

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Marcelo Dalla Vecchia
Filippe de Mello Lopes
Felipe Augusto Carbonário
Organizadores

**A RUA EM CENA
IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS
DE REDUÇÃO DE DANOS EM
BARBACENA/MG**

editora



redeunida

Marcelo Dalla Vecchia
Março de 2013

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Angel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Imagem capa

Maristela Guedes

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Português

Mônica Ballejo Canto

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Marcelo Dalla Vecchia

Filippe Mello Lopes

Felipe Augusto Carbonário

Organizadores

A RUA EM CENA

IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS EM BARBACENA/MG

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

R811 A rua em cena : implantação de projetos de redução de danos em Barbacena [recurso eletrônico] / Marcelo Dalla Vecchia, Filipe Mello Lopes, Felipe Augusto Carbonário, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016. 157 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-63-4

DOI: 10.18310/978-85-66659-63-4

1.Redução do dano. 2. Consultório na rua. 3. Saúde mental – Barbacena, MG. 4. Saúde pública. I. Dalla Vecchia, Marcelo. II. Lopes, Filipe Mello. III. Carbonário, Felipe Augusto. IV. Série.

CDU: 616.89

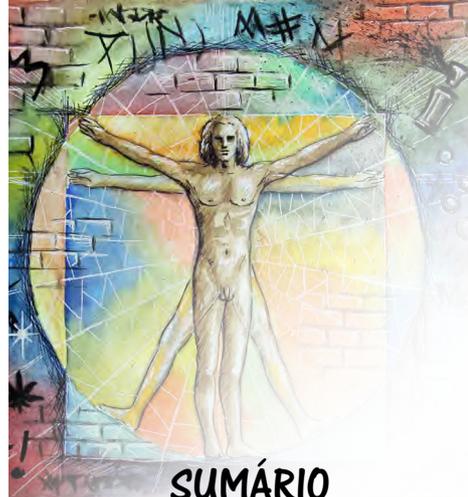
NLM: WM30

Copyright © 2016 by
Marcelo Dalla Vecchia,
Filipe Mello Lopes, Felipe
Augusto Carbonário.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA



SUMÁRIO

PREFÁCIO: CONSULTÓRIOS DE RUA E ESCOLAS DE REDUTORES DE DANOS: respostas intempestivas da Reforma Psiquiátrica à loucura do século XXI.....9
Rosimeire Silva

APRESENTAÇÃO.....17
Marcelo Dalla Vecchia, Filippe de Mello Lopes e Felipe Augusto Carbonário

PARTE I

O INÍCIO: o projeto no percurso da rua.....27
Lúcia Helena Barbosa

CONSULTÓRIO DE RUA: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados.....33
Marco Manso Cerqueira Silva

DA MARGEM PARA O ALÉM DA MARGEM: atualidade dos serviços substitutivos e a implantação do Consultório de Rua e da Escola de Redutores de Danos em Barbacena.....39
Cássio Barreto

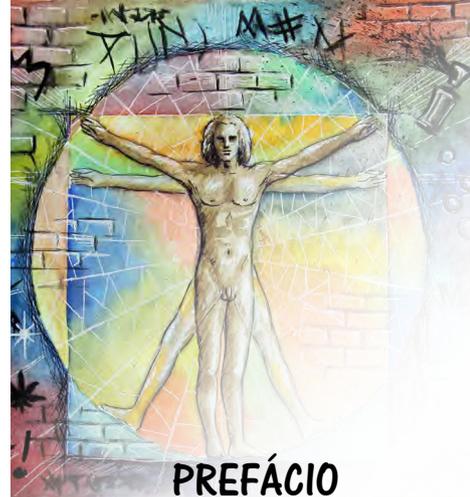
A APROPRIAÇÃO DO TRABALHO	47
<i>Wesley Gouvêa Oliveira</i>	
O APOIO TÉCNICO ÀS EQUIPES DE REDUTORES DE DANOS: desconstrução das diferenças e comunidades marginalizadas.....	53
<i>Felipe Augusto Carbonário</i>	

DESALOJAMENTO, EXPERIMENTAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA: alguns momentos de uma experiência de apoio institucional.....	59
<i>Marcelo Dalla Vecchia</i>	

PARTE II

PONTO DE ENCONTRO	73
<i>Abigail Grossi</i>	
NA ESQUINA	79
<i>Adailton Lopes</i>	
DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA EM BARBACENA	87
<i>Antonio Carlos Matos da Silva</i>	
DESAFIOS DA INTERVENÇÃO EXTRAMUROS	93
<i>Enoque Alves de Siqueira</i>	
A VERDADE NUA E CRUA	97
<i>Fernanda Mendes da Silva</i>	
SLACK LINE	101
<i>Fernando César Prudêncio</i>	
BARBACENA, A CIDADE DA ROSA	107
<i>Gilmara Maria Terra</i>	

SENTINDO NA PELE: a vivência em um ambiente vulnerável.....	113
<i>Hamana Santos de Almeida Ribeiro</i>	
FAZENDO A DIFERENÇA	117
<i>Juliana Borges</i>	
A METAMORFOSE DO “EU” FRENTE À ATUAÇÃO NO CONSULTÓRIO DE RUA	123
<i>Kelly Cristine Guimarães Santos</i>	
EXPERIÊNCIA GRATIFICANTE	129
<i>Lídia Aparecida Vilela</i>	
ACOLHO ONDE FUI ACOLHIDA	133
<i>Luciana Gonçalves de Souza</i>	
PARA NOSSOS JOVENS	137
<i>Maria da Glória Moreira</i>	
AUTOLEGADO	141
<i>Miguel Archanjo Silva Júnior</i>	
TRAJETÓRIA	145
<i>Simone Rosa Paulino da Fonseca</i>	
UM NOVO OLHAR DA RUA	149
<i>Wesley Gouvêa Oliveira</i>	
SOBRE OS ORGANIZADORES	153
SOBRE OS AUTORES	155



CONSULTÓRIOS DE RUA E ESCOLAS DE REDUTORES DE DANOS: respostas intempestivas da Reforma Psiquiátrica à loucura do século XXI

Rosimeire Silva

O contemporâneo é o intempestivo. Ao destacar esta afirmação de Nietzsche, Agambem (2009) nos ajuda a localizar uma possível inscrição a ser produzida pela Reforma Psiquiátrica no acolhimento às questões e às necessidades dos que abusam de droga: caberá a esta política saber ser intempestiva! As respostas às demandas que lhe chegam, aos pedidos que à mesma são endereçados, o coletivo da Reforma Psiquiátrica precisará descobrir os modos de pertencer a seu tempo, sem aderir a suas pretensões e ideais; precisará saber ser inatual, destoando do coro dos aflitos e seus lamentos para produzir o intervalo no tempo veloz do consumo generalizado. Mais que ofertar

serviços, uma política pública pode e deve ser produção de pensamento. E, sabendo ser intempestiva, cria e encontra chances que a permitem iluminar os escuros de sua época transformando apelos em perguntas para assim se pôr a trabalho, em movimento e inventar e produzir circuitos desejantes e, por isto, vivos e destinados a fazer viver. Consultórios de Rua são isso: trilhas desejantes, circuitos para reativação do desejo, para conexão e estabelecimento de laços que ligam os sujeitos à vida e à cidade.

A sustentação da dissonância, giro na posição da política em sua resposta à questão, cria possibilidades de oferta, acolhida e tratamento aos que encontraram no além do prazer sua loucura. Ou seja, destoando do ideal de nossa sociedade consumista, depressiva, adita e dependente de soluções apressadas, fará surgir um campo de possibilidades que vão do convite ao trabalho de pensamento, à reativação do desejo, construção de laços com cada sujeito, localizando o modo como este usa as drogas que eleger.

A pressa, o afastamento do mal-estar, não conduz à melhor solução. Como já nos ensinou Freud, tal estratégia pode, inclusive, levar à morte. O consumo prejudicial comporta este risco, assim como as respostas autoritárias que, além de precipitar a conclusão e suprimir o tempo de compreender, não garantem a vida e a anulam, ou seja, excluem a subjetividade e suprimem a cidadania. Numa palavra: mortificam.

Inventada para responder as questões interpostas pela razão à cidadania do homem louco, a Reforma Psiquiátrica se vê acuada pelo xeque-mate dado pelo debate sobre as drogas. A conversa gira em torno de um mesmo ponto: a eliminação das drogas, a criação de um mundo ausente de drogas, normatizado, limpo, desintoxicado e incita o medo pela evocação à imagem do monstro social, hoje encarnado no corpo dos que usam ou abusam do *crack*. Tratando o

consumo de drogas de forma descontextualizada, como uma experiência sempre destrutiva e patológica e responsável pela violência urbana, o debate interdita o conhecimento e reitera a alienação, provocando danos tão ou mais graves que os decorrentes do consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Em meio a toda histeria coletiva que busca legitimar ações de cunho repressivo, surge, como entrave a tais propostas, o modo de cuidar instituído pela Reforma Psiquiátrica: a defesa do direito à liberdade como condição prévia a todo tratamento possível.

Ao encontrar a loucura do século XXI, a adição, nos vimos frente aos efeitos produzidos pela política proibicionista de drogas. A guerra às drogas, lema que ancora as ações de muitos países, sendo o Brasil um deles, marca as intervenções públicas que fazem de objetos inanimados alvos de uma guerra. Desde 1961, quando Nixon proclama tal intenção, o mundo investe numa ação mortífera – numa guerra cujas baixas não são, como se pode facilmente concluir, as substâncias psicoativas. Não há redução do consumo de drogas, nem tampouco da produção e do comércio ilícito das mesmas. Mas há, sem dúvida, um expressivo número de vidas perdidas, comprovando que, assim como em qualquer outra guerra, o que se perde são seres humanos. O que nos faz repetir uma pergunta sempre colocada pelos que apontam o fracasso desta estratégia: qual o sentido da continuidade desta guerra? Quem lucra com este combate? Sim, porque não há guerra sem lucro, sem interesse do capital. E não é diferente com esta.

A clivagem entre drogas lícitas e ilícitas não impede os homens de buscarem tanto as primeiras quanto as segundas. O tabu que cerca esta questão não protege a ninguém do encontro com as mesmas e seus efeitos. Ao contrário, torna-os mais vulneráveis. Especialmente os jovens, cujo acesso ao conhecimento encontra-se

interditado, que permanecem alienados e vulneráveis sobre os efeitos possibilitados por um recurso, que se pode conduzir à morte, também abre caminhos para descobertas e modos de conhecimento de si; para modos particulares de extrair prazer e para experimentar alterações do campo da consciência. E aqui é preciso destacar um ponto que articula o singular ao plural.

Somos sujeitos de um tempo que canta o consumo como expressão máxima e primeira de acesso à felicidade. Um tempo que substitui um dos lugares comuns criados por Fernando Pessoa: ao navegar é preciso, propõe-se consumir é preciso. Viver, talvez não. Este mesmo tempo, contudo, emite uma contraditória mensagem e assim desorienta e deixa à deriva os homens. Naus sem rumo conduzem viajantes a destinos incertos e arriscados. E disto nos dão testemunho muitos usuários; completamente aderidos ao ideal do seu tempo, eles, contudo, sofrem as penas e os castigos por terem sido absolutamente obedientes ao discurso do capitalista e do mestre contemporâneo, vivendo sem intervalos a ditadura do consumo. E do encontro com as drogas extraem, além do prazer, o afastamento do mal-estar. Sem adiamentos, sem intervalos, alguns se mantêm desconectados do Outro, atados somente a si e escravos de um gozo autoerótico. Sem Outro e sem intervalos, sem dor e frustração, plenos e solitários. Efeito, contudo, produzido não apenas por *crack*, cocaína, maconha, mas também por uma infinidade de medicamentos, por álcool e tabaco, como atesta o levantamento sobre consumo de drogas entre jovens realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2004).

O afastamento da dor e da frustração ou o anestesiamiento da vida é o sintoma de uma sociedade depressiva e medicalizada, que aposta suas fichas no projeto de uma vida sem dor. Projeto que exclui, pelo

recurso ao medicamento, todas as expressões da dor de viver, produzindo muito mais que indivíduos anestesiados e vazios: uma massa que foge da dor, do conflito psíquico e recusa o trabalho do pensamento. Fugir da dor, cantam os Titãs, é também fugir da própria cura.

Mas, em torno desta face da drogadição generalizada de nossos dias, faz-se um curioso e perigoso silêncio. A clivagem legal no campo das drogas faz das ilícitas os signos do mal e das lícitas, incluídos os medicamentos, uma das representações do bem. O enorme barulho em torno das drogas ilícitas se faz acompanhar de um perigoso silêncio quanto aos danos provocados pelas drogas lícitas. Mudez imotivada? Não nos parece.

Objetos de consumo, como tantos outros, as drogas lícitas e ilícitas são uma promessa de felicidade feita aos sujeitos pela sociedade de consumo. Vulneráveis, crianças, adolescentes e jovens apresentam histórias de vida nas quais a desagregação familiar precede e empurra para a vida nas ruas e o encontro com as drogas. (SILVA, 2011) Em 2010, quase nove mil jovens foram assassinados no Brasil, conforme dado revelado pelo *Mapa da violência*. (WAISELFISZ, 2010) Isso nos convoca a tomar posição e a repudiar as políticas – ou a ausência delas – que legitimam e sustentam esta cruel realidade. É destes jovens: negros e pobres; são destas vidas destinadas a morrer precocemente o sangue que deveria envergonhar a sociedade. São deles os corpos que a guerra às drogas abate.

A entrada mais decidida da Reforma Psiquiátrica na clínica das toxicomanias, os Consultórios de Rua, nos introduziu num campo novo, instigante, tenso e delicado, onde o abandono mostra-se a céu aberto. Ali onde a dor e a fragilidade se apresentam ao público, a prática segue o mesmo destino: em público, a céu aberto e antimanicomial. “Na rua, o mais legal, o consultório é antimanicomial”,

saudação dos adolescentes à equipe que chega. Desprovida de certezas, causada pelo desejo de ver além do que o olho da razão é capaz de captar, chegando com respeito e delicadeza, trato digno e interessado no que o Outro tem a dizer. Nas saídas que aponta, no disfarçado ou declarado pedido de companhia e ajuda, os Consultórios de Rua circulam pelos becos e ruas ao lado de usuários de álcool e de outras drogas, e aí realizam o delicado trabalho de recolher palavras, resíduo humano que ajuda a tecer o laço, ao mesmo tempo em que aprendem com o que a realidade lhes traz. (SILVA, 2011)

O direito à liberdade e o consentimento com o tratamento opõem-se frontalmente à ideia de que só é possível tratar suprimindo a subjetividade e a cidadania, ou seja, avesso da alardeada internação involuntária e compulsória que, equivocadamente associadas, expressam o retorno das práticas de sequestro comuns a processos ditatoriais. A droga, em particular o *crack*, surge como álibi que justifica tal medida. Em nome do horror do *crack*, da suposta incapacidade de decisão e crítica, propõe-se a violenta medida do recolhimento compulsório.

A prática demonstra o oposto. É o vínculo, a construção cotidiana da confiança que tece o laço entre usuário e equipe, possibilitando a quem deseja e pede acessar as redes para escapar à destruição, seja pelo gozo irrefreado do objeto ou pela violência que envolve seu consumo e comércio. Se a presença dos aditos na clínica desta política ainda é uma novidade, o objeto, contudo, é velho conhecido. As drogas não são estranhas à clínica da Reforma. Manejamos substâncias químicas lícitas, os remédios, no trato do sofrimento psíquico. E vale lembrar: o adjetivo não anula a substância. Remédio também é droga. Invenção do século XX, os psicotrópicos, assim como qualquer medicamento, têm duas faces inseparáveis: é

remédio e é igualmente substância tóxica. E não escapa à sina de virar veneno.

Além disso, é preciso ainda colocar em discussão a guerra às drogas e o proibicionismo, apontando para a necessária regulação do comércio e produção das drogas, como medida para pôr fim ao tráfico e instituir medidas reais de proteção aos que consomem drogas.

Referências

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo?** E outros ensaios. Chapecó: Argos Editora, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** 2004. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

SILVA, R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 203-214, set. 2011/fev. 2012.

_____. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. **Almanaque on-line**, Belo Horizonte, MG: Revista eletrônica do IPSM, v. 5, n. 9, p.1-11, 2011.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2010:** anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010. Disponível em: <<http://mapadaviolencia.org.br/pdf2010/MapaViolencia2010.pdf>>. Acesso em: 31 jul.2013.



APRESENTAÇÃO

O presente livro busca retratar momentos que dizem respeito à implantação de duas estratégias de Redução de Danos (RD) relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas na cidade de Barbacena, mais especificamente dos Projetos “Escola de Redutores de Danos” (ERD) e “Consultório de Rua” (CR), apoiados pelo Ministério da Saúde (MS). Para tanto, são contemplados relatos de experiências vivenciadas por integrantes das equipes gestora e técnica do trabalho que foi realizado desde fins de 2011 até agosto de 2013.

Como bem destaca Rosimeire Silva no Prefácio, se no Brasil da década de 1970 o louco era o grande depositário das mazelas humanas e sociais, quem recebe esta insígnia contemporaneamente é o usuário de drogas, em especial o usuário de *crack*. Vale ressaltar que essa tipificação do usuário de *crack* como problema social é muito mais midiática e fictícia do que mostram as estatísticas com relação à sociedade brasileira, visto que esse usuário é apenas o novo “elemento” eleito pela máquina capitalista, que cria “deuses e demônios”. Cada passagem dos relatos de experiência transparece, em toda sua radicalidade, as formas pelas quais o contato entre seres humanos possibilita suspender estigmas, preconceitos e a histórica discriminação a que estão sujeitos aqueles que habitam as margens da vida social.

Este livro compõe um compilado de experiências e relatos exitosos de um trabalho novo no cenário da saúde coletiva brasileira e no município de Barbacena, objetivando dar visibilidade e ampliar a discussão e o debate acerca da RD no campo do álcool e de outras drogas. Trata-se, então, de uma publicação que não omite seu viés ético-político, que marca a posição de seus autores e organizadores na direção de uma saúde pública que respeite a cidadania do usuário de drogas, enquanto sujeito integral, para além de seu objeto de uso ou abuso.

Nesse sentido, é com satisfação que apresentamos este livro como consequência e resultado do trabalho de algumas poucas pessoas, que, do interior do estado de Minas Gerais, produziram uma experiência marcante. O conjunto da intervenção foi norteado por uma perspectiva na qual estão pressupostas a coragem, a ética e uma subjetividade que leva em consideração o lugar do usuário de drogas em sua singularidade. Foi na direção do humano que o trabalho se fez, a revelia da ordem do capital, das barganhas ou da politicagem. Sim, esse trabalho diz do humano ou daquilo que se perdeu nele.

