). Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Revista de Terapia Ocupacional*, 13 (1), abr.
- Mahfoud, M.(Org) (1999). Plantão psicológico: novos horizontes. São Paulo, SP: Editora C.I.
- Mendes, V. L. F. & Souza, L. A. P. (2009). O conceito de humanização do Programa Nacional de Humanização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (1), 681-689.
- Merhy, E. E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo technoassistencial em defesa da vida. In L. C. O. Cecílio (Org.). *Inventando a mudança na saúde* (2ª ed., pp. 117-160). São Paulo, SP: Hucitec.
- _____. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o*

público (pp. 71-112). São Paulo, SP: Hucitec/Buenos Aires, ARG: Lugar Editorial.

_____. (2000). *Modelo de atenção à saúde como contrato social* (pp. 1-9). Texto apresentado no 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF.

_____. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.

Miranda, L. & Onocko Campos, R. T. (2010). Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13 (3), 441-456.

Messias, J. C. & CURY, V. E. (2006). Psicoterapia Centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiência. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 19, 355-361.

Morato, H. T. P. (1997). Experiências do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP: aprendizagem significativa em ação. *Boletim de Psicologia*, 47(106), jan./jun.

_____. (1999). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Morel, M. R. L. (1982). Prefácio. In M. T. Luz. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.

- Moustakas, C. E. (1994). Human science: perceptions and models. In C. E. Moustakas. *Phenomenological research methods* (pp. 1-24). EUA: Sage Production.
- Mozena, H. & Cury, V. E. (2010). Plantão psicológico em um serviço de assistência judiciária. *Memorandum*, 19, 65-78.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Notas de aula. Trad. não publicada realizada pelo Prof. Mauro Martins Amatuzy.
- Negri, B. & Giovanni, G. (Orgs.) (2001). *Radiografia da saúde*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP.
- Neto, J. L. F. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1).
- Nunes, A. P. & Morato, H. T. P. (2008). A práxis clínica de um laboratório universitário como aconselhamento psicológico. *Boletim de Psicologia*, LVIII (128), 073-084.
- Palmieri, T. H. & Cury, V. E. (2007). Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 20, 472-479.
- Panizzi, M. & Franco, T. B. (2004). A implementação do Acolher Chapecó: reorganizando o processo de trabalho. In T. B. Franco, M. A. A. Peres & M. Panizzi (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo*

assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo, SP: Hucitec/Chapecó: Prefeitura Municipal, 70-110.

Pedroso, R. T. & Vieira, M. E. M. (2009). Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13(1), 695-700.

Pereira, E. G. & Ayres, J. R. C. M. (2003). *Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica*. Anais do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP: Associação Paulista de Saúde Pública.

Pérez, T. L, Gener, J. H. & Argota, J. V. (1997). Causas de la deserción em la hospitalización parcial de adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 69(1). Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 11 out. 2008.

Pitta, A. (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, SP: Hucitec.

Ramazzini, B. (1700/2000). *As doenças dos trabalhadores* (R. Estrêla, Trad.). São Paulo, SP: Fundacentro.

Ramos, Máisa Tordin (2012). *Plantão psicológico em uma instituição de longa permanência para idosos: um estudo fenomenológico*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Reale, G. & Antiseri, D. (1991). O positivismo na Itália. In G. Reale & D. Antiseri. *História da filosofia: do Romantismo até nossos dias* (pp. 338-554, vol. 5, cap. 6). São Paulo, SP: Paulus.

Rego Miranda, R. M. & Cury, V. E. (2010). Dançar o adolescer: estudo fenomenológico com um grupo de dança de rua em uma escola. *Paidéia*, 20, 391-400.

Ribeiro Jr., J. (1991). *Fenomenologia*. São Paulo, SP: Pancast Editorial.

Ribeiro, S. M. P. (2008). *A cidade miniatura do Mário sob um olhar fenomenológico: narrativa inscrita nas fronteiras entre a expressão poética, a psicologia social e a história*. (Tese de Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), São Paulo.

Ribeiro, V. M. B. & Silveira, L. M. C. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9 (16), 91-104.

Rogers, C. R. (1947). Some observation on the organization of personality. *The American Psychologist*, 2 (9), pp. 358-368. In J. K. Wood *et al.* (Orgs.) (1995). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória, ES: Ed. Fundação Ceciliano Abel de Almeida.