A publicação é dividida em duas partes: na Parte I, apresentam-se os relatos da equipe gestora dos Projetos, e na Parte II, os relatos da equipe técnica responsável pela operacionalização cotidiana deste trabalho. Tanto quanto possível, os relatos foram mantidos em sua originalidade, estilo e lógica de argumentação própria dos autores, para possibilitar a sistematização de um registro que advém do chão da vivência, compondo uma refinadíssima etnografia mundana. O texto escrito, neste sentido, compõe parte da memória desse processo, buscando, assim, reverberar seus efeitos para além da dimensão local que circunscreve as práticas relatadas.

A ordem de apresentação dos relatos de experiência dos integrantes da equipe técnica do CR e da ERD, presente na Parte II, foi definida meramente pela ordem alfabética do primeiro nome dos autores. Por um lado, isso denuncia a absoluta incapacidade dos organizadores em estabelecer qualquer prioridade dentre os textos, cada um deles com uma riqueza própria. Por outro lado, evidencia um esforço para que o leitor atribua suas próprias relevâncias ao que lerá, visto que os autores salientam aspectos singulares, mesmo tendo defrontado circunstâncias eventualmente similares.

Qualquer que seja a ordem de leitura dos capítulos, nossa aposta é que o resultado do conjunto seja composto pela complementaridade típica de uma costura delicadamente cerzida. Textos de trabalhadores que habitam uma rede que precisou investir intensamente na composição de serviços substitutivos, que reflete constantemente sobre sua prática por meio de supervisão clínico-institucional, que ousa retificar sua história projetando acesso e qualificação à Rede de Atenção Psicossocial e que, assim, repõe a atualidade da consigna do mestre Franco Basaglia, colhendo as rosas do otimismo da prática onde antes havia os espinhos do pessimismo da razão.

Na Parte I, há relatos de integrantes da equipe gestora dos projetos de CR e ERD: gestora dos projetos, apoiadores técnicos e apoiador institucional. Alguns contribuíram para seu desenvolvimento por um período mais pontual, outros, de forma mais duradoura.

O primeiro Capítulo, redigido por Lúcia Helena Barbosa, coordenadora de saúde mental de Barbacena, no período em que os projetos foram avaliados e aprovados, e gestora do CR e da ERD, durante seu desenvolvimento, relata as demandas do município que ensejaram a proposição dos projetos, as dificuldades vivenciadas na implementação

e alguns dos efeitos positivos da intervenção realizada. Discute as saídas encontradas pela equipe para ir a campo e atender a comunidade independente de insumos e materiais, elucidando a necessidade de consolidar a “construção de outra cultura clínica”.

Em seguida, quatro capítulos apresentam as experiências dos apoiadores técnicos, discutindo seu lugar no início dos projetos, na construção coletiva dos caminhos tomados pelas equipes e refletindo acerca de seus papéis nesse contexto. Marco Manso Cerqueira Silva, apoiador técnico que proporcionou o espaço para discussão e delimitação dos princípios e da metodologia de trabalho do CR e da ERD, destaca a cidade de Barbacena como campo rico para essas novas atuações, considerando sua experiência na implantação desses projetos em todo o Brasil. A seguir, vêm as contribuições dos demais apoiadores técnicos que o sucederam: Cássio Barreto, Wesley Gouvêa Oliveira e Felipe Augusto Carbonário. Falam de territórios onde os indivíduos vivem além da margem da sociedade. Resgatam, em cores ricas, a persistente eficácia do funcionamento da lógica manicomial, que, dissimulada nas brechas dos poderes estabelecidos, se infiltra no tempo em que vivemos. Destacam os medos, as incertezas, as frustrações e as dúvidas que estiveram lado a lado ao enorme potencial da atuação “na rua”, como modo familiar de denominar a intervenção em campo pelas pessoas envolvidas com a implantação do CR e da ERD neste período. Buscou-se consolidar a garantia do direito à informação em saúde como “máquina de guerra”. Não de guerra *contra* as drogas – uma guerra em que perdem ambos os lados das batalhas –, mas contra a produção de assujeitamento, alienação e dependência. Enfim, pontuam a relevância da construção da autonomia dos integrantes do CR e da ERD, tanto para elaborar as intervenções quanto para sua constituição como equipe de trabalho.

Finalizando a Parte I, o último Capítulo busca apontar um lugar possível ao apoio institucional, como dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), para colaborar com a implantação das políticas de RD. Neste sentido, há um investimento na problematização do objeto “droga” como pano de fundo de uma complexa e intrincada situação de ampla vulnerabilização social, ressaltando a importância da construção do vínculo comunitário: um chamado que a Psicologia Social Comunitária vem insistindo desde meados da década de 1990, e que, recentemente, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (*United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC) resolveu assumir sob a insígnia de “menos coerção e mais coesão”.

A Parte II é iniciada pelo capítulo de Abigail Grossi, que conecta sua trajetória à existência do CR e da ERD, relatando as circunstâncias de redação dos projetos. O relato de Adailton Lopes traz a experiência de atenção à saúde nas ruas como campo de construção de saberes. Antonio Carlos Matos da Silva e Enoque Alves de Siqueira apontam a necessidade de instrumentalização teórica e reflexão crítica continuada, a construção possível da autonomia na relação trabalhador-usuário e a necessidade de confrontar a interpelação sobre a internação como “solução mágica”, derivação da lógica salvacionista hegemônica de medicalização social. Fernanda Mendes da Silva destaca o empenho na construção da rede e a insistência no enfoque às crianças e adolescentes. Fernando César Prudêncio e Maria da Glória Moreira indicam o lazer, o esporte e o lúdico como elementos fundamentais, e o destaque para a necessidade de criar estratégias de acolhimento e acesso aos jovens. Gilmara Maria Terra destaca que os usuários “desconhecem seus direitos e, surpreendentemente, têm uma noção aguçada de seus deveres”, contrariando o senso comum. Isso nos leva a pensar que o louco na rua de nosso tempo não é um sujeito para quem a lei é alheia: mais que

buscar regrá-lo, cabe informá-lo, e buscar caminhos para a construção de projetos de vida dentro dos quais a angústia seja manejável. A rosa recebida por Gilmara em nome da equipe é também a entrega simbólica da “chave da cidade” por um cidadão em um ato desprovido de cerimonial, cargos ou pompas, com a honestidade do vínculo da rua. Hamana Santos de Almeida Ribeiro e Juliana Borges falam das contradições da pertença à cidade, cuja cotidianidade reproduz sujeitos destituídos do acesso aos bens mais elementares. Neste sentido, Kelly Cristine Guimarães ressalta a necessidade de se estabelecer intervenções singulares, com “a arte da vida humana, que está em constante construção”. Somos presenteados com provas vivas da sensibilidade e implicação que o alimento da arte produz, seduzindo, a todos nós, pelo contraste da beleza da poesia com a impactante realidade das situações narradas, como no relato de Miguel Archanjo Silva Júnior. Quando Lídia Aparecida Vilela relata sentir-se, em atuação, como na imagem do “passarinho que leva água em seu bico para tentar conter o incêndio na mata”, é impossível não remeter ao *Poeminho do Contra*, de Mário Quintana: “eles passarão, eu passarinho...” O tempo todo, com um sutil refinamento, as transformações como profissional e como pessoas são colocadas lado a lado, como no relato de Luciana Gonçalves de Souza. Por que ainda insistir em dicotomizá-las na maioria dos nossos espaços institucionais cotidianos de trabalho? Relatos como o de Simone Rosa Paulino da Fonseca trazem as emoções e sentimentos vivenciados pelos trabalhadores das equipes ao entrarem em contato com a realidade, as expectativas positivas e negativas, bem como a satisfação encontrada em cada atuação. Wesley Gouvêa Oliveira, por exemplo, pontua o misto de impotência e capacidade de enfrentamento aos diversos problemas humanos, dentre eles o uso abusivo de drogas. Fica clara a não exigência da abstinência como uma inversão: de uma regra unilateral, para um acordo possível.

Os relatos são pródigos em narrar o investimento de cada pessoa que participou das equipes do CR e da ERD nesse período em identificar valores humanos e estratégias de atenção a esta população. Trazem as dificuldades e a falta de substratos materiais para a atuação, porém mostram, por outro lado, que a escuta do discurso dos sujeitos é a ferramenta mais eficaz nas atuações, seja com adultos, usuários de drogas ou não. Sensibilizam-se profundamente pelas crianças, adolescentes e jovens, que se tornaram um foco crescente das atuações no decorrer da implantação dos projetos de CR e ERD.

Finalmente, vale destacar três aspectos singulares das experiências em relato: (1) a aposta na inovação e na experimentação metodológica, (2) a transformação na concepção de “clínica”, e (3) a construção efetiva de ações intersetoriais. Com relação ao primeiro aspecto, a experimentação de possibilidades e a oferta de oportunidade formativa para os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial foi uma marca durante o processo de implantação. Dada a necessidade de gerar visibilidade para uma população historicamente negligenciada, foi notável a circulação pelas atividades do CR e da ERD de uma parte dos operadores de saúde mental comprometidos com a Reforma Psiquiátrica de Barbacena. No que tange à mudança da concepção de clínica, nota-se que a “rua” é um termo muito mais lembrado e familiar do que o “consultório”. É a rua que deve chegar à equipe, mais que o consultório ser levado àqueles que supõe atender. Resultado de estar em campo aberto tendo a si mesmo como instrumento? Muito provavelmente, independentemente da disponibilidade de insumos durante este ano de implantação. Finalmente, no que diz respeito à intersetorialidade, chamou à atenção a intensa comunicação intersetorial dos projetos de CR e ERD com os diversos dispositivos assistenciais presentes no território. A atuação desses profissionais de saúde

(de Enfermagem, Psicologia, Pedagogia, Educação Física) subverteu a ordem social vigente ao dar voz e ouvidos àqueles que vivem à sua margem.

Organizamos a publicação a partir do princípio fundamental de dar visibilidade às experiências vivenciadas pelos envolvidos na implantação do CR e da ERD, visando proporcionar compreensão, tanto à comunidade acadêmica quanto ao leitor preocupado com questões dos direitos humanos, da importância de ampliar as ações desenvolvidas nesses projetos e, principalmente, de como representam oportunidades para vislumbrar possibilidades de radical reconhecimento da alteridade de cada um com relação ao seu próprio corpo e destino.

Uma boa leitura é o que desejamos!

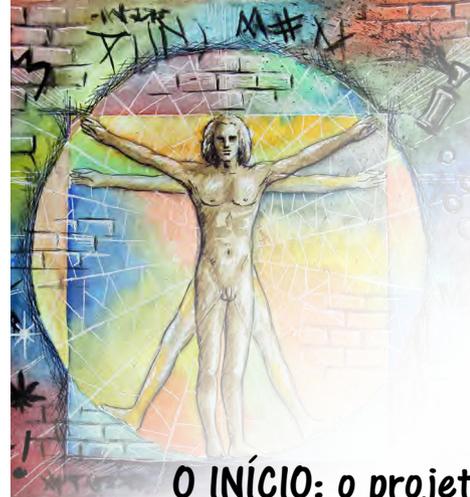
Marcelo Dalla Vecchia

Filippe de Mello Lopes

Felipe Augusto Carbonário

Barbacena e São João del-Rei, abril de 2016.





O INÍCIO: o projeto no percurso da rua

Lúcia Helena Barbosa

*Que sonho é esse de que não se sai.
Em que se vai trocando as pernas
E se cai e se levanta noutro sonho.
(CHICO BUARQUE, 1998)*

No período de 2009 a 2013, à frente da Coordenação de Saúde Mental de Barbacena, iniciamos as discussões sobre as ações propostas pelo Ministério da Saúde relacionadas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PIEC), como estratégias das políticas públicas. Implementamos essa discussão através de um fórum: “Álcool e Drogas, desafios da modernidade”, cuja finalidade era propor uma abordagem intersetorial para cuidar da questão. Como fruto desse debate público surgiu uma comissão com representantes dos mais diversos segmentos sociais: segurança pública, representantes do judiciário, assistência social e educação.

Integrando valores ao PIEC, várias propostas foram discutidas e, dentre elas, a necessidade da abertura de um serviço substitutivo com funcionamento em regime de 24 horas para atender a demanda de álcool e drogas. Tivemos a satisfação de torná-lo realidade e o implantamos em

outubro de 2012. Objetivando ampliar a Rede de Atenção Psicossocial e dando continuidade a essa desafiante jornada, apresentamos mais dois projetos: Escola de Redução de Danos (ERD) e Consultório de Rua (CR), fomentando dentro das políticas públicas a construção de outra cultura clínica.

Naquela ocasião, o Ministério da Saúde acabara de publicar portarias em apoio às políticas de enfrentamento ao *crack*, disponibilizando para essa ação linha de financiamento necessária, pois tais projetos contariam com orçamento exclusivo do Ministério da Saúde. Lançada a chamada ministerial para a apresentação dos projetos do CR e da ERD, Barbacena foi contemplada com a anuência do Ministério da Saúde, sendo a primeira cidade de Minas Gerais a implantar a ERD.

Como o município conta com a gestão plena do sistema de saúde, não demorou para que os recursos federais fossem incorporados ao Fundo Municipal de Saúde. Encontramos, porém, vários entraves administrativos, notadamente no que concernia à contratação da equipe e à aquisição de materiais necessários à implantação do projeto. O primeiro passo foi realizar um processo seletivo simplificado, de contratação temporária, a fim de arremeter a equipe que daria início às atividades assistenciais propostas.

Foi um período de descobertas e experimentação, o que nos levou à Brasília para participar da “I Oficina das Escolas de Redução de Danos do SUS”, realizada em dezembro de 2011. De lá trouxemos a orientação para que estratégias fossem pensadas de acordo com a realidade local. Partindo daquela orientação, pôde-se compreender que não há como “desejar para o outro” ou como propor um projeto terapêutico alijando o interessado do processo. Ou, ainda, tomando decisões isoladas que fragmentam o conhecimento humano e estreitam opções de abordagem.

De volta à Barbacena, a primeira medida foi programar a capacitação da equipe. Contamos, para tanto, com o filósofo baiano Marco Manso,¹ primeiro apoiador técnico da proposta e supervisor do Ministério da Saúde, que compartilhou conosco rica experiência por ter sido um dos idealizadores do projeto que pretendíamos implantar, elucidando dilemas contundentes.

Outro ponto a ser destacado foi que passamos a elaborar um mapa do território a ser explorado. Para elaborar esse mapa, a equipe deu início ao trabalho de campo: conhecer a área de abrangência, a realidade dos bairros, mapeando necessidades e expectativas dos moradores e diagnosticando a melhor forma de abordagem para atingir a comunidade.

Também fomos buscar alianças, uma vez que o saber não é estaque nem exclusivo, e firmamos fecunda parceria com a Universidade Federal de São João del-Rei. À Universidade caberia o papel de acompanhar o processo de implantação através da pesquisa e acompanhamento de dados e informações. Porém, pudemos contar com a presteza e empenho de Marcelo Dalla Vecchia,² doutor em Saúde Coletiva e professor do Departamento de Psicologia, cuja contribuição foi muito além de computar dados. Desempenhou um papel relevante dentro da equipe e, muitas vezes, sem nada exigir em troca, prestou respeitável serviço à comunidade barbacenense.

Propusemos também um convênio com a Fundação Diaulas Abreu – IF Sudeste MG – Campus Barbacena

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, publicado neste livro.

² Autor do capítulo “Desalojamento, experimentação e construção de autonomia: alguns momentos de uma experiência de apoio institucional”, publicado neste livro, e um dos organizadores da publicação.

(FAPE), para viabilizar a aquisição tempestiva de todo material necessário ao trabalho de campo, proposta que se consolidou somente mais próximo da conclusão do desenvolvimento do projeto.

De posse desses instrumentos e parcerias, demos início às abordagens psicossociais de acordo com as demandas do bairro, tais como: oficinas nas praças; orientação de professores no interior das escolas, buscando tornar cada professor um redutor de danos; ações junto às profissionais do sexo; capacitação dos agentes comunitários; atuações junto ao presídio; participação conjunta em ações sociais, além de agregar instituições religiosas e associações de bairros.

O que se pôde perceber é que a equipe sentia-se desafiada em cada bairro, pois havia o desconhecido a ser enfrentado, um ambiente a ser percebido, um trabalho a ser criado. Há o exemplo das oficinas com crianças no banco da praça: “é a criançada se alimentar de luz, alucinados, meninos ficando azuis, assumem formas mil. Uns vendem fumo, tem uns que viram Jesus”. (BUARQUE, 1984, 3min34seg)

Era o novo a ser edificado.

Como estar num lugar onde os traficantes montavam sentinela nas entradas? Como romper um padrão, revitalizar o ambiente comunitário, levando as pessoas a se apropriarem do espaço comunitário? Os atendimentos iniciais tinham por banco de acolhimento o meio-fio; em outras palavras, simbolicamente, era pedir licença para entrar e levar a saúde e o resgate da dignidade. Não há portas ou normas limitadoras nem salas individualizadas. É um tratar o Outro sem uma mesa interpondo as relações, sem determinismo, mas por pura interação e aceitação da abordagem e do Outro, lidando com as singularidades e com as diferentes possibilidades de escolhas.

Quem é o sujeito que aborda? Quem está abordando quem? Quem está direcionando o trabalho, objetivos e metas? Um saber técnico e um saber cultural sobre o bairro se mesclam com o saber empírico do usuário. Foram estas as questões de ontem e ainda são as de hoje.

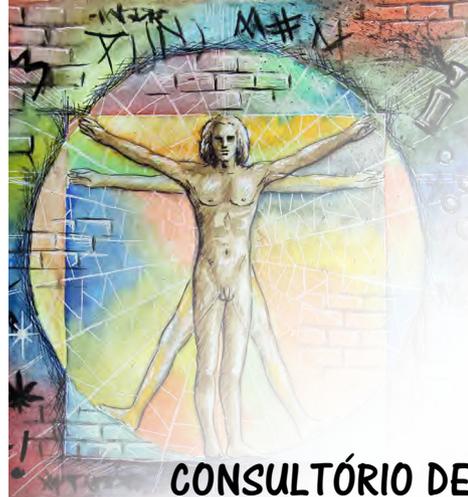
A continuidade desta desafiante jornada persistiu com criatividade e coragem e, em junho de 2013, contabilizou-se um ano de desenvolvimento efetivo dos projetos de CR e ERD. Ainda que sem um veículo para conduzir a equipe, mesmo sem materiais de suporte, sem um boné para minimizar o sol, sem água para as longas caminhadas, sem lanche ou vale-transporte, a equipe empresta seu corpo, sua implicação, seu zelo e responsabilidade com o próximo, para fazer a diferença neste percurso... E como dizia o poeta: “plantar em algum lugar, ressuscitar no chão, nossa sementeira”. (GIL, 1982, 3min52seg)

Referências

BUARQUE, C. **As cidades**. Rio de Janeiro: Sony/BMG, 1998. 1 CD (33 min 19 s).

_____. **Chico Buarque**. Rio de Janeiro: Polygram/Universal, 1984. 1 disco sonoro. 33 ½ rpm.

GIL, G. **Um banda um**. São Paulo: Warner, 1982. 1 disco sonoro. 33 ½ rpm



CONSULTÓRIO DE RUA: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados

Marco Manso Cerqueira Silva

Este texto constitui síntese do relato da experiência vivenciada na função de apoiador técnico do processo de implantação do Consultório de Rua (CR) da cidade de Barbacena/MG no âmbito do projeto “Monitoramento e Supervisão das Experiências de Consultório de Rua para População Usuária de Drogas em 30 Municípios Brasileiros”. O referido projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA), foi executora, visto sua ampla trajetória no campo da prevenção, tratamento, estudo, pesquisa e redução de danos na cidade de Salvador.

O projeto teve a finalidade de prover suporte técnico às equipes dos Projetos de CR, dispositivo clínico-comunitário vinculado à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo está centrado na melhoria do acesso

e desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, no espaço da rua, à população em situação de rua, em especial às crianças, adolescentes e jovens com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, organizou-se a supervisão para promover apoio técnico em quatro frentes de trabalho específicas e complementares:

- Acompanhamento à distância;
- Realização de visitas *in loco*;
- Aprofundamento teórico e reflexão sobre a prática;
- Acompanhamento do trabalho de campo.

Os primeiros contatos, visando à sistematização das visitas, tiveram como referência a Coordenação Municipal de Saúde Mental, composta por profissionais militantes da Reforma Psiquiátrica, com ampla experiência na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, e extremamente favoráveis à proposta de supervisão do projeto.

O acompanhamento a distância consistiu num espaço virtual de troca de experiências e planejamento das visitas *in loco* junto da coordenação do CR, a partir do qual se procedeu à definição de temas a serem aprofundados, tendo como referência a demanda e o interesse da equipe e as articulações com outros serviços da rede de atenção local e gestão municipal. Ainda a distância foi possível realizar o levantamento da situação atual do CR que, nessa ocasião, era caracterizado por inúmeras dificuldades encontradas pela coordenação do projeto, principalmente em estabelecer uma mesa de diálogos entre a equipe e o gestor municipal de saúde para discussão das ações a serem implementadas.

Nessa perspectiva, agendamos um encontro com o secretário de saúde do município de Barbacena, com a

finalidade de sensibilizá-lo para a garantia de apoio na implantação e implementação das ações do CR e da Escola de Redução de Danos (ERD).

O evento ocorreu nas instalações do antigo “Sanatório Barbacena” e contou com a participação do apoiador técnico, da Coordenação de Saúde Mental, do secretário e do subsecretário de saúde. Na ocasião, dividi minha apresentação em dois momentos: no primeiro foi exposta a proposta do CR (princípios, objetivos e diretrizes), como parte integrante do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do Ministério da Saúde (PIEC). No segundo, exibi o vídeo realizado pela ARD-FC/UFBA, em parceria com a Secretaria Municipal de Salvador, que traz a história de experiências exitosas no campo da atenção a pessoas que usam álcool e outras drogas vivendo em situação de extrema vulnerabilidade.

O referido encontro foi avaliado posteriormente pela equipe como um momento vitorioso no processo de implantação do CR, tendo em vista a receptividade do gestor municipal, que expressou grande entusiasmo em relação à proposta do projeto, ressaltando ser “importante essa modalidade de trabalho que vai ao encontro de pessoas que usam drogas, nos locais onde elas vivem”. Ressalvou ainda que este projeto daria bons resultados para a qualidade de vida dessa clientela. Inclusive, sugeri o nome de alguns profissionais da rede socioassistencial e de saúde, cujo perfil seria adequado para atuarem nesta perspectiva interdisciplinar.

No que se refere às visitas *in loco* foram previstas três ao longo de um ano, compostas por três momentos distintos, com ênfase no acompanhamento do trabalho de campo, aprofundamento teórico e reflexão da prática cotidiana do projeto. Os encontros aconteceram na sede do Departamento Municipal de Saúde Pública (DEMASP), sob a forma de discussões temáticas.

No que concerne ao aprofundamento teórico, utilizando-se de metodologia participativa, sob o formato de discussões temáticas, foram abordados temas considerados relevantes pela equipe: o conceito de “drogas”, através de uma reflexão sobre o seu papel na história da humanidade; distinções entre os diversos modos de usos e diferentes usuários; classificação das drogas; drogas e seus efeitos; vulnerabilidade e risco; discussão sobre as diferentes motivações para o consumo de drogas, apontando para seus fatores de risco, formas de proteção e formação da resiliência; metodologia para o trabalho de campo; o trabalho em equipe; análise do conceito e estratégias de redução de danos, identificando as possibilidades de aplicação no cotidiano dos profissionais do CR em supervisão, buscando sempre socializar as vivências e correlacioná-las com os conceitos trabalhados.

O trabalho de campo consiste no principal caminho de acesso às comunidades que pretendemos trabalhar. É nele que se estabelece o diálogo com a população, tornando possível entender e identificar suas potencialidades e demandas sociais e de saúde. Nesse sentido, antes mesmo de iniciar um trabalho de maneira sistemática, faz-se necessário realizar algumas visitas às áreas com potencial para tornar-se campo de atuação, buscando avaliar a viabilidade da inserção do projeto.

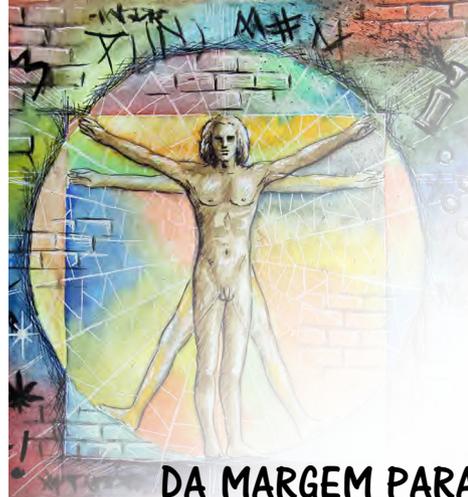
Para tanto, foram mapeadas áreas de maior concentração de crianças, adolescentes e de jovens usuários de drogas em situação de riscos acrescidos. O critério de escolha dessas possíveis áreas de atuação do projeto foi definido através da indicação de moradores dessas comunidades, atendidos em outros serviços de saúde, bem como membros da própria equipe com experiências anteriores no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de territórios

caracterizados por intensa concentração de usuários de álcool e de outras drogas e distanciamento ou inexistência de serviços de atenção a essa população.

A experiência da implantação dos projetos do CR e da ERD de Barbacena aponta para a efetividade dessa proposta, como dispositivo eficaz de acesso à população usuária de drogas. Sobretudo, esta efetividade se apresenta no que concerne às reais possibilidades de desenvolvimento de ações de redução de danos articuladas com a RAPS, ESF e atuação comunitária.

Em linhas gerais, observamos que a rede de cuidados de Barbacena encontrava-se em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, preconizada pela Lei 10.216 de 06/04/2001, que privilegia os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Composta por diversas modalidades de CAPS, Residências Terapêuticas, Centro de Convivência e Cultura, Hospital-Dia e Ambulatórios, Barbacena conquistou visibilidade nacional na desinstitucionalização de pacientes de longa permanência, sendo considerada pelo Ministério da Saúde uma referência de modelo assistencial.

O CR e a ERD representam a possibilidade de contribuição efetiva na atenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, constituindo a oportunidade de inserir trabalhadores capacitados, com perfil para essa atividade, em diversos territórios recônditos do uso de drogas. Do ponto de vista pessoal, participar desse processo trouxe grande satisfação, pelo contato mais próximo com a história de Barbacena no cenário nacional da luta antimanicomial e pela oportunidade de trabalhar com uma equipe comprometida com a proposta de superar um modelo de tratamento pautado na exclusão e punição, buscando uma atenção humanizada, visando o resgate da cidadania e da autonomia de pessoas portadoras de sofrimento mental.



DA MARGEM PARA O ALÉM DA MARGEM: atualidade dos serviços substitutivos e a im- plantação do Consultório de Rua e da Escola de Redutores de Danos em Barbacena

Cássio Barreto

Das palavras do filósofo Michel Foucault em sua conhecida *História da loucura*, de 1961, ainda se pode extrair, mesmo que com pesar, a seguinte ideia: a Modernidade ainda condena seus degredados marginais a muros e grades. (FOUCAULT, 1978) Como veremos no exposto, esta realidade, ainda que travestida, persiste diluída em ideais morais, psiquiátricos, políticos e psicológicos. Sim, o isolamento continua presente hoje em nossa sociedade naquilo que consideramos aqui como o “além da margem”.

Um breve olhar sobre a história das instituições totais no Brasil revela flagrantemente números que não podem ser apagados da História da Loucura. Vejamos. Em 1964, no Brasil, havia aproximadamente 75 instituições manicomiais que cumpriam o intuito de vigiar, punir e isolar certos produtos sociais, ou ditos “naturais”, que Michel Foucault também denunciou em sua obra *Vigiar e punir* de 1975.

Dados estes que ainda aumentariam durante o período da ditadura militar para um número crescente de mais de 450 instituições totais no país.

Em Barbacena, por exemplo, entre a década de 1930 e início de 1980, os hospitais psiquiátricos desta cidade chegaram a abrigar uma população de mais de 60 mil internados, que em sua maioria chegaria a óbito dentro dessas instituições de “tratamento”. De forma alarmante, um número que quase se igualou a população da cidade durante o período conhecido como “a grande internação”. Motivo de mérito e de tristeza se lembrarmos que Barbacena cumpre durante este período o doloroso e difícil dever de acolher sem estrutura satisfatória o que as cidades e outros estados fizeram aqui chegar.

Lembrando que se tratava de pessoas, como definir o pesadelo por elas vivido e enfrentado nesses hospícios? Certamente não se tratava de saúde mental, pelo simples fato de não haver naquele momento tecnologias nem conhecimento adequado para o trato das doenças mentais, morais e socioculturais. Doentes ou loucos?... Talvez. Alcoólatras? Mendigos? Familiares indesejados? Mães solteiras? Marginais? Certamente.

Pessoas condenadas por crimes que nunca cometeram ou cometeriam, e cuja sentença definiria até o último dia de suas vidas o momento em que morreriam, sendo a morte o fim de sua pena. Aliás, o que dizer dessas pessoas ainda hoje privadas da palavra, do conhecimento, dos direitos civis, do poder de suas próprias decisões ou das decisões mais importantes de suas vidas no mundo como, por exemplo, ter um filho, estudar ou trabalhar? À margem da sociedade, estas pessoas sofreram, para além de sua dor existencial própria, a repulsa da mesma sociedade que usurpou e exerceu poder sobre seus atos até as últimas consequências. Mas será que existiu ou existe realmente

algo profundamente irracional e doentio que pudesse generalizar sua condição humana, antes desumanizada pela força de um modelo? É o julgamento do outro – da lei, da ordem, dos costumes, da moral, da psiquiatria, da psicologia, da enfermagem, que continuam determinando aquilo que pode parecer perturbado, agitado, estranho, repelente e ofensivo, senão pela corruptela do marginal, da loucura e da adição às drogas? Deixe-os falar, senão deixem-os ir... “Se não, doutor, eu vou fumar minha pedra, porque a dor, o abandono, o desemprego, a vergonha, o medo, a raiva, aí, vira tudo fumaça!”

Hoje, ouvimos isso na rua, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com ou sem o consultório, na Rua, com ou sem chapéu ou protetor solar, falamos já de Redução de Danos e de outros marginalizados! Hoje vamos falar do além da margem, sobre a visão dos Redutores de Danos. Pois hoje, a nosso modo, os deixaremos falar.

Após o início tardio da Reforma Psiquiátrica brasileira na década de 1970, a reflexão persiste e a construção de uma nova ótica – *na* e *para* as redes de saúde e de atenção psicossocial – ainda se faz necessária.

O que passo a relatar agora, ainda que brevemente, é como esta realidade tem se transformado nos últimos anos a partir da própria Reforma Psiquiátrica, que desencadeou os chamados serviços substitutivos e, dentre seus últimos rebentos, o Consultório de Rua (CR) e a Escola de Redutores de Danos (ERD). Uma tentativa do Governo Federal em *habitar* os recônditos da sociedade os quais os olhos do Estado não conseguem enxergar.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre a partir dos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de gestão e atenção à saúde, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, e do

protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na produção de redes e tecnologias de cuidado.

A ideologia do processo é a descentralização do modelo hospitalocêntrico e a abolição dos asilos manicomiais. No início dos anos 1990, entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-Dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Compartilhando desses princípios, a RAPS (CAPS, Serviço Residencial Terapêutico – SRT, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais). Em linhas bastante gerais, tem-se, assim, um breve esboço do que significa aos olhos do Estado a Reforma Psiquiátrica e a implantação dos serviços substitutivos em saúde mental.

Em Barbacena, nossa experiência em serviços substitutivos se dá, efetivamente, com a inauguração em março de 2002 do CAPS Municipal de Barbacena, um CAPS II. A partir dessa concretização se buscou tornar as práticas terapêuticas em saúde mental praticadas no município e na região consoantes ao modelo proposto pelo governo federal, qual seja: a reabilitação psicossocial. De modo articulado, a rede de atenção psicossocial logrou vincular outros serviços e fazer o laço com outros centros e dispositivos da rede. Este processo culmina com a implantação de um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), tipo III, com acolhimento 24 horas, inaugurado em outubro de 2012.

Entretanto, trabalhos desta monta não nascem da noite para o dia, tampouco de modo aleatório. Os serviços substitutivos devem se constituir, sobretudo, e essencialmente, em espaços articulados aos problemas sociais da comunidade e dos portadores de qualquer

sofrimento mental. Daí pode ocorrer, de fato, a reinserção do indivíduo ao bem maior, que é justamente o exercício da cidadania, ou seja, ir e vir, e ter acesso aos bens da sociedade. Mas se, por um lado, os serviços substitutivos cumprem esse papel de reinserção e reapropriação dos portadores de sofrimento mental aos espaços e aos meios sociais dos quais foram privados ou colocados à margem em algum momento do modo de produção vigente, há, ainda, *o além da margem*.

A formação de um excedente humano e econômico revela o aumento também dos problemas criados por este excesso e que exigem enfrentamento. Aquilo que a Escola de Frankfurt observou em sua análise social, apontando a existência de um exército de miseráveis, quer dizer, pessoas que não seriam absorvidas pelos meios de produção ou pela força do Estado em nenhum momento de sua existência, são aqueles que chamamos aqui de marginalizados que vivem no *além da margem*. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985)

O surgimento de uma *margem além da margem* revela, feito a prata de um filme fotográfico que transforma imagem através da luz, aquilo que por alguns é considerado uma espécie de epidemia ou “praga” que atinge largamente e periféricamente as bordas do social: o problema do enfrentamento do uso abusivo de álcool e drogas, especialmente do *crack*. Porém, não encontramos o *crack* convertido em problema somente no além da margem, mas, sobretudo, o problema do anestesiamiento das dores e das angústias causado pelo abandono (lei, saúde, educação) que se revela pelo uso abusivo de substâncias: medos, manias, *pathos* quaisquer que sejam.

Diante desse problema, é instituído, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC). O CR e a ERD foram estabelecidos como dispositivos públicos integrantes do Plano Emergencial de Ampliação

do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria GM/MS 1.190, de 04 de junho de 2009. Assim, tais ações virão a compor a rede de atenção substitutiva em saúde mental, buscando ofertar promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua aos usuários, familiares e comunidade, mais especificamente, aos *além da margem*.

Em consonância com as políticas públicas de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e de outras drogas, além de contar com os dispositivos já mencionados, Barbacena foi buscar apoio junto ao governo federal para implantação de mais este dispositivo substitutivo e obteve sucesso. Hoje, em Barbacena, temos em pleno funcionamento quase todos os tipos de pontos previstos para a RAPS. Barbacena contou também, junto com somente outros dois municípios do país (Niterói e Recife), desde 2011, com a implantação simultânea dos projetos CR e ERD para apoiar e formar novos multiplicadores no acolhimento às pessoas que vivem com problemas causados pelo abuso do álcool e de outras drogas a partir da lógica da redução de danos.

Quando fomos chamados para colaborar na implantação do Programa de Redução de Danos de Barbacena, em 2012, esperávamos uma oportunidade de somar aos trabalhos já instituídos no campo da saúde mental da cidade um dispositivo que privilegiasse a inclusão daqueles que de algum modo ainda vivem às margens do tecido social. Essa marginalidade, paradoxalmente, consiste na própria participação na tessitura do modo de produção, ainda que indiretamente.

Em minha experiência de atuação no CAPS Municipal de Barbacena, admirava-me o sistema de saúde não se dedicar a uma questão bastante primária, muito simples

e que era deixada quase que completamente fora do tratamento dos usuários e que, conforme meu julgamento, poderia fazer a diferença: a informação. Resolvi correr os riscos de uma abordagem diferenciada que era justamente a ideia de reduzir os danos causados na vida dos usuários, especialmente nas oficinas terapêuticas oferecidas para usuários de álcool e de outras drogas.

O que mais impressionava nesta convivência com aqueles indivíduos era que em sua maioria eles sequer imaginavam os riscos paralelos que corriam pelo uso, ou melhor, pela forma com que faziam uso de certas substâncias. Risco de contaminação e disseminação de doenças infectocontagiosas, por exemplo, entre usuários de *crack* pelo compartilhamento de cachimbos utilizados para o consumo da droga, assim como possíveis problemas causados a médio e longo prazo pelo uso abusivo e prolongado destas substâncias. A adesão a essas oficinas foi imediatamente se ampliando, à medida que eles mesmos se apoderavam e se reapropriavam da sua capacidade de aprender, desencadeando, por sua vez, a produção de um saber próprio. Certamente, esse empoderamento produzia efeitos não só cognitivos e intelectuais, mas também psicológicos e afetivos. Conforme relatavam os próprios usuários, antes, quando chegavam e pediam tratamento, a primeira condição era a abstinência e nessas oficinas a informação não era prioritária: “doutor, como é que eu posso começar este tratamento parando de fazer uso, se parar é justamente o meu problema?”, dizia um usuário. Contudo, por se tratar de um assunto cercado de mitos e preconceitos, isto também produzia um efeito contrário, justamente por ir contra a ordem vigente: estávamos lidando com tabus sociais! E isso teve consequências.

Mas o importante é que hoje, entre mortos e feridos, encontrava-me novamente no campo onde realmente se trava a batalha, bem no olho do furacão: junto ao usuário,

na rua, num projeto chancelado pelo próprio governo federal: o CR e a ERD.