_____. (1951). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

_____. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), pp. 95-103. In J. K. Wood *et al.* (Orgs.) (1995). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória, ES: Ed. Fundação Ceciliano Abel de Almeida.

_____. (1961). *Tornar-se pessoa*. São Paulo, SP: Martins Fontes

_____. (1975). Terapia da personalidade e da dinâmica do comportamento. In C. R. Rogers & G. M. Kinget (1975). *Psicoterapia e relações humanas: teoria da terapia não diretiva*. Belo Horizonte, MG: Interlivros.

Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas*. Belo Horizonte, MG: Interlivros.

Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo, SP: EPU/EDUSP.

_____. (1978). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

_____. (1980). *Um jeito de ser*. São Paulo, SP: EPU.

_____. (1985/1997). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In: J. K. Wood *et al.* (Orgs.) (1995). *Abordagem centrada na pessoa* (pp. 157-179). Vitória, ES: Editora da Universidade Federal do Espírito Santo.

Santos, D. L. C., Superti, L. & Macedo, M. S. (2002). Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. *Boletim de Saúde*, 16 (2), 30.

Schmidt, B. & Figueiredo, A. C. (2007). Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento – uma proposta de avaliação dos serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In M. C. V. Couto & R. G. Martinez (Orgs.). *Saúde mental e pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: NUPPSAM/PUB/UFRJ.

Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). (2011). *Perfil municipal*. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/perfil.php>. Acesso em: 13 mar. 2011.

Senad (Secretaria Nacional Antidrogas) (1998a). Medida provisória n. 1.669/98. Disponível em: <www.senad.gov.br/prevencao_tratamento.html>. Acesso em: 10 mar. 2010.

_____. Decreto n. 2.632/98. Disponível em: <www.senad.gov.br/prevencao_tratamento.html>. Acesso em: 10 mar. 2010.

_____. (2010). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília, DF: Senad. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/material-informativo/serie-por-dentro-do-assunto/legislacao-e-politicas-publicas-sobre-drogas-no-brasil>>. Acesso em: maio 2012.

- Silva Jr., A. G. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Silva Jr., A. G. & Mascarenhas, M. T. M. (2004). Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 241-257). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco/São Paulo: Hucitec.
- Simões, A. (2003). Loucura, cidadania e subjetividade: confluências e impasses. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3 (1), mar.
- Souza, V. D. & Cury, V. E. (2008). Psicologia e atenção básica: vivência de estagiários na estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1084/2, 1-12.
- Souza, G. G. (2011). *Atenção psicológica em universidade: a experiência de estudantes como clientes*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Szymansky, H. & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 355-364.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 331-340.

- Tassinari, M. A. (2003). A clínica da urgência psicológica. Contribuições da Abordagem Centrada na pessoa e Teoria do Caos. (Tese de Doutorado) – UFRJ, Rio de Janeiro.
- Teixeira, R. R. (2003). O Acolhimento num sistema de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro, RJ: Ed. UFRJ/Instituto de Medicina Social.
- Tesser, C. D., Poli Neto, P. & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 3.615-3.624, nov.
- Uga, V. D. (2004). A categoria “pobreza” nas formulações de política social do banco Mundial. *Revista de Sociologia Política*, 23, 55-62.
- Unodc (United Nations Office on Drugs and Crime) (1988a). Commission on Narcotic Drugs documents. Vienna: UNODC. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: maio 2012.
- _____. (1988b). Treaty and Legal Affairs [online]. Vienna: Unodc. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: maio 2012.
- _____. (1998). Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Global das Drogas, XX. Disponível em: <

www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/marco-legal.html>. Acesso em: maio 2012.

_____. Global Illicit Drug Trends (1999). Disponível em : <
http://www.unodc.org/pdf/report_1999-06-01_1.pdf>. Acesso em: maio 2011.

_____. Drug use prevention, treatment and care (2012a). Disponível em: <
<http://www.unodc.org/unodc/en/drug-prevention-and-treatment/index.html>>.
Acesso em: maio 2012.

_____. Prevalence of drug use among the general population (2012b). Disponível
em: _____ <
<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>>. Acesso
em: _____ 2012.

Weber, R. & Delgado, P. G. (2007). Carta ao editor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2).