Os agentes redutores de danos de Barbacena cumprem hoje uma função que extrapola sua proposição inicial, quer dizer, seu trabalho vai além da margem e ganha amplitude através da *informação* levada àqueles privados de seus direitos básicos. Em certo momento, uma integrante da ERD relata sobre um atendimento com um alcoolista que vivia em situação de rua: “gosto de ficar aqui enquanto vocês estão na rua, porque pelo menos durante esse tempo estou aprendendo e me esqueço de beber”.

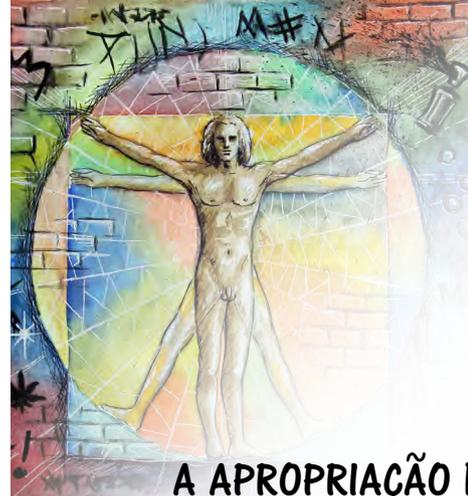
No sentido deleuziano (DELEUZE; GUATTARI, 1997), o efeito aí encontrado é justamente da ordem do saber. Algo que entendo como força e potência caótica criadora. Uma verdadeira máquina de guerra que potencializa corpos e territórios. Novas potências que podem surgir a todo o momento, mesmo no estigmatizado capitalismo tardio, *esquizofrenizante*, que se retroalimenta dos interesses mesquinhos gerados por métodos retrógrados e ultrapassados de máquinas dominantes (édipos, indústria, estado, drogas, desinformação, etc.). O que espero dos CR e das ERD? Que continuem firmes, crescendo e germinando a informação, porque conhecimento é poder.

Referências

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **A dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 1997.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.



A APROPRIAÇÃO DO TRABALHO

Wesley Gouvêa Oliveira

Percorridos os momentos anteriores de aprender do que se trata, trazido por Marco Manso,¹ e de “entrar em contato com o desconhecido, conforme trouxe Cássio,² colocar em prática a atuação do Consultório de Rua (CR) e da Escola de Redutores de Danos (ERD) nos levou a um terceiro momento em que se aproximou o sentimento de “apropriação”, da busca por nos encontrarmos mais seguros diante da tempestade de sensações e desafios que o trabalho a céu aberto nos coloca. Assim, descrevo o tempo em que pude contribuir com a equipe enquanto apoiador técnico desses projetos.

Não sendo possível e nem tampouco necessário desvincular minha vivência de atuação em campo junto à equipe³ da contribuição como apoiador, pude reconhecer

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, publicado neste livro.

² Cássio Barreto, autor do capítulo “Da margem para o além da margem: atualidade dos serviços substitutivos e a implantação do Consultório de Rua e da Escola de Redutores de Danos em Barbacena”, publicado neste livro.

³ Tais experiências são apresentadas e discutidas mais detalhadamente

e compartilhar dos desafios e das diferenças desses momentos.

No primeiro, a experiência do CR na Bahia nos foi apresentada de forma encantadora por Marco Manso, na ocasião supervisor do Ministério da Saúde, enchendo os olhos daqueles que se identificaram e estavam dispostos a esse trabalho. Foi possível então, de forma teórica, entender melhor sobre o que estávamos nos dispondo a realizar, do que se tratava esta atuação, de quais recursos poderíamos lançar mão e, principalmente, ter um contato prévio, ainda que por meio da imaginação, sobre o que supostamente encontraríamos pela frente.

Como quase sempre o que construímos na imaginação se mostra diferente, quando nos deparamos com a realidade, fato intensificado ainda mais pelo contexto específico de nosso território, partimos então ao momento da prática, de encontrar o que não conhecíamos. Tal encontro singular e ao mesmo tempo comum a todos, fazia emergir nas discussões em equipe sentimentos de medo, incertezas, frustrações, mas também realizações e conquistas à medida que avançávamos, em passos lentos, mas cada vez mais firmes, na consolidação deste trabalho.

Esses sentimentos experimentados, e posteriormente traduzidos nas reuniões de supervisão, nunca deixaram de atravessar a atuação da equipe. Porém, ao longo da caminhada, e, sobretudo com o amadurecimento das ações, foram se tornando menos estranhos e mais familiares; portanto, passíveis de serem analisados e corretamente direcionados. Eis então a apropriação deste trabalho, advindo das experiências e construções coletivas.

Foi possível perceber que a equipe se tornava mais segura de suas ações, desvencilhando-se das dificuldades

no capítulo “Um novo olhar da rua”, publicado neste livro.

existentes principalmente devido aos poucos materiais e insumos disponíveis, passando a construir soluções criativas para trabalhar as demandas encontradas nos locais de atuação. Ressalto, aqui, como grande destaque dessa construção criativa, as parcerias realizadas com diversos serviços e setores no município. Pode-se dizer que a dificuldade de aquisição de recursos próprios não intimidou a equipe, mas, pelo contrário, a fez alavancar no sentido de tecer uma rede de parceiros para o desenvolvimento do seu trabalho, iniciativa cujo incentivo sempre me pareceu de enorme importância.

Penso que tal adaptação e desenvolvimento se deram, sobretudo, a partir de uma maior aproximação ao que realmente se trata a expressão “reduzir danos” e sua potencialidade de intervenção no contexto das diversas vulnerabilidades. Este assunto foi tema de muitas discussões promovidas em nossos encontros de supervisão, levantado principalmente a partir da angústia produzida em vários membros da equipe ao relatarem suas experiências. Se me recordo bem, constantemente ouvia frases como: “a gente conversa, atende várias vezes, mas a pessoa continua fazendo o uso da droga, não mudou nada” ou “a situação em tal bairro está difícil, as pessoas não se aproximam”, o que denunciava o desejo de se conseguir resultados rápidos e palpáveis, além de provocar a sensação de que nada ou muito pouco se estava realizando.

Com a emersão desse material, foi possível pararmos para refletir sobre o resultado esperado pelos redutores e principalmente levantar a seguinte questão: afinal de contas, o que significa “reduzir danos” no contexto da intervenção que nos propusemos fazer?

Como apontado anteriormente, era comum sobressair para algumas pessoas o sentimento de pouca efetividade, enquanto outros já conseguiam enxergar as pequenas e

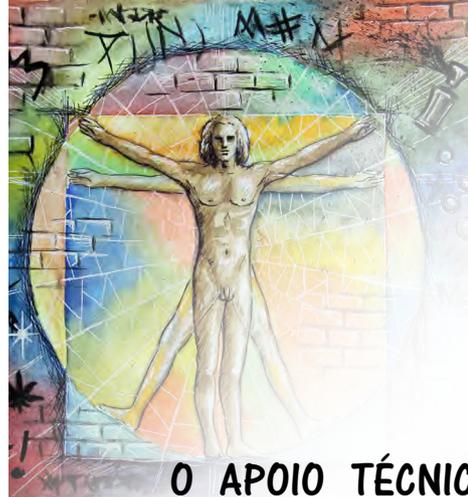
importantes diferenças produzidas nas comunidades em que se encontravam. As diferenças produzidas eram ancoradas na percepção de que, por exemplo, determinados usuários, mesmo continuando o uso da droga de preferência no seu dia a dia, esperavam fielmente a chegada da equipe na semana seguinte; então, detalhavam como passaram a semana, contavam que seguiram certas recomendações: aumento do consumo de água e alimentação, pequena redução do uso da droga, reflexão sobre submeter-se a algum tipo de tratamento. Havia ainda a orientação acalentadora a algum familiar sobre os serviços disponíveis no município, até então desconhecidos, os quais poderiam lhe auxiliar diante da dificuldade vivenciada. Eram feitas palestras e rodas de conversas com crianças, adolescentes e jovens, alertando sobre os cuidados com a saúde e prevenindo danos possíveis no presente e no futuro. Enfim, ao explorarmos o potencial de mudança presente em situações como estas, evidenciando-as durante as reuniões, foi possível fazer perceber a evolução do trabalho, atingindo respostas concretas e também subjetivas com a produção de movimentos positivos de transformação na direção da defesa da vida das pessoas e da comunidade como um todo.

A partir desse reconhecimento, a equipe passou a caracterizar com maior segurança o que significava “reduzir danos”, seja nas conversas ou nas atuações. Estava claro que o CR e a ERD atingiam seus propósitos, e que ao levar informações, buscando prevenir doenças e comportamentos de risco; conversar sobre direitos e deveres; fazer aguçar a preocupação consigo, com sua higiene e saúde, com o outro e com o local em que se vive; denunciar certas condições de moradia e convívio público; fazer conhecer os serviços e sua rede; respeitar as diferenças e as escolhas dos indivíduos e, sobretudo, ofertar outras possibilidades a partir do vínculo e do cuidado, a equipe estava reduzindo danos. Tornar isso explícito a todos fez com que, cada vez mais, as angústias

dessem lugar à potencialidade das ações empreendidas e à autonomia da equipe na elaboração das intervenções.

Neste processo, também se deu a discussão acerca da construção do momento de encerramento da atuação da equipe em determinado território. Até então, a discussão sobre quando e como fazer a transição da equipe de um bairro para o outro ainda não tinha se colocado: como “concluir” o trabalho em determinado território? Antes de decidir realmente encerrá-lo, colocamos em questão o porquê da saída e quais elementos autorizavam fazê-lo, realizando uma análise mais detalhada sobre o que se produziu e se ainda havia algo para ser desenvolvido neste território e, diante da certeza, como e a quem seria importante anunciar esta saída.

Enfim, este caminho foi trilhado lado a lado com todos, buscando nos colocar à disposição da equipe, no sentido de acolher as experiências em campo, partilhando-as junto do grupo e conhecendo como cada um as experimentava. Valorizando o conhecimento e os sentimentos emergidos nas experiências de campo, conseguimos extrair no próprio coletivo, as ideias e estratégias para a construção das atuações desenvolvidas.



O APOIO TÉCNICO ÀS EQUIPES DE REDUTORES DE DANOS: desconstrução das diferenças e comunidades marginalizadas

Felipe Augusto Carbonário

Ao estar de frente com pessoas que por hora fizeram escolhas que os levaram para horizontes muito distantes de um modo de vida tido como “normal”, pude perceber a importância da atuação de serviços como o Consultório de Rua (CR) e a Escola de Redutores de Danos (ERD) na cidade de Barbacena. Respeitar a liberdade e as escolhas dos outros não é tarefa fácil para ninguém. Como seres humanos, deparamo-nos o tempo todo com nossos próprios limites, nossas próprias impossibilidades.

As pessoas que se encontram à margem da sociedade instituída se deparam com uma série de fatores que as deslocam de qualquer participação sociocultural dentro de seu território. Têm medo da rejeição, pois já foram rejeitadas e, de fato, permanecendo tudo como está, continuarão sendo rejeitadas. Escolhem uma “liberdade aprisionada”, um mundo próprio: de loucuras, lixo, sexo, violência, cachimbos, papelões, garrafas de cachaça e

roupas rasgadas, dentre tantas outras coisas que para elas são de extremo valor, ou único valor.

Aos nossos olhares, isso tudo está errado, pois tendemos a dar valor e visibilidade somente ao sujeito que leva uma vida regrada. Ninguém quer ter o “desprazer” de chegar perto de uma pessoa mau cheirosa, de má aparência, em situação de rua, para conversar ou mesmo desejá-la “bom dia”. Não aprendemos ainda o valor do ser humano. Estamos engatinhando rumo a compreender que o fato daquela pessoa estar naquelas condições também faz parte de um todo social injusto, desigual e segregador. Enfim, estamos precisando tirar os óculos da ignorância, aquele que enxerga somente o que quer, e ver a realidade mais de perto e, principalmente, compreendê-la.

Após ter recebido o convite para participação como apoiador técnico, após a saída de Wesley Gouvêa Oliveira,¹ minha missão nesses projetos foi de colaborar com as equipes de CR e ERD, e à rede de saúde como um todo, a construir outro olhar sobre estes seres humanos. Um olhar que não julga, que não rejeita, mas que, pelo contrário, acolhe, sorri e escuta a necessidade subjetiva de cada um. O trabalho dessas equipes é de abordar os sujeitos em locais vulneráveis e oferecer cuidados possíveis. Às vezes, a pessoa não quer aceitar a oferta de atenção à saúde em situação mais estruturada naquele momento, mas quer um acolhimento aberto, em campo, de ser humano para ser humano.

Quando iniciei meu trabalho como apoiador técnico, percebi equipes bastante motivadas com o que ali faziam. Sentiam-se orgulhosos ao receberem o reconhecimento dos usuários e o vínculo criado com alguns deles. Percebi que aos poucos iam sendo criados, também, vínculos com

¹ Autor dos capítulos “A apropriação do trabalho” e “Um novo olhar da rua”, neste livro.

outros serviços de saúde, socioassistenciais e entidades do terceiro setor. O foco do CR e da ERD sempre foi muito claro: a população em situação de rua, em especial, pessoas cujo uso de álcool e de outras drogas havia se tornado de algum modo prejudicial, ampliando a vulnerabilidade. Porém, percebemos que a demanda surgia de uma população que se encontrava com laços familiares fragilizados e que encontrava na rua o apoio que gostariam de receber em suas casas. Esses usuários buscavam em nossas equipes algum tipo de intervenção: desde uma simples curiosidade do que se tratava nossa presença ali até uma escuta técnica mais elaborada e focada na demanda do sujeito. Começamos a manejar os projetos tirando o foco da droga e dando mais importância para a história do sujeito, suas escolhas de vida e suas perspectivas futuras. Quando colocamos a droga como pano de fundo, o sujeito emerge e mostra-se singular, com tantos outros defeitos e qualidades que até mesmo ele já não dava importância.

Com o tempo, as equipes foram mudando de território e novos vínculos se estabeleciam. Às vezes, vivenciávamos muita resistência da comunidade com a equipe presente, por vezes pensando que estaríamos ali de alguma forma incentivando o uso de substâncias. Quando a comunidade se aproximava, adultos, crianças e jovens logo ficavam sabendo da proposta e por vezes levavam as informações para a família, que de certa forma recebia um impacto do serviço que estava sendo oferecido. Quando viam a equipe toda semana, começavam a se aproximar cada vez mais e viam que nosso objetivo primordial era o compromisso com a saúde. Se um usuário ali presente fosse acolhido pela equipe e abordado sobre o uso de drogas, mas permanecesse com o uso naquele momento como algo que deseja, a equipe respeitará a decisão do sujeito; porém, irá realizar uma abordagem voltada para a sensibilização em

face da redução dos danos e riscos para sua saúde. Se, ainda assim, sua demanda naquele momento for um tratamento dentário, a equipe irá realizar um encaminhamento para o serviço adequado, fortalecendo, portanto, o vínculo com aquele usuário. A lógica do trabalho dessas equipes tornou-se, deste modo, a da construção de vínculo comunitário.

Nas comunidades ainda mais vulneráveis, encontramos crianças e adolescentes utilizando a rua como ponto de referência das mais diversas formas: brincadeira, encontro de pares, uso de drogas, envolvimento com o tráfico, ociosidade, entre tantas outras maneiras de existir na vida social. Nessas comunidades planejamos, portanto, realizar um trabalho preventivo, socioeducativo e de cidadania para esta população específica, onde novas possibilidades poderiam ser oferecidas e propostas para essas pessoas. O trabalho com crianças é algo fascinante, pois elas traziam sua situação sociofamiliar sem melindres e conseguiam fazer várias ressignificações de seu papel, trazendo por vezes os pais e irmãos para participarem das atividades em campo também. As equipes orientaram tanto as crianças quanto os pais em relação a qualquer assunto com condições de preservar ou ampliar a qualidade de vida de toda a família. As equipes conseguiram realizar ações intersetoriais junto a outros setores públicos, levando informações para as famílias em eventos envolvendo lazer, esporte e assistência social e à saúde.

Levamos materiais e informações também às profissionais do sexo em uma casa noturna, focando o uso de métodos preventivos para relações sexuais seguras e também o uso de drogas neste contexto. Para a equipe, foi um grande desafio inicial, assim como tantas outras vezes, estar em contato com as diferenças. Nas comunidades este sempre foi o grande desafio das equipes: entrar em contato com o diferente, fortalecer os vínculos entre os membros

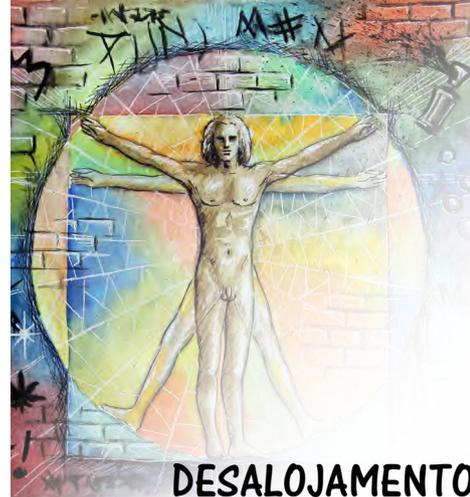
da comunidade e os redutores de danos e profissionais da saúde.

Neste período de existência, o CR e a ERD tiveram várias demandas que não só partiram da rua propriamente dita, mas de instituições que também assistem pessoas que sofrem algum tipo de segregação e discriminação social com os notáveis impactos à saúde relacionados a esta condição. Assim, surgiram demandas advindas do Presídio Municipal de Barbacena para a população carcerária, da Associação Barbacenense de Ação contra a AIDS (ABAA) para os usuários daquele serviço e também de Escolas e Pastorais comunitárias que solicitavam apoio para trabalhar aspectos relacionados à vulnerabilidade de crianças e adolescentes. Nestas instituições, encontramos pessoas atendidas cujas demandas eram semelhantes no sentido da discriminação social, o que as impedia por vezes de estar em contato com os serviços das redes assistenciais. Nestes serviços, mais uma vez, estivemos frente a frente com pessoas condenadas moralmente pela sociedade, e pudemos novamente pôr em questão nossos (pré-)conceitos enquanto equipe de profissionais.

Nunca faltou acolhimento às nossas propostas ao atuarmos com estas populações. Sua participação sempre foi intensa e interessada, e novamente nos fortalecíamos enquanto seres humanos e profissionais da saúde. Pudemos notar o enorme potencial da sensibilização, da troca, do enfrentamento dos próprios limites.

Aceitei o desafio de colaborar na busca de direcionamentos para o trabalho junto destas equipes em situações nas quais eu não me sentia menos carente de referenciais do que qualquer um deles. Aos poucos fomos percebendo, juntos, que não existem soluções prontas para nenhum tipo de problema. Existe construção coletiva e reflexão problematizadora por parte das pessoas.

Nossa atuação se pautava em repensar nossa prática a todo o momento: ter um olhar para aquele sujeito e dar voz a seu discurso. E assim as pessoas ressignificavam seu contexto, suas escolhas e nos mostravam o caminho. Com isso conseguíamos resgatar o discurso do sujeito e sua dinâmica sem recorrer a qualquer tipo de julgamento moral. Isso fez e faz toda a diferença na vida de cada um de nós e de cada um deles. Estamos em constante retroalimentação com a prática e pretendemos sempre alavancar nossa mudança de percepção em relação às diferenças, aos seres humanos. Acredito que isso seja mais do que uma transformação profissional; no entanto, nada mais do que mudanças tipicamente humanas.



DESALOJAMENTO, EXPERIMENTAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA: alguns momentos de uma experiência de apoio institucional

Marcelo Dalla Vecchia

Após a visibilidade criada em torno da “epidemia do crack”, ocorreu o lançamento do programa “Crack: é possível vencer” no final do ano de 2011, dentre vários outros programas em nível estadual e municipal que vêm buscando fazer frente ao problema. Neste contexto, as estratégias de Redução de Danos (RD) advindos do uso de álcool ou outras drogas vêm ganhando parte relevante da pauta no debate das políticas públicas da área. No entanto, é forçoso reconhecer a interposição de obstáculos de toda ordem para a proposição de tais práticas, seja enquanto estratégia concreta de ação ou enquanto lógica a perpassar o conjunto das ações de gestão, educação e atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No caso do município de Barbacena, a RAPS vinha sendo pressionada pelo crescimento exponencial da demanda por acolhimento de pessoas com problemas com

álcool e outras drogas, caso singular de um contexto mais geral do tempo particular em que vivemos. O lançamento, pelo Ministério da Saúde, de editais visando à implantação de estratégias de RD, mais especificamente, o Consultório de Rua (CR) e a Escola de Redutores de Danos (ERD), foi visto, acertadamente, pelos operadores da RAPS de Barbacena como uma oportunidade para que a cidade pudesse mais uma vez escrever um importante capítulo na história da luta antimanicomial brasileira, em um município emblemático no cenário nacional. Tratava-se de buscar outros meios para produzir um acolhimento decente, no sentido ético-político, para esses cidadãos.

Fizemos alguns contatos iniciais por correio eletrônico para apresentar o interesse em colaborar na implantação dessas iniciativas, respondendo à consulta feita pela Coordenação de Saúde Mental de Barbacena ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Conversei pelo telefone com Cássio Barreto,¹ então apoiador técnico, que me informou que a sala da Coordenação ficava no antigo “Sanatório Barbacena”. Peguei-me pensando: quantos vagões de “trens de doido” teriam aportado pessoas àquele lugar, em um passado tão tenebroso quanto recente? Quantas vidas teriam sido ceifadas devido à fragilização orgânica pelo enfrentamento, aos trapos, de dias e noites de frio cortante na Serra da Mantiqueira? Entrar naquele prédio irregularmente iluminado, percorrer corredores dos quais subiam paredes de pé-direito baixo, e observar cômodos cujas janelas encontravam-se a uma altura suficiente para aumentar a distância dos internos com a liberdade lá de fora, foi uma espécie de passeio a um tempo imemorial presente naquelas marcas arquitetônicas. O caminho até

¹ Autor do capítulo “Da margem para o além da margem: atualidade dos serviços substitutivos e a implantação do Consultório de Rua e da Escola de Redutores de Danos em Barbacena”, presente neste livro.

a sala era cinematográfico. O *grand finale* era reservado àquele lugar alegre, vivo e colorido da sala da Coordenação de Saúde Mental, que repunha as esperanças por dias sempre melhores na atenção às pessoas que vivem com sofrimento mental.

Na primeira reunião, foi notável a implicação da equipe de gestão com os projetos de CR e ERD. Lúcia Helena Barbosa,² então coordenadora de saúde mental de Barbacena, recuperou algumas passagens da história manicomial da cidade, evocando o álbum organizado por Jairo Furtado Toledo (2008) e a exposição fotográfica organizada pelo Ministério da Saúde, que notabilizou a reabilitação psicossocial de Barbacena. (BRASIL. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2009) Lamentou terem sido pontuais as oportunidades de registro dessa história, ressaltando esta necessidade. Nesta reunião, a “elaboração e acompanhamento dos indicadores de monitoramento e avaliação”, encomenda inicial para nossa atividade junto à Coordenação, começou a tomar forma.

A equipe destaca, logo de início, o lugar fundamental da Universidade no desafio de constituir memória de acontecimentos que, pela sua importância, compõem a história da luta antimanicomial brasileira como um todo. Quais e quantas versões distintas deste processo poderiam ser enunciadas, nas múltiplas vozes dos sentidos diversos constitutivos da variedade de sujeitos aí implicados? Pontuou-se a necessidade de pormenorizar, por exemplo, o processo de desospitalização, iniciado em meados dos anos 1980, de pessoas que ficaram internadas por décadas nos manicômios. Indicou-se a carência de uma memória dos momentos que constituíram o processo de

² Autora do capítulo “O início: o projeto no percurso da rua”, presente neste livro.

desinstitucionalização viabilizado pela conquista do direito de habitar nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Não havia registro também a respeito das lutas travadas nas ocasiões de implantação de cada equipe e de cada serviço substitutivo de atenção psicossocial em Barbacena, que fincaram bandeiras singulares no terapêutico reino da liberdade. São raras as investigações que buscaram captar dimensões político-institucionais e socioculturais da história de transformação da atenção à saúde mental no município, do modelo francamente manicomial presente até o início da década de 1980 na direção de um modelo comunitário, com todos os conflitos, oposições, resistências e disputas inevitavelmente existentes neste processo, a exemplo do trabalho de Passos (2009). Enfim, desde o início do processo de implantação, estava posto para todos os envolvidos o interesse em viabilizar alguma forma de sistematização que pudesse colaborar com a memória da experiência em implantação.

O enquadre da ação enquanto “apoio institucional” parecia viável, dadas as expectativas da parceria e a demanda acordada em conjunto. Vários aspectos dessa proposta, conforme a formula Campos (2000), e subscreve a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008), pareciam coadunar com as demandas da atuação: o fomento de espaços coletivos de debate plural e deliberação visando potencializar o protagonismo dos sujeitos envolvidos na implantação das ações de RD no município; a problematização das práticas instituídas de atenção à saúde, tais como a ênfase anátomo-clínica na patologia, a fragmentação das ações, a superespecialização e a supervalorização do saber técnico-científico e profissional; e a oferta de análises a partir dos relatos das vivências cotidianas em campo visando ampliar a capacidade de planejamento, execução e avaliação – enfim, de gestão

– das ações realizadas. Não obstante, a construção de indicadores quantitativos, cujo acompanhamento pudesse prover uma aproximação mais geral, com a robustez da generalização estatística das “ciências duras”, possibilitaria, por sua vez, a oferta de informações mais imediatas para subsidiar a tomada de decisões da equipe e dos gestores.

Em síntese, (1) apoio institucional, (2) constituição de memória³ e (3) acompanhamento de indicadores quantitativos⁴ foram as frentes de atuação da parceria estabelecida entre UFSJ e Departamento Municipal de Saúde Pública de Barbacena (DEMASP), com a interveniência da Fundação de Apoio à UFSJ (FAUF), para a execução do Convênio 001/2013, que formalizou e oficializou os termos da colaboração técnico-científica.

A seguir, são apresentados alguns momentos, entendidos como significativos, visando a uma primeira e preliminar análise da experiência de apoio institucional realizada. Nesta oportunidade será realizada uma espécie de apresentação “em panorâmica”, o que impede a exploração mais detida de aspectos que pretendemos sistematizar em ocasiões futuras, tais como: (a) o debate do lugar do apoio institucional proporcionado por um docente universitário nestas propostas, (b) o processo grupal e as mediações institucionais que atravessaram/transversalizaram as equipe técnica e de gestão, e (c) a apresentação e discussão dos dados sistematizados a título de acompanhamento dos indicadores quantitativos. Procurarei evidenciar que

³ A publicação que o leitor tem em mãos é o produto mais imediato desta preocupação, que não teria sido possível sem a participação de Filipe Melo Lopes e Felipe Augusto Carbonário, coorganizadores.

⁴ Este acompanhamento também contou com a colaboração de Bárbara Cristina de Assis Melo, que, junto de Miguel Archanjo Silva Júnior (autor do capítulo “Autolegado”, presente neste livro), coletaram a maior parte das informações que possibilitaram a sistematização e o acompanhamento dos indicadores estabelecidos.

as principais tarefas às quais a equipe se dedicou em cada um dos três momentos destacados, aos quais denomino “desalojamento”, “experimentação” e “construção de autonomia”, não significam a substituição do momento antecedente pelo subsequente, senão sua superação por incorporação, complexificando e qualificando a atividade coletiva da equipe envolvida no processo.

O primeiro momento, no qual pareceu sobressair o *desalojamento*, foi marcado pela tensa coexistência de dois processos simultâneos na equipe: o enfrentamento do desafio de estabelecer a metodologia de intervenção diante do contexto sociocultural singular ao qual delimitaria sua atuação, ao mesmo tempo em que se confronta cotidianamente com a parca disponibilidade de equipamentos e insumos para a realização das atividades em campo.⁵ A delimitação do escopo da atividade das equipes de CR e ERD já tinha sido objeto de reflexão durante a capacitação promovida por Marco Manso,⁶ viabilizada por intermédio de convênio entre o Ministério da Saúde e a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti da Universidade Federal da Bahia (ARD-FC/UFBA), para assessoria nos momentos iniciais da implantação dos projetos do CR e da ERD. Nesta capacitação, a equipe foi orientada a aproximar-se gradualmente dos cenários de vulnerabilidade social. Ou seja, tratar-se-ia de reconhecer os territórios habitados pelo público-alvo mais geral da proposta, considerando-se, neste reconhecimento, sua composição local, suas necessidades específicas, e suas

⁵ O capítulo “O início: o projeto no percurso da rua”, de Lúcia Helena Barbosa, então coordenadora de saúde mental de Barbacena, explicita os entraves relacionados à execução dos recursos liberados pelo Ministério da Saúde diretamente ao Fundo Municipal de Saúde de Barbacena para viabilizar os projetos do CR e da ERD.

⁶ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente neste livro.

características peculiares de vulnerabilidade social, ao invés da implantação de ações a partir de procedimentos preestabelecidos para aproximar-se de populações predefinidas. Em outras palavras, a metodologia de trabalho da equipe deveria se pautar em uma proposta aberta, o que, no entanto, não implica em permissividade incauta, irresponsabilidade metodológica ou ato de caridade. Isso levou os integrantes da equipe e apoiador técnico a investirem na reflexão sobre a necessidade de desacomodar práticas de atenção à saúde orientadas por uma racionalidade biomédica e calcadas em procedimentos assistenciais mais tradicionais do campo da saúde.

Essa desacomodação, não haveria de ser diferente, foi acompanhada por algum nível de incômodo e temor frente ao novo e ao desconhecido, conforme se discutiu nas reuniões e se relata nos textos que compõem esta publicação. Oferecer aferição de pressão arterial aos frequentadores do CR, mesmo correndo o risco da possível associação do CR a um “ambulatório itinerante” de atenção básica? Levar bens pessoais (tenda, bola, rede, etc.) correndo o risco de substituir a responsabilidade dos gestores em provê-los? Fazer visitas domiciliares e deslocar para eles esforços que poderiam ser voltados à realização de atividades coletivas e/ou de maior impacto por meio da criação de dispositivos de formação e informação a públicos mais amplos? Tais questões, dentre outras, ocuparam algum tempo de reflexão.

Neste processo, a equipe foi desenvolvendo uma capacidade crescente de enfrentamento dos desafios que se apresentaram, acolhendo, ouvindo e compreendendo de forma cada vez mais detida as demandas de um público diverso e ainda em delimitação, ficando para um momento posterior maiores definições. Investe pesadamente, neste sentido, no que Mehry (1998) denomina tecnologias leves

de cuidado em saúde, e, por esta via, logra deslocar o foco da doença na direção das existências-sofrimento singulares e concretas, conforme nos ensinou Basaglia (1985).

O segundo momento, no qual se destaca a *experimentação*, não foi menos marcado pela interpelação, pela dúvida, pela indefinição. As pessoas encontradas pelo CR e pela ERD nas atuações em campo, a partir das experimentações metodológicas realizadas, vão ganhando visibilidade: crianças e jovens, testemunhas oculares e cotidianas do crime, do tráfico e da violência; adolescentes profissionais do sexo, grávidas e usuárias de *crack*; alcoolistas, em situação de rua; pais, mãe e parentes de pessoas com prejuízos diversos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas; cidadãos desprovidos de quaisquer informações sobre seus direitos, inclusive à saúde, e sobre os pontos da rede que poderiam acolher suas necessidades. Outras questões somaram-se àquelas do momento anterior e uma pressão por busca de soluções concretas foi se impondo crescentemente: como mobilizar o interesse pelo autocuidado, condição prévia à possibilidade de voltar a investir em sua própria vida e em algum projeto de si? Como constituir um vínculo de confiança a partir do qual todo tratamento ou reabilitação possa se apresentar como uma possibilidade concreta, ou seja, como uma ou mais alternativas viáveis àquele sujeito singular e à sua família? Como obter indicadores de eficácia de práticas pautadas pela lógica de redução de danos em meio às diversas, múltiplas e complexas necessidades que se apresentavam (socioassistencial, educacional, de saúde, lazer, moradia, trabalho, etc.)?

Aqui, a equipe constata a necessidade de delimitar melhor a identidade de seu trabalho, o seu que fazer próprio diante das demais ofertas da rede, de modo a oferecer materialidade e especificidade à atuação do CR e da ERD.

Bion (1948/1975), resgatando a discussão kleiniana sobre a posição depressiva, sugere que o grupo define o objeto da sua atividade – o conteúdo da sua ação, a sua tarefa – quando constata os limites, no tempo e no espaço, de seus recursos e capacidades. Trata-se da “morte do grupo”, quer dizer, a constatação, pelos seus integrantes, da finitude da sua atividade. Nestas circunstâncias, o grupo se organiza para lidar com seus próprios limites, e passa a cobrar maior autonomia em face dos determinantes institucionais. “Amadurece”, como se diria no senso comum. Passam a se delimitar, nesta etapa, os contornos da sua identidade grupal, no sentido que indica Martín-Baró (1989).

Neste processo, pareceu-nos estabelecer-se um terceiro momento, de crescente *construção de autonomia*, no qual são constituídas as balizas concretas da atividade das equipes de CR e ERD, dada a emergência de uma identidade grupal então incipiente. Esta busca por autonomia manifesta-se na apresentação de um conjunto de demandas pela equipe técnica à equipe de coordenação: pelo planejamento, execução e avaliação das atividades de campo a partir de princípios gerais acordados coletivamente nas reuniões de apoio técnico, garantindo-se a autonomia para a criação e a improvisação na operacionalização destes princípios; pela garantia de tempo de trabalho dedicado à gestão cotidiana das parcerias interinstitucionais e intersetoriais, visando a potencialização da atuação; pela radical democratização das relações de trabalho dentro da equipe, visando garantir participação contínua na definição das ações e da busca de soluções para problemas identificados, etc.

As parcerias desenvolvidas neste momento, em especial, constituíram-se em circunstâncias por meio das quais, além de potencializar a atuação em campo, a equipe criou visibilidade para sua atuação junto de outras entidades (privadas, filantrópicas, públicas e do terceiro

setor), atuando junto delas pontualmente (como no caso de escolas, presídio, etc.) ou continuamente (Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, unidades básicas de saúde, etc.).

Neste momento, foram enfatizadas e aprofundadas: a constituição do vínculo com as pessoas abordadas, a qualificação da prática educativa realizada, a natureza itinerante da atuação, a contextualização das informações obtidas por instrumentos de registro para subsidiar as ações em desenvolvimento, a reflexão sobre os efeitos nos próprios integrantes das atividades de campo e a importância das reuniões contínuas de apoio técnico e apoio institucional para viabilizar as atividades do CR e da ERD.

Ainda neste momento, foi feita uma devolutiva com caráter de prestação de contas aos conselheiros municipais de saúde, com apresentação dos indicadores de acompanhamento dos projetos de CR e ERD referentes ao período compreendido entre maio/2012 a abril/2013. Parte importante da equipe esteve presente na ocasião, esclarecendo os conselheiros acerca do desenvolvimento das ações, ilustrando com situações de campo. Os aspectos singulares da metodologia de trabalho das práticas de redução de danos foram mais bem esclarecidos aos conselheiros de saúde, que, ao fim, decidiram por realizar uma manifestação formal de apoio à continuidade do CR à Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAP)⁷ e pela tempestividade na aquisição dos insumos e materiais necessários.

⁷ Na gestão da Prefeitura Municipal da Prefeitura de Barbacena/MG iniciada em 2013 houve a extinção do Departamento Municipal de Saúde Pública (DEMASP), que foi incorporado ao organograma do poder público municipal como Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAP).

Também durante o processo de preparação deste volume foi possível criar oportunidades de constituição dos sentidos e significados da atividade das equipes técnica e gestora do CR e da ERD, por meio da retomada das narrativas reflexivas das atuações registradas em diários de campo, da realização de entrevistas com os integrantes da equipe para complementar as narrativas registradas, e da elaboração de textos para o Prefácio, para o registro da experiência da gestora e dos apoiadores. Todo um longo e cuidadoso trabalho de preparação foi necessário: receber os textos, formatar o volume, revisar os textos, checar a versão final com os autores, solicitar fomento para viabilizar a impressão de volumes da publicação, encomendar e acompanhar a diagramação e impressão.

Enfim, a mediação externa no decurso da implantação de políticas, programas e ações que visam à construção do SUS, possibilitada por meio do apoio institucional, entra como um elemento que contribui para a construção de ações que visam superar o assistencialismo caritativo e seu corolário, que é a dependência institucional, no sentido da constituição de pontos de atenção ocupados com a construção da cidadania, a produção de redes de continência ao sofrimento e o fomento a formas humanizadoras de sociabilidade na atenção à saúde.

Em perspectiva, coloca-se agora o início do Consultório na Rua, que se dará em gestão compartilhada entre a Atenção Básica e a Saúde Mental no município de Barbacena. Sua consolidação possibilitará à equipe envolvida realizar sua atividade em um patamar de qualidade destacado, visto o enorme esforço e o colossal trabalho, externo e interno à equipe, realizado para implantação das propostas de CR e da ERD neste pouco mais de um ano de trabalho.