Young, R. (1988). Some criteria for making decisions concerning the distribution of scarce medical resources. In R. B. Edwards & G. C. Graber. *Bioethics* (p. 739). Chicago: Harcourt.

Zanoni, M. R. L. (2008). *Plantão Psicológico em um Serviço Universitário de Psicologia: a experiência de aprimorandas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Zaparoli, C. T. (2009). *Falando para a galera: um estudo fenomenológico sobre uma prática psicológica*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Zilles, U. (2007). Fenomenologia e Teoria do Conhecimento em Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XIII (2), 216-221, jul./dez.

_____. (1996). Introdução. In E. Husserl (1935). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. (U. Zilles, Trad. e Intr.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.

Zini, R. L. (2004). *A experiência de usuários de uma clínica-escola de psicologia conveniada ao SUS*. (Dissertação de Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Renato Luis Zini, aluno do curso de Doutorado do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, estou realizando uma pesquisa intitulada “Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas” como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. O objetivo desta pesquisa é problematizar o conceito de acolhimento como proposto no campo da Saúde Pública a partir da experiência de usuários atendidos por mim no Plantão Multiprofissional disponibilizado por esta Unidade de Saúde (CAPSad).

A participação dos usuários deste serviço de saúde ocorrerá mediante uma entrevista com o pesquisador, cujo conteúdo servirá exclusivamente para fins de análise e publicações científicas. Informo que o registro das entrevistas será redigido por mim logo após a sua realização e neles serão suprimidos todos os dados que possam servir para a identificação dos entrevistados.

A participação é totalmente voluntária e os usuários poderão retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique em penalização ou interferência em seu tratamento no CAPSad. Os interessados em participar da pesquisa não terão nenhum gasto ou ganho financeiro. Também é importante mencionar que não há qualquer risco à saúde física ou mental do usuário ao participar da pesquisa, dado a observância minuciosa dos critérios de inclusão e exclusão propostos. Os benefícios na participação se referem a oportunidade de um novo encontro com o próprio profissional que o recepcionou em seu ingresso no CAPS. Desta forma existe maior possibilidade de investigação acerca das queixas iniciais do usuário possibilitando um melhor planejamento de estratégias de intervenção a serem propostas a este usuário, permitindo maior dinamização e eficácia nas intervenções previstas.

Agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, no momento ou futuramente.

Pesquisador: Renato Luis Zini

Correio eletrônico: rlzini@yahoo.com.br

Telefone: (19) 9743-8599

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC - Campinas:

Telefone: (19) 3343-6777

Eu, _____, RG.....

declaro ter concordado em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas” sob responsabilidade do psicólogo Renato Luis Zini. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e de que a minha participação será em conceder ao pesquisador uma entrevista. Declaro que fui informado(a) de que será mantido total sigilo sobre minha identidade pessoal e sobre quaisquer dados que possibilitem minha identificação.

Estou ciente de que poderei a qualquer momento retirar a minha autorização na pesquisa sem que isso acarrete em qualquer prejuízo no atendimento recebido no CAPSad. Estou ciente também de que o conteúdo da entrevista será utilizado apenas para fins de análise e publicação científica.

Renato Luis Zini
Pesquisador

Assinatura do participante

Indaiatuba,.....,de.....de 201.....

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Autorizo o psicólogo Renato Luis Zini, doutorando do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, a desenvolver a pesquisa intitulada “Acolhimento: uma compreensão a partir da experiência de um psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas”, tendo como referência atendimentos realizadas por ele com usuários desta Unidade de Saúde (CAPSad) no contexto do Plantão Multiprofissional.

Declaro estar ciente de que a pesquisa obedecerá estritamente a Resolução número 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil, e às orientações estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas (CEP PUC-Campinas) ao qual será submetida para análise. Também estou ciente de que o objetivo desta pesquisa refere-se a uma problematização acerca do Acolhimento com base na experiência de atendimento a usuários ingressantes no CAPSad de Indaiatuba-SP nos dias em que o pesquisador for responsável pelo “Plantão Multiprofissional”.

A participação dos usuários nesta pesquisa tem caráter totalmente voluntário, não acarretando qualquer ônus ou benefício financeiro, tampouco interferirá nos atendimentos a serem disponibilizados a eles pelo Serviço.

Renato Luis Zini

Pesquisador

Eliana da Rocha P. Quilici

Coordenadora do CAPSad

Indaiatuba,.....de.....de 201 .