Referências

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BION, W.R. **Experiências com grupos**. 2ed. São Paulo: EDUSP/Imago, 1975. Primeira edição publicada em 1948.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ed. Brasília: Autor, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Exposição Fotográfica Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens**. Programa de Volta para Casa, cartilha de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

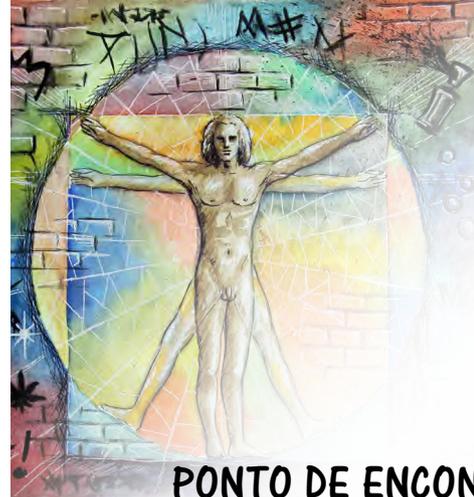
MARTÍN-BARÓ, M. **Sistema, grupo y poder**. Psicología Social desde Centroamérica (II). 3ed. San Salvador: UCA, 1996.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MEHRY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

PASSOS; I.C.F. **Loucura e sociedade**: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009.

TOLEDO, J.R. (Org.). **(Colônia)**: uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.





PONTO DE ENCONTRO

Abigail Grossi

Psicóloga nascida e criada em Barbacena, terra das rosas e loucos, me formei na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/Minas), onde, na época, nosso curso tinha tendências humanísticas e onde estavam, também, as primeiras cabeças pensantes da Psicologia Social no Brasil. Sempre muito curiosa e inquieta na busca pelo “saber”, fui fazer formação analítica e vivi os primórdios da Escola Mineira de Psicanálise, em contraponto aos olhares humanistas e psicossociais dos meus mestres, sofrendo preconceito quando virei meus olhares para Freud, Jung e Lacan. Em meio a esta mistura eclética, fui parar nas ruas de Belo Horizonte, inaugurando o primeiro trabalho com “Meninos de Rua”, na época usuários de cola de sapateiro e eventualmente de maconha e cocaína, quando ofertados por policiais ou criminosos adultos em troca de furtos residenciais e assaltos a adornos de ouro dos transeuntes. Inicialmente, atuei como estagiária e, posteriormente, como voluntária daquele trabalho fascinante e sedutor, que se passava numa dimensão e num espaço diferente, que a Universidade ainda não havia percorrido.

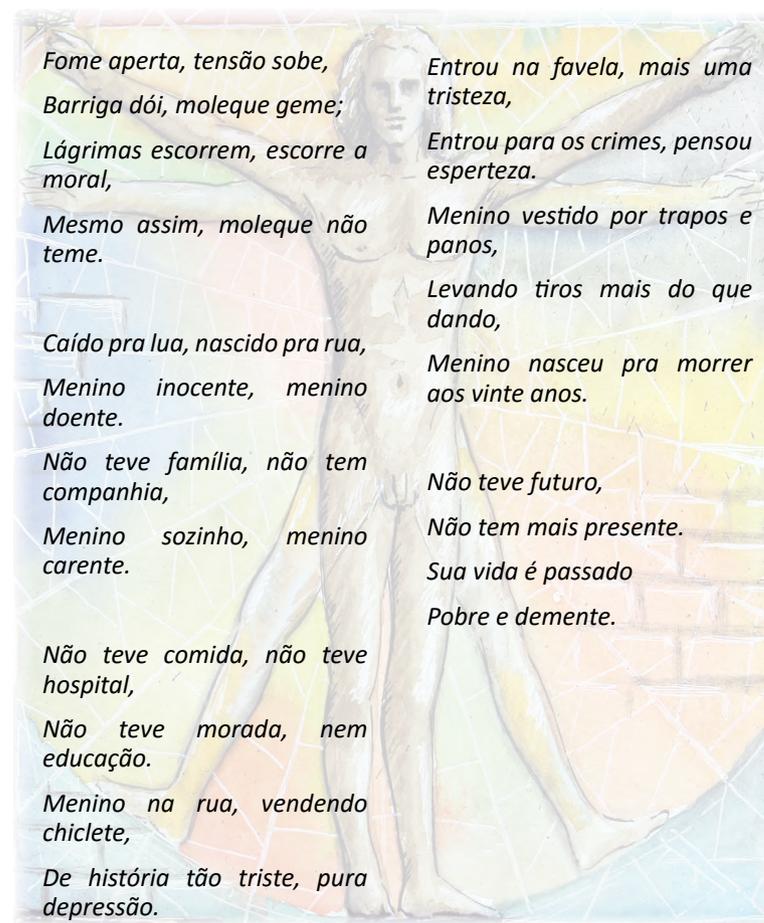
À parte, minha vida particular se passa em um cenário atravessado constantemente pelo que nossa cultura nomeou de “loucura”. Em Barbacena, corríamos amedrontados quando cruzávamos pessoas com uniformes azuis. Nos primeiros anos de minha infância, pude viver dentro de minha própria casa as mazelas do “sofrimento mental”, espreitando às escondidas os movimentos terapêuticos rígidos aplicados à minha mãe, que se encontrava em uma depressão reativa severa pós-perda de um filho.

Morei na capital, onde fiz minha formação, e retornei a Barbacena em 1993, respondendo à demanda por profissionais aberta pelo início da reforma psiquiátrica no Estado de Minas Gerais. Jovem, cheia de energia e com essa mistura teórica maluca na cabeça, vesti a camisa e calcei as botas. Só mais tarde ganhei o colete de proteção, ao mudar de nível no *game* pouco ético e sórdido da política por trás do belo projeto da reforma psiquiátrica no Brasil. Pulando obstáculos daqui e dali, entrando em confrontos inevitáveis, fomos aprendendo a fazer acontecer, num jogo de cintura de dar *show* nas dançarinas do ventre. Por vezes, éramos pegos em nossa inocência, quase perdendo nossas cabeças por dançarinos mais maliciosos. Mesmo assim, conseguimos. A Reforma é uma realidade! Os desafios agora são outros. Temos que melhorar os serviços substitutivos e lidar com a demanda gritante do lado de fora dos muros. Tudo isso em um mundo acelerado, onde os valores que até então norteavam a nossa humanidade desmoronam em bloco, deixando-nos perdidos entre o materialismo e o individualismo exacerbado.

Objetos concretos ocupam lugar da subjetividade essencial e criativa do ser humano. Antes de criarmos imagens e linguagens, precisamos suprir nossas necessidades básicas mais primitivas.

Ouvem-se vozes que gritam: “prendam, tranquem, tirem de perto de nossos olhos estes que nos ameaçam a vida”. Volta aos muros? Internação compulsória? Estes são os pedidos imediatistas e retrógrados da sociedade diante da emergência da situação.

Em 1998, meu filho, Daniel Grossi de Salles, então com quatorze anos, escreve um poema onde constatava a realidade assustadora antes mesmo de nossa política se ater a qualquer intervenção já urgente naquela época. Diz o texto, cujo título é “Resumo da vida de um brasileiro”:



Seu poema é marcado pela experiência do contato indireto com as “gangues” de meninos de rua e de sua origem como filiado de pais profissional e eticamente envolvidos na luta contra o sofrimento mental. Em cada estrofe, denuncia. E, ao mesmo tempo em que marca a falta, aponta a saída: saúde, educação, dignidade e respeito para, então, ser capaz de compartilhar o espaço criativo da subjetividade. O espaço para o prazer de usar as habilidades de ser humano.

“Não teve futuro, não tem mais presente, sua vida é passado, pobre e demente.”

O único prazer possível é extraído dos efeitos das drogas, este objeto concreto que ignora e anestesia as dores do corpo e torna possível um campo momentâneo e ilusório da capacidade ímpar de abstração. De ir além de um corpo de dor e delirar e alucinar com os prazeres da alma.

Assim, quando os meus olhos bateram sobre um programa de governo que se colocava como um aparelho limpo, aberto à construção de um saber compartilhado, se redimindo da abstenção pregressa de uma política que evitasse essa condição, meus olhos brilharam e pude vislumbrar no CR uma possibilidade de resgate à escuta e ao diálogo onde linguagens e saberes diferentes podem ser compartilhados. Desejei aquele aparelho para nossa cidade. Afinal, se havíamos conseguido avanços significativos com a Reforma, era justo que continuássemos.

Nosso município não era uma cidade estratégica, não tinha o quantitativo populacional previsto para a inserção no programa; no entanto, em reunião do colegiado do fórum “Álcool e Drogas, desafios da modernidade”, solicitei permissão para reivindicá-lo para Barbacena, sem muita esperança de sermos contemplados. O projeto do CR foi feito rapidamente, durante um feriado de Fimados, usando

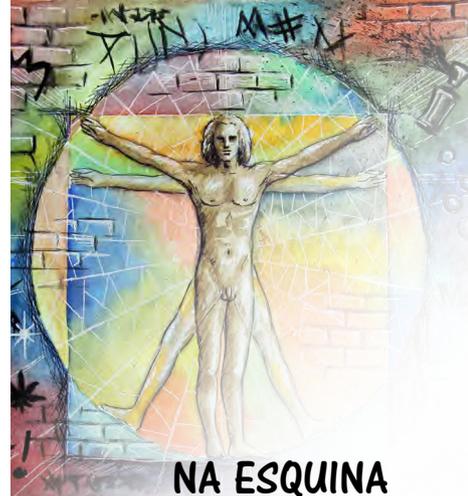
linguagem bem simples e um pouco evasiva, evitando usar dados estatísticos que não tínhamos em mãos, ou perderíamos o prazo para a inscrição. Pautamo-nos na alegação de que Barbacena pretendia tanto a redução da lacuna assistencial ao usuário de álcool e drogas na nossa região, como avançar na nossa pretensão de sermos uma rede completa, produtiva, assim como a manutenção do nosso lugar como referência na reforma psiquiátrica brasileira. O projeto foi enviado no início do mês de novembro de 2010 e aprovado um mês depois.

Em seguida, as mazelas e lidas administrativas: relatórios, formulários, longas reuniões com o Conselho Municipal de Saúde que não entendia o dispositivo proposto. Chegou recurso? Gestor liberou? Como conciliar nosso desejo de realização da prática com os prazos e entraves burocráticos?

Enfim, a capacitação com Marco Manso¹ e, meio que à marra, *fomos às ruas*.

Aí não permaneci por muito tempo como profissional, mas o suficiente para ter esperanças de compartilhar o espaço da possibilidade subjetiva, onde vozes possam se harmonizar em coro, e não antagonicamente, e “justificar” o equívoco sociocultural onde nem todos têm direito ao prazer criativo de usar as habilidades intrínsecas de ser humano. Página limpa para se escrever muitas possibilidades que garantam direitos a todos, sem, no entanto, permitir que quaisquer desses direitos constituam a eliminação de alguém. Daí surgiu o nome do nosso Consultório de Rua: “Ponto de Encontro”.

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente neste livro.



Adailton Lopes

A partir das abordagens que fizemos na comunidade e mediante capacitações recebidas em reuniões, passei a observar com mais atenção a verdadeira realidade de pobreza e abandono do Estado, família e sociedade em geral. As pessoas que encontramos viviam o sofrimento de serem moradoras de rua, com o agravante de estarem, na sua maioria, vinculadas à dependência do álcool e de outras drogas.

Profissionalmente, trabalho com pessoas que têm problemas com álcool e drogas há 12 anos em três unidades hospitalares. Também fui acompanhante terapêutico de pessoas que estavam em tratamento, seja por conta de problema hepático, bebida ou outras drogas. De uns sete anos para cá, tenho notado que as demandas relacionadas a problemas devidos ao uso do *crack* são muito mais altas. A experiência mais longa que eu tive foi em uma instituição na qual atuei, por dois anos, em uma comunidade terapêutica. Nesta instituição, trabalhei no setor de psiquiatria; depois, fui transferido para a comunidade terapêutica. Foi nesse momento que percebi o aumento da demanda, visto que antes os maiores problemas eram a maconha e a bebida alcoólica.

Quanto às drogas, percebo que a cocaína depende de um maior poder aquisitivo do usuário devido ao seu custo. Conheci através do meu dia a dia profissional a tal da “merla”, que veio ainda antes do “beréu”. Muitos escondiam comprimido de Diazepan® pra fazer “beréu”, misturando fumo de cigarro pra fumar junto do comprimido amassado. No entanto, o “beréu” também é feito com o *crack*. O usuário acaba descobrindo que esta é uma forma de atenuar o efeito devastador causado pelo *crack*, porque o “beréu” pode ser feito com o cigarro comum ou com a maconha. Muitos faziam isso pra conseguir passar perto das autoridades, porque colocando *crack* no cigarro, ninguém dava conta de que pudesse ser alguma coisa diferente de tabaco. A “merla” já vem como se fosse uma pedra. É o resto solto da cocaína. Ela é fervida na colher, me parece que com querosene. Não me recordo muito bem porque está desaparecida há um bom tempo aqui em Barbacena. As primeiras pedras que apareceram foram da “merla”.

Depois disso foi mudando, foi uma espécie de transição. Veio o aumento brusco do *crack*. A “merla” sumiu e pintou o *crack*. Os dois são substâncias parecidas. A “merla” era um pouco mais cara, tratava-se do restolho da cocaína. Era um resto, porém, menos destruidor do que o próprio *crack*. O que se diz é que atualmente já está pintando outra muito utilizada pro lado da Amazônia, o “oxi”. Pra preparação se usa a gasolina, cal e o resto da cocaína. Pelo tempo que eu trabalho percebo essas transformações, essa mudança no tipo de droga que se usa, porém o *crack* está dominando a periferia. Os políticos não querem informar e tentam abafar.

Um caso que atendemos me marcou bastante, que é o de um menino que colocou fogo na própria casa. Ele foi atendido por nós, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad). Conversei com ele desde a primeira vez que deu entrada no serviço. Conversávamos

muito. Demos várias orientações para ele antes de iniciar as atividades terapêuticas. Tivemos uma conversa com ele uma semana antes do ocorrido, às vésperas de seus 18 anos. Em uma dessas conversas ele disse: “agora, já está na hora de tomar juízo”. Eu respondi: “está certo. Você sabe também que se você cometer algum delito, agora você não vai ter os mesmos direitos que você tinha quando era menor, né?” Ele reafirmou: “agora, vou tomar juízo”. Mas, logo depois, aconteceu.

Mudou muito o perfil de quem usa as drogas. Podemos ver o aumento da criminalidade nos bairros. Vejo isso em Barbacena porque moro aqui e no jornal sempre há notícias envolvendo crimes relacionados ao uso abusivo do *crack*. Aumentaram os roubos, aumentou o latrocínio, geralmente envolvendo um menor. As reportagens dizem que o álcool é o principal problema, o mais devastador, o que provoca piores consequências. Na minha concepção, o alcoolismo dá mais demanda pra tratamento hospitalar. É acidente de trânsito, problema hepático... Pelo que eu vejo, pela minha experiência, o *crack* gera um problema maior porque acaba afetando a vida da pessoa como um todo.

Frequentei praticamente todos os bairros de Barbacena pelo Consultório de Rua (CR), inclusive porque transitei de uma equipe para outra. Tive como exemplo estas comunidades que frequentamos. É um trabalho de formiguinha: você conversa com dez e apenas um vai te dar atenção. Nove estão ali de curiosidade e por aí vai. Existe também muito desinteresse por parte das autoridades e do poder público. Porque a educação pública é precária, assim como o saneamento básico. Fazemos um esforço para melhorar praças, áreas de lazer, de esporte, uma vez que Barbacena não tem um lugar específico, bem organizado, limpo.

A sociedade e as famílias estão jogando tudo em cima do Estado, o Estado joga pra cima das famílias e fica esse jogo de empurra. Com isso, as soluções nunca vêm. Quanto mais precária a situação do bairro e mais pobres são seus moradores, maior é o consumo do *crack* e de bebida.

O morador de rua em si não é uma pessoa agressiva como se imagina. Ele não vai praticar um roubo seguido de morte. Ele vai pedir uma esmola aqui, outra ali; de vez em quando tem uma alucinação, um delírio, dá um probleminha, vai para a cadeia, no outro dia está solto. Por outro lado, quando se trata de alguém cuja família é cheia de conflitos, a partir do momento em que ele usa o *crack* já não liga pra mais nada. É o caso do menino que chegou a colocar fogo na própria casa antes de completar os dezoito anos. Não existe um ponto de apoio, uma referência qualquer para resgatar o menino de onde ele está. Não tem um irmão, uma mãe, um tio, um vizinho... Ninguém. Está tramitando um pedido de internação compulsória do irmão dele, que está com dezesseis anos e está indo para o mesmo caminho. Esteve no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e fugiu, deu problema no serviço. Foi internado em uma instituição hospitalar e também fugiu. Mais uma vez, está em andamento o pedido de internação compulsória.

Acabamos notando que é preciso dar um tratamento diferente ao paciente no contexto do serviço e no contexto da rua, ou seja, dentro do CAPSad e no CR. Existem regras dentro do serviço e muitos sujeitos abordados pelo CR, cedo ou tarde, acabam no CAPSad. No CR, ele está no espaço dele. Estamos lá pra orientar. Ninguém chega abordando com autoritarismo ou repreendendo. Quando ele chega no CAPSad, é preciso deixar claro que existem algumas regras. Cigarro em tal lugar, televisão em determinada hora, horário para o jantar, para o café... Eu nunca tive problema com isso, porque sempre tento levar na conversa. Tanto

que estou no CAPSad há seis meses e nunca tive nenhum problema sério com algum usuário do serviço.

Na rua, você tem momentos de euforia quando realiza uma abordagem que dá certo; sentimos o apoio da comunidade, um suporte. Você percebe que conseguiu fazer uma coisa boa, ajudar uma pessoa. Você está feliz na atividade porque você está sendo bem-recebido. Aí você chega em outro bairro, fica horas e horas, mas a comunidade passa desconfiada. Um passa e te olha atravessado... Você fica isolado ali. Daí é o oposto da euforia, torna-se frustrante. Seria tipo um transtorno bipolar! É uma analogia, mas na rua tem muito disso.

Continuamos indo com a cara e a coragem nos bairros, desde o começo do CR. Hoje já temos um mapeamento das cenas de uso, dos locais em maior vulnerabilidade. Este levantamento foi feito todo a pé. Sabemos das áreas de risco, das áreas de maior consumo, locais mais afastados, mais escondidos. Até cemitério chegamos a mapear, por ser local de consumo. Não utilizamos nenhum transporte. Mapeamos os bairros que o CR está atendendo. No começo, o próprio pessoal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi indicando e, como resido aqui na cidade, também conheço alguns pontos críticos.

A outra equipe planejou ficar em determinado local de certo bairro. Eu os orientei a trocar, uma vez que iam ficar de frente com os traficantes. O trabalho de campo da outra equipe é na terça e na quinta-feira e, na quarta-feira, um dia depois da visita deles ao bairro, aconteceu um assalto à mão armada na padaria que fica na esquina em que eles estariam. O lugar tem até um apelido: a “esquina dos atrevidos”. Um cara foi baleado ali porque denunciou o mototaxista que usava o ponto de mototáxi para traficar. Quem fez a denúncia era dono do ponto que hoje está cadeirante. No dia que ele foi fazer o Boletim de Ocorrência,

eu estava levando uma paciente para fazer um exame de raio X; ele me relatou que estava sendo ameaçado de morte. Passaram seis meses e ele foi baleado. Ainda bem que a equipe ficou em outro lugar. O bairro é grande e, onde eles ficaram, foram bem recebidos.

Muitas pessoas que atendemos foram envolvidas ou acabam se envolvendo em crimes, que ficamos sabendo através de notícias de jornal. A meu ver, o jornal é uma fonte de informação que complementa o que verificamos na rua. Acompanhamos o caso de um rapaz que dizia ter envolvimento com o Primeiro Comando da Capital (PCC), que a vida dele era toda estragada. Queria uma ajuda e o encaminhamos para o CAPSad. Porém, ele desapareceu. Há boatos de que ele foi morto e que sumiram com o corpo. Ele já teve passagens pelo Rio de Janeiro e São Paulo, e parecia estar muito assustado quando nos procurou. Ele estava procurando ajuda; pelo jeito, provavelmente buscava um refúgio por estar sendo ameaçado.

A redução de danos é essencial. O pessoal faz uso de drogas na frente das crianças, que estão brincando nas ruas. É muita violência, prostituição... Não tem uma área de lazer, uma área de esportes, saneamento básico... Muitas vezes sequer uma casa para morar. Residem em uma espécie de caverna, um cubículo. Cheguei a fazer uma abordagem junto com o Wesley Gouvêa Oliveira¹ e depois avaliamos que não deveríamos ter feito.

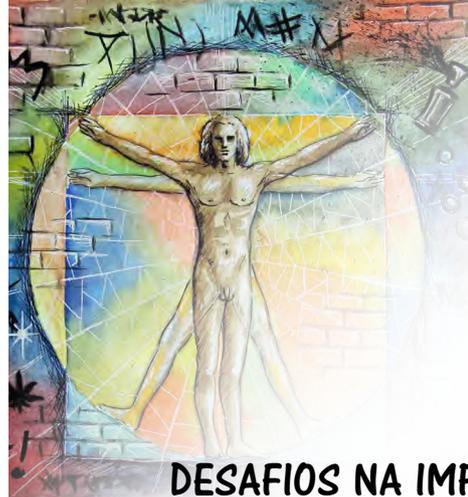
O rapaz dizia que tinha problema com bebida, mas tinha envolvimento com outras drogas também. Ele estava trazendo a esposa da Santa Casa. Ela estava chorando porque tinha tomado veneno de rato para tentar o autoextermínio na noite anterior. Estavam retornando a pé do hospital para a residência. Era uma distância enorme!

¹ Autor dos capítulos “A apropriação do trabalho” e “Um novo olhar da rua”, presentes neste livro.

Fomos acompanhar. Ele dormia embaixo de um porão, a casa não tinha nenhuma janela. Era um plástico preto. Ele nos convidou pra entrar, mas nós nos negamos. Ele dizia que não a aguentava mais; ela não conseguia dizer nada porque parecia estar sob intenso efeito de medicação. Ele conversando e tomando pinga, e nós ali no meio, como que intermediando! Ficamos uma meia hora ali.

Na nossa abordagem é importante ter um ponto fixo, para nossa segurança. Neste dia nos deslocamos bastante, mas era por uma preocupação nossa: a mulher tinha acabado de tentar o suicídio.

São várias situações diferentes que vivenciamos estando no Consultório de Rua...



DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA EM BARBACENA

Antonio Carlos Matos da Silva

Iniciei minha atuação na área de saúde mental em 2004, como referência técnica no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Barbacena, também denominado carinhosamente “CAPS Municipal”. O atendimento se dava a pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e de outras drogas, visto ser o único CAPS no município até outubro de 2012, quando então ocorreu a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) III. Em 2011, houve processo seletivo para atuação no Consultório de Rua (CR) e na Escola de Redutores de Danos (ERD) de Barbacena. O grande desafio desta modalidade de atendimento em saúde mental me chamou atenção, uma vez que a atuação extramuros sempre possibilita o acesso a pessoas que se encontram à margem da sociedade e que, em sua maioria, necessitam de um olhar diferenciado para conseguirem se adequar e “reconquistar” sua autoestima, ponto de partida para o alcance da cidadania.

Após aprovação no processo seletivo, formadas as equipes, iniciamos a capacitação com o consultor

do Ministério da Saúde, Marco Manso,¹ nos meses de outubro e novembro do ano de 2011, que já possuía vasta experiência na cidade de Salvador. Foram momentos de estudos aprofundados com extremo rigor e ao mesmo tempo ousadia, uma vez que a equipe desbravaria lugares até então “blindados” a uma equipe de saúde. Levou-se em consideração, de forma rigorosa, as necessárias interlocuções do campo da saúde mental, principalmente a nosologia psiquiátrica, a psicopatologia, a farmacologia, e os aspectos sociais e políticos, priorizando a subjetividade do principal personagem, o usuário dos serviços de saúde, que seria o ator principal em todas as ações que se pensara em desenvolver.

O que se desenhava a todo o momento era encontrar meios que favorecessem o contato com usuários de álcool e de outras drogas e identificar junto deles situações de risco a que estavam expostos, bem como sensibilizá-los para a redução de danos à própria saúde e/ou de terceiros, com ações possíveis no seu “próprio espaço”, e, até mesmo, incluir-se em um programa de tratamento, caso fosse de seu desejo.

Após a capacitação, as atividades de campo foram iniciadas no mês de dezembro de 2011. Questionar sobre como fazê-las tornou-se um elemento essencial à prática, visto ser este um “serviço novo” de atuação para esta equipe de saúde mental. Decidiu-se então buscar parceria nos mais diversos órgãos públicos e privados e demais setores da comunidade, visando divulgar o trabalho e ao mesmo tempo definir ações e possíveis locais de atuação.

Nesse ínterim, houve várias reuniões com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja participação foi

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente neste livro.

de extrema importância, sobretudo no mapeamento dos locais de maior vulnerabilidade e cenários de concentração de usuários de álcool e de outras drogas. Demais parceiros como padres, professores e líderes de comunidade também somaram bastante na definição de pessoas e famílias vulneráveis.

Utilizando uma praça pública como local de referência, e um dia fixo da semana em cada bairro, num total de dois dias de atuação semanais, iniciamos então o acesso às localidades adscritas de forma ainda bastante tímida, visto que não estávamos de posse de um veículo para favorecer o traslado da equipe, nem mesmo possuíamos materiais didáticos ou instrumentos de trabalho próprio que versassem sobre a temática. Foi quando a equipe pensou então em uma forma de aproximação à comunidade/usuários, sem maiores interferências no seu cotidiano e, a partir daí, conquistando sua confiança e formando vínculo terapêutico, certamente o assunto em questão viria à tona.

Cada membro se envolveu de tal forma no trabalho que se dispôs a levar para o campo de atuação objetos pessoais (aparelhos de aferição de pressão arterial, termômetros, materiais de curativos, álbuns seriados sobre DST/AIDS e planejamento familiar, bolas de futebol, petecas, etc.). Conseguimos também preservativos e seringas com o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA), o que marcou o início das atividades sugeridas na comunidade.

Cada membro se colocava na atividade de acolhimento a um dos usuários que estivesse presente no local. No início, se aproximavam da equipe para perguntarem “o que estava acontecendo ali” ou eram convidados para “um diálogo” com um dos membros da equipe, ou para participarem de alguma atividade esportiva, lúdica, ou até mesmo para um cuidado em saúde, caso necessário. Eram esclarecidos

sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, planejamento familiar e outras doenças comuns: como diabetes, hipertensão arterial, tinea, escabiose, pediculose, dentre outras; distribuição de preservativos e seringas para usuários de drogas injetáveis após a conscientização do uso.

Aos poucos, os profissionais e as pessoas em geral foram conhecendo o trabalho da equipe e sua importância na comunidade. Em curto espaço de tempo, já estávamos recebendo solicitação de visita domiciliar através da ESF, nas quais o agente comunitário de saúde (ACS) acompanhava o membro da equipe do CR até a residência, devido o vínculo preexistente. Em outros momentos, compareciam familiares com o usuário no local de referência (praça), solicitando atendimento/ajuda. E aí acontecia algo muito interessante: alguns usuários solicitavam que fossem atendidos por um profissional ali mesmo, pois entendiam que ir ao serviço de saúde seria uma “exposição”, porque assim seriam “rotulados” como “doentes” ou “dependentes” por quem os visse entrando ou saindo daquele serviço.

Outros, após vários encontros, traziam colegas para conhecerem a equipe e iniciarem as atividades, e até mesmo já aceitavam a proposta de encaminhamento para um serviço que iria atender à sua necessidade. Nesse caso, o encaminhamento se dava para os diversos serviços governamentais ou não governamentais (CAPS, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Amigos Mãos Abertas, Hospital, etc.).

Em vários momentos, a equipe também atuou no socorro a pessoas em intoxicação pelo uso de bebida alcoólica que se encontravam deitadas nas calçadas, expostas a pior condição humana, já com sinais de hipotensão pela fome e/ou desidratação pela falta de ingestão de líquidos. O SAMU era acionado para a transferência para um dos

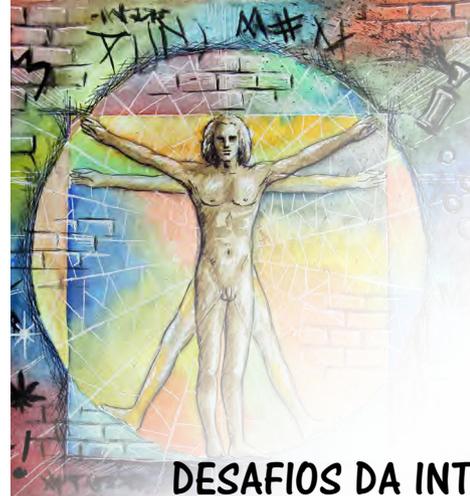
hospitais clínicos da cidade. Algumas vezes, esse mesmo usuário ou familiar procurava o referido profissional/equipe para agradecimentos ou mesmo disposto a iniciar um acompanhamento profissional, alegando “ter chegado ao fundo do poço”.

Por fim, o que ficou de aprendizado nesses sete meses de minha atuação foi o respeito à singularidade do usuário. Cada um tem sua própria história, seu jeito de ser, suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades, seus projetos. E sendo ele respeitado e dignificado como ser humano, com seus direitos e deveres, a possibilidade do novo é aberta, quando então se pode iniciar a busca pelo resgate de sua cidadania, talvez porque pôde “falar de suas dores”. É necessária uma preocupação constante com a formação e interlocução crítica com a teoria, nunca se esquecendo de questões cruciais para a construção do vínculo com a pessoa atendida: acolhimento, vida cotidiana, território, autonomia.

Com pesar, tive que solicitar meu desligamento do programa, por estar assumindo uma atividade de referência técnica em saúde mental no CAPS II com 40 horas semanais de dedicação. Posso afirmar que este trabalho tem sido efetivo na comunidade. Todavia, merece uma construção contínua, com definição de uma rede de cuidados diversificada, comunitária, dinâmica e, o que é crucial, integrada profundamente à vida diária dos usuários/familiares no local/cidade onde vivem.

A atenção às pessoas com sofrimento mental no âmbito da saúde pública passou por mudanças concretas e profundas a partir do início dos anos 1990, no Estado de Minas e em todo o país. Hoje, vivemos um momento de transição: a hegemonia do modelo asilar vai sendo vencida, aos poucos, por meio da construção contínua de uma rede de cuidados diversificada, complexa, comunitária, dinâmica

e, o que é crucial, integrada profundamente à vida diária dos usuários e da cidade. Há uma viabilidade concreta do modelo substitutivo composto pela associação de vários tipos de serviços, abertos e articulados em rede, já avaliados satisfatoriamente pelos usuários, pelas famílias e pelas comunidades que os frequentam. O CR e a ERD têm um papel importantíssimo na consolidação deste processo.



DESAFIOS DA INTERVENÇÃO EXTRAMUROS

Enoque Alves de Siqueira

No ano de 2011, a Coordenação de Saúde Mental de Barbacena elaborou projetos pleiteando o Consultório de Rua (CR) e a Escola de Redutores de Danos (ERD) junto ao Ministério da Saúde e foi contemplada com os dois. Para compor as equipes, a coordenação optou em convidar profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), partindo da premissa que eram profissionais com experiência no atendimento ao dependente de substâncias psicoativas e conhecedores das áreas de risco do município.

Fui, então, convidado a compor a equipe do CR, até então novidade para todos nós. Pouco se falava deste componente na RAPS, bem como havia pouco referencial de experiências sistematizadas e bibliografia. Em outubro de 2011, iniciou-se um treinamento com o supervisor Marco Manso,¹ do Ministério da Saúde, oriundo da Bahia e com bastante experiência nesta modalidade de

¹ Autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente neste livro.

atenção, pois a primeira experiência neste tipo programa se deu em Salvador. O treinamento estendeu-se por dois meses, tempo suficiente para entendermos a lógica do processo de trabalho e para mapeamos e escolhermos as áreas de atuação. Nesta etapa, contamos com o auxílio de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Um dos critérios para escolha das áreas de atuação foi locais sabidamente frequentados por usuários de drogas, principalmente o *crack*.

Foram compostas duas equipes de CR para atuação em quatro bairros de Barbacena, com grande incidência de usuários de álcool e de outras drogas, vivendo em situação de vulnerabilidade sociofamiliar. O trabalho em campo teve início em meados de dezembro de 2011 com precariedade de materiais, sem transporte, enfim, sem uma identidade visual. Mesmo assim fomos a campo. Experiência nova para todos. Era visível a ansiedade da equipe, afinal estávamos em terreno desconhecido e vulneráveis, longe dos consultórios e muros que antes nos protegiam.

Estava disposto e motivado a me engajar nessa tarefa, ofertando ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua aos usuários, considerando e esperando que estes indivíduos e grupos pudessem ser os atores principais, não mais meros coadjuvantes ou apenas receptores de informações e orientações, mas efetivos participantes da transformação de sua realidade. Sabia que tinha que primar pela liberdade de escolha das pessoas, pela cidadania e pela liberdade de uso da vontade do sujeito dentro de um processo de informação e inclusão social. Mais que em qualquer outro espaço, era imperativo não negar a dimensão subjetiva do indivíduo e sua liberdade de escolha, tratando não somente os aspectos biológicos do adoecer.

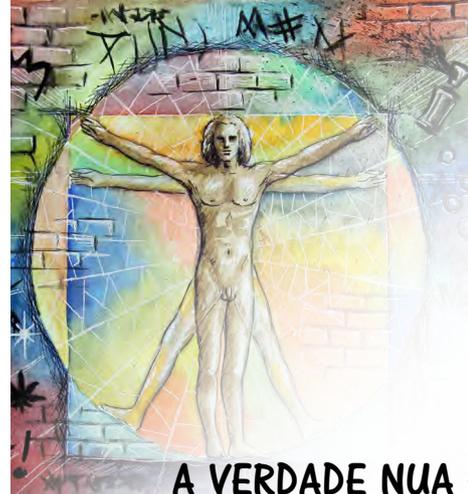
De posse de conceitos, e com a cara e a coragem, chegamos a “campo”. Apropriamo-nos do espaço dito “local de consumo”, o cenário de uso. No primeiro dia, só conhecimento da área e expectativa para algo acontecer. Ficamos quatro horas parados e... Nada! Nos dias seguintes alguns transeuntes se aproximavam, curiosos. Perguntam o motivo de nossa permanência no local. A partir daí mudamos nossa conduta, indo até as lideranças comunitárias, igrejas, unidades básicas de saúde, no intuito de nos apresentar e divulgar o nosso trabalho. Ficamos sabendo que o local em que estávamos instalados era frequentado por usuários de drogas no período da noite. Mesmo assim continuamos nos locais pré-definidos e, de vez em quando, nos deslocávamos para outros pontos do bairro. Só após alguns dias de atividades a equipe iniciou as abordagens. Tentava-se transmitir empatia e, de alguma forma, criar vínculos. O que se pôde observar, na maioria das pessoas que nos procuravam, ou até mesmo naqueles que a equipe ia ao encontro, era a grande carência, principalmente a afetiva: “eu não tenho ninguém... Ninguém quer saber de mim. Nem eu”. Foram tantos os depoimentos que nos levavam a refletir que tudo isso não começou ontem. Há décadas que o *crack* vem se anunciando e hoje se encontra tão disseminado que ninguém sabe como controlar.

A questão da internação sempre vinha à tona. Pessoas nos indagavam: “por que não interna todo mundo?”. Eu argumentava algo do tipo: “veja bem, se internação fosse a solução, estava tudo resolvido não é mesmo? Bastaria trancar o indivíduo voluntariamente ou compulsoriamente e... Pronto? Acabou com o vício? O problema não é a internação e o pós-alta? O indivíduo sai, volta para sua comunidade, cheia de problemas, desempregado, com dívidas (pensão, aluguel, traficante), e aí recomeça todo o ciclo. O verdadeiro grande gargalo do sistema ainda é a

questão social. E como se resolve tudo isto?” Algum diálogo sempre se estabelecia em torno desse debate.

Sabemos que sozinhos não conseguiremos sucesso algum. A solução talvez seja uma força-tarefa multiprofissional e multissetorial envolvendo educação, saúde, serviço social, segurança pública, dentre outros segmentos da sociedade.

Foram seis meses de experiência nas ações do CR. Dois deles foram de treinamento e quatro de atuação. Este tempo, ainda que curto, me proporcionou uma experiência ímpar. É impossível não se sensibilizar ao ter um contato tão direto com a degradação da vida e das relações sociais do sujeito dependente de álcool e drogas, cujas perspectivas de futuro tornam-se quase (ou totalmente) nulas.



A VERDADE NUA E CRUA

Fernanda Mendes da Silva

Quando fui chamada para fazer parte do Consultório de Rua (CR) esperava encontrar um serviço totalmente atuante, com presença de carro próprio e identidade visual, insumos para o trabalho e, é claro, equipe formada. Na verdade, encontrei uma equipe formada, atuante e com muitas perspectivas e vontade de trabalhar; já a respeito dos insumos, carro próprio e outros, sua falta dificultou substancialmente nosso trabalho: nos desdobramos, com a cara e a coragem. Buscamos parcerias, apoio para obter os insumos, ficando o custo do deslocamento para o local de trabalho, por exemplo, por nossa conta. A vontade de estar lá no meio deles era tão grande que essas dificuldades se superavam, pois os pedidos de “ajuda” eram gritantes.

De início, nós temos somente a escuta pra oferecer naquelas quatro, cinco horas. Às vezes, ainda nem chegamos e as pessoas já estão lá no “ponto de encontro”, nos esperando. Não tem ninguém no ponto, chega uma de nós da equipe e, de repente, aquele espaço está lotado. As crianças e suas mães vêm, transeuntes, usuários de álcool e de outras drogas, profissionais do sexo, e mistura

toda aquela clientela. Você nem sabe por onde inicia a abordagem! E aí conversa com um ali, com outro aqui e, assim, o serviço vai fluindo de acordo com a demanda.

Quando entrei para o CR, eu tinha certa visão da “coisa”: iríamos trabalhar com usuários de drogas e era só isso. Iríamos abordar e conversar com essas pessoas. No entanto, observei nas minhas vivências que, durante o período em que estamos ali conversando, “batendo papo”, orientando, eles não estão fazendo uso de drogas. Por si só, isso consiste em redução de danos. Isso era diferente com os alcoolistas, que, mesmo enquanto estavam com a gente, estavam conversando e bebendo. Os usuários de outras drogas já não faziam uso na nossa frente. De toda forma, sempre houve muito respeito, no sentido de conversar, dar atenção, ouvir o que a gente tem para colocar/orientar. Se discordassem, colocavam suas opiniões também. Então, era muito interessante essa interação usuários e equipe.

Com o passar do tempo e no decorrer das intervenções, enquanto nos deslocávamos para outros bairros, minha observação se tornou um pouco mais complexa. Porque além do álcool e de outras drogas, notei que nossa intervenção começou a envolver outras questões sociais. Uma delas, por exemplo, era a falta de cuidados essenciais de certas mães com seus filhos. As crianças ficam na rua, em um ambiente inadequado, a mercê de situações propícias ao envolvimento com o uso de drogas, álcool, enfim, até a criminalidade. Contudo, observam-se também, em algumas comunidades, questões relacionadas à violência doméstica, gravidez precoce e falta de saneamento básico. Outro fato importante é que nos deparamos com adolescentes grávidas sem acompanhamento de pré-natal já na época do nascimento do bebê, ainda fazendo uso de tabaco, bebidas alcoólicas, outras drogas; e algumas delas profissionais do sexo ainda trabalhando. Algumas pessoas

também apresentaram relatos de não utilizarem nenhum tipo de método contraceptivo, nem mesmo preservativo.

Hoje em dia eu vejo que não dá pra ajudar essas pessoas só com o nosso trabalho. Tem que existir uma pactuação entre vários serviços, principalmente com o município. Porque para atender às necessidades das pessoas, é preciso que de fato exista uma rede em funcionamento... Tem muita gente na rua, precisando de ajuda, que o poder público sequer sabe que existe. Eles pedem ajuda, mas a ajuda deles já vem direcionada: “se não me internar, não vai dar certo. Porque eu vou usar a droga”. A demanda chega dessa forma.

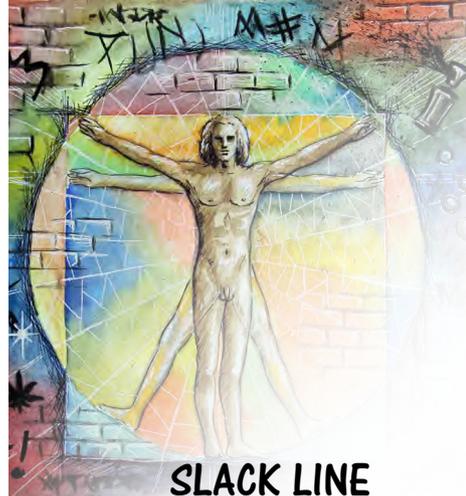
Tem também aquilo de se dizer que, se a pessoa está usando droga, é “coisa de vagabundo”. Mas não é. As pessoas têm que ter em mente que quando o organismo se torna dependente de alguma substância, a necessidade dela se torna irresistível. Eles procuram ajuda, mas já existe todo um imaginário ao redor da internação. O pedido dos próprios usuários, na maior parte das vezes, é por internação. Acontece que os tratamentos oferecidos dentro destas clínicas muitas vezes nada mais fazem que “transferir” aquela fissura pelo uso da droga para o uso de medicação e cigarro, e mantêm o internado em uma situação de ócio. É preciso um trabalho terapêutico voltado para o entendimento da própria pessoa a respeito da problemática que ela está passando.

A primeira coisa a se fazer é capacitar o pessoal a trabalhar com quem tem problema com álcool e outras drogas, e dar condições de inclusão na vida social, no trabalho, na escola, no lazer. O mal da droga se expressa principalmente na parte clínica. A pessoa fica muito debilitada, não se cuida mais, você vê a pele áspera, não tem brilho... Ela perde a vitalidade. É muito complicado.

Estamos desenvolvendo atividades com crianças e adolescentes voltadas para prevenção, onde são abordados vários temas. Não tem um dia igual ao outro. As pessoas vêm e querem saber muitas coisas relacionadas à saúde, de forma mais geral. Nós informamos dentro das nossas possibilidades. Precisamos ir pelas beiradas mesmo, pra depois chegar onde a gente quer: o assunto sobre drogas.

Passsei por situações que às vezes eu via na televisão, ouvia pessoas contarem, mas jamais imaginava que eu mesma iria presenciar. Cheguei a me deparar com situações que me deixaram muito entusiasmada, ao ver que nossa atuação naquele determinado momento e para aquela determinada pessoa poderá ser bem proveitosa, futuramente ou até mesmo mais imediatamente. Não dá pra negar que há situações que nos desanimam, devido à expectativa de resultados a médio e longo prazos, e de, muitas vezes, não ter o que oferecer àquele indivíduo naquele primeiro momento, a não ser a escuta.

Espero que o CR possa continuar sendo um instrumento de ajuda para quem necessita e que este projeto possa ajudar muitas famílias, jovens e crianças. Hoje, noto que esta ajuda precisaria ser oferecida de uma forma ampla e complexa, tanto em nível social como cultural e assistencial. As pessoas com quem me deparei são carentes de informações, orientações e oportunidades. Acredito que essa “ajuda” a que me refiro deveria ocorrer através de alianças com outros serviços e, principalmente, pela prefeitura municipal assumir o projeto como um programa permanente do município.



Fernando César Prudêncio

Fiquei sabendo da existência do processo seletivo para a Escola de Redutores de Danos (ERD) na última hora. E isso não é só jeito de falar, porque quando eu cheguei só faltava meia hora pra terminarem as inscrições. Um amigo meu me ligou, disse que a ERD estava começando em Barbacena, e que seria o último dia para se inscrever. Eu saí de onde eu estava, correndo, e me inscrevi. Um ano atrás, a Lúcia Helena Barbosa,¹ que já era Coordenadora de Saúde Mental, tinha me convidado para eu me inscrever. Por algum motivo, eu fiquei esperando e nada aconteceu. Nesse dia, este meu amigo ligou. Eu sabia do que se tratava porque um ano antes eu já tinha lido a respeito.

Quando a Lúcia me falou do Consultório de Rua (CR) e da ERD, disse que a proposta era de trabalhar com jovens. Como ela sabia que eu tinha feito trabalho voluntário, voltado para os mais desfavorecidos, ela estava procurando quem tivesse este perfil. Isso porque se pressupõe que já teriam maior facilidade em chegar a este público. Da primeira vez, ela tinha pedido pra eu fazer um projeto.

¹ Autora do capítulo “O início: o projeto no percurso da rua”, presente neste livro.

Na segunda situação, da seleção, foi feita análise de currículo e entrevista. Acabei me inscrevendo para o nível técnico, porque não tinha a previsão do educador físico na composição da equipe do CR ou da ERD.

Quando cheguei ao CR, esperava uma coisa diferente. Esperava ter material, ter meu público. Fazer e acontecer. O que pude ver é que o lazer e o esporte atraem muito as pessoas. O trabalho do educador físico contribui decisivamente para a construção de um vínculo. Tanto que na outra equipe, que não teve a inserção de um educador físico, eles dizem sentir muita falta. Porque, às vezes, eu levava bola ou outros materiais que tenho em casa. Isso sempre chama alguém. Qualquer material que queira usar, eu tive que levar. E sempre há algum conhecido na cidade, porque dou aulas em escolas da cidade toda. Em todo lugar consegui estabelecer um vínculo com alguém.

Também participo de um grupo religioso que tem como sua missão trabalhar com pessoas que são moradoras de rua. A gente faz muitos encontros de jovens voltados pra esse tipo de público: usuários de álcool e outras drogas e moradores de rua. Nosso foco é esse: acolher essas pessoas, levar para fazer o encontro e tentar transformar a vida delas. Há o caso de uma pessoa atendida em um dos grupos que nós fazíamos aqui na cidade, pelo CR. Ela foi acolhida pela comunidade da “Aliança da Misericórdia” e está em São Paulo, em tratamento. Foi este grupo do qual participo que a levou. O grupo montou uma casa de acolhida aqui em Barbacena, voltada para essas pessoas.

Quando cursava a faculdade, eu trabalhava em um projeto de extensão em um bairro da periferia da cidade. Eles mandavam estagiários para lá, tinha aula de reforço... Eu dava Escolinha de Futebol para os meninos carentes. Fiquei lá dois anos, e daí fui transferido pra trabalhar nas creches. Eu ministrava atividades de psicomotricidade para as

crianças pequenas. Depois me formei. Mas nesse período de formação, busquei participar ao máximo das oportunidades que eram disponibilizadas. Sempre fui inquieto. Particpei de um projeto chamado “Cidade-Luz”. Participava de muita rua de lazer. Qualquer coisa que pudesse me encaixar, eu ia! Se precisasse de alguém pra colocar a moçadinha pra fazer esporte ou lazer, estava dentro. Depois tive oportunidade de participar do “Patronato”, que internava órfãos e crianças recolhidas pelo Conselho Tutelar. Só que com a vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) eles não são mais internados. Eles agora participam de oficinas, e elas são abertas à comunidade. Fiquei dois ou três anos trabalhando lá. Trabalhava desde o bebezinho até o idoso. Dava ginástica pra terceira idade, trabalhava futebol com os adolescentes e adultos, com criança pequena... Acabou que no CR voltamos pra esse bairro, e as atuações da equipe foram sempre muito bem-recebidas. Tanto que não estamos mais no bairro, mas, até hoje, quando encontro alguém de lá na cidade, eles me cobram, me perguntam. Ficamos de pés e mãos atados, porque criamos aquele vínculo, mas precisamos sair. De toda forma, é um sinal de que ficou alguma coisa deste trabalho com eles.

Lembro que teve um morador que conseguimos conversar e levá-lo para fazer tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad) III. Ele aderiu ao tratamento. Lembro que isso me marcou muito, porque ele conseguiu ficar uns 40 dias sem fazer ingestão de bebida alcoólica. Depois ele voltou a beber. Só que ele tinha consciência de que eram as amigas que o atrapalhavam. Ele já estava naquele ponto em que a bebida tinha virado um remédio, porque se ele não tomasse uma “dosezinha” ele passava mal. Era um drama: se não tomasse um golinho de manhã, ele tinha convulsão. Ele então achava que aquilo fazia parte dele. É um nível de dependência do álcool muito alto.

Teve também outra situação no mesmo bairro. Havia um rapaz que sempre encontrávamos em um lugar que todo mundo conhece na comunidade por “esquina dos cachaceiros”, porque eles ficam dia e noite tomando cachaça neste local. Neste dia, foi interessante porque nós separamos a equipe: uma parte ficou no ponto em que a gente ficava habitualmente e a outra saiu pra fazer uma sondagem no bairro. Foi nessa sondagem que o encontramos caído. Conseguimos levá-lo até a sua casa. Estava começando a chover. Ficamos preocupados porque ele estava dormindo lá, passando muito mal. Sentamos, conversamos com ele. Ele chorou, dizendo que tinha dificuldade com o pai, que não gostava de chegar em casa desse jeito, porque a mãe brigava com ele. Dissemos que iríamos pra casa dele juntos e ele ficou todo feliz. Chegamos a dramatizar essa situação em uma reunião de apoio institucional.

Outra situação interessante que ocorreu: nós estávamos angustiados porque tínhamos começado a frequentar uma praça como CR e nada havia acontecido. No entanto, nas nossas três últimas atuações, pareceu que os jovens voltaram a aparecer por lá. Chegamos no local e o pessoal tinha montado um *slack line*.² Os colegas da equipe estavam acanhados para chegar nos meninos. Chegamos perto e eles ficaram nos olhando de longe, como se dissessem: “o que é que esse povo quer com a gente?”. Queríamos abordá-los, mas não sabíamos ainda como. O pessoal da equipe falou: “Fernando, vai lá que você tem mais jeito com os meninos no esporte”. Aí acabei fazendo a abordagem. Não me apresentei como integrante do CR, fui como curioso. Cheguei e andei no *slack line* com eles também. No final das contas, descobri que a corda do *slack line* era de um ex-aluno meu. Quando eles souberam que era conhecido do colega deles, aí ganhei a confiança.

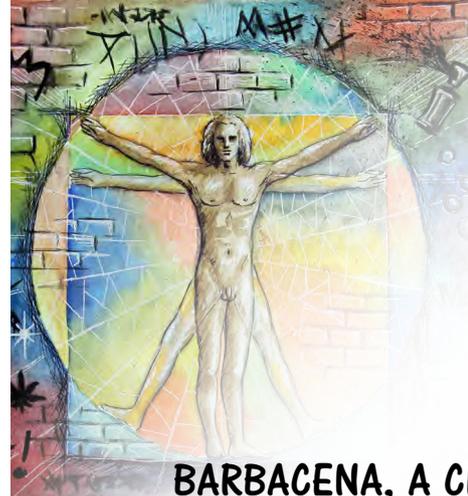
² Espécie de fita composta por material elástico que é esticada para ser fixada em dois pontos diferentes, exigindo do praticante equilibrar-se para andar e fazer manobras sobre ela.

Depois eles me contaram que um vereador, cujos votos do bairro foram decisivos para sua eleição, disse que seria montada uma academia ao ar livre nessa praça. Eles já tinham começado a fixar as estacas, então é algo que deveria ocorrer em breve. Dei a ideia de pintar o chão da quadra. Ele ficou de arrumar as tintas. Acho que logo mais começaremos a fazer alguma coisa lá. Por enquanto, ainda está tudo sem marcação; não tem trave, não tem nada. Se pintar o chão, ou mesmo se fizer um golzinho de pedra, de chinelo, aí eles brincam.

Não entro diretamente na questão da droga com eles. Tento manter um vínculo com eles através do esporte; ganho a confiança deles através do esporte. Daí, sento junto, vou batendo papo e eles vão se abrindo. Em um dos bairros em que atuávamos, aconteceu dos meninos contarem muitas coisas a respeito da vida deles. O vínculo com o pessoal deste bairro era mais estreito comigo. Por quê? Cheguei do nada e montei uma rede. Vi os meninos jogando bola e perguntei se eles queriam que montasse uma rede. Eles gostaram da ideia. Toda vez que ia, levava a rede e jogava bola com eles. Um me contou que já foi usuário de drogas, que usava com pessoas da família dele, e que ele conseguiu sair dessa. Falou que todos os irmãos dele têm envolvimento com droga. Teve um dia que estávamos jogando bola e o carro da polícia passou. Um dos meninos escondeu a droga debaixo de um montinho, e quando a polícia foi embora ele voltou lá e pegou. Eles fumavam maconha perto de mim... Só que a gente não pode cortar, ou, como eles dizem, “ser careta”. Já é uma confiança difícil de ganhar, então se ele acendesse um baseado perto de mim, eu deixava pra conversar com ele a respeito disso em outro momento. Na época, estava dando aula na escola deste bairro. Então, algumas pessoas que estavam ali eram meus alunos também. Durante o jogo de futebol, quando

saía um time e eu estava ali de fora, ficava batendo papo com eles. Matava algumas das curiosidades sobre as drogas que eles tinham... Eles falavam coisas, às vezes, que nem eu sabia! Então era uma troca. Também aprendi bastante.

Tudo envolve o lazer. A atividade física desenvolve na pessoa o gosto pelo bem-estar, o lúdico, a brincadeira, o jogo. Todo mundo gosta do lúdico. Na minha visão, é a forma mais fácil que você tem de ganhar a amizade das pessoas. Porque o esporte aglutina as pessoas, é agregador; trabalha a cooperação, a solidariedade.



BARBACENA, A CIDADE DA ROSA

Gilmara Maria Terra

Quando surgiu a proposta de trabalhar no Consultório de Rua (CR), achei algo desafiador. Nas reuniões para estudo teórico e treinamento, antes de ir a campo, pelos relatos do Marco Manso¹, que nos orientou trazendo sua experiência com o projeto em Salvador, me sentia preocupada. Questionava se estaria preparada para entrar em contato com um ambiente onde imaginava envolver perigo.

Iniciamos as atuações e essa visão foi modificada. Fica superada essa questão da periculosidade, de ser uma coisa assustadora. E foi uma experiência muito interessante, pois o que vi e vivi proporcionou um saber diferente e relevante para minha vida profissional. Trabalho na rede assistencial de saúde do município, tendo atuado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Municipal e atualmente no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad). Percebo que foi fundamental para o exercício de minha profissão a oportunidade de observar dois contextos

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente neste livro.

distintos de assistência ao usuário – digo, aqui, diretamente do usuário de álcool e de outras drogas.

Uma coisa é você estar no serviço de urgência, entre paredes de um consultório, esperando a demanda. Ela chega através do desejo do próprio sujeito, ou através da família, do judiciário, de um encaminhamento da rede, por trás de um atestado para o INSS, de uma questão social (um lugar para dormir, se alimentar, etc.), de um laudo médico para diversos fins – justificar porque não cumpriu albergue, porque não pagou a pensão alimentícia, porque quer recuperar a guarda do filho, porque faltou ao trabalho... O sujeito chega à instituição com um discurso pronto. É preciso escutar atentamente, pois existem manipulação e ganho secundário. Ocorre também do usuário chegar através de um ganho secundário, conhecer o serviço, aproximar-se dele, identificar-se e apresentar resultados satisfatórios à terapêutica proposta. Entretanto, quando ele apresenta uma demanda espontânea, constrói-se um vínculo mais facilmente. Por outro lado, o serviço é cheio de regras e ele tem que se adaptar a isso... Será traçado seu Projeto Terapêutico Individual, mas existe a instituição ali e algumas coisas institucionalizadas às quais ele tem que se adequar.

Na rua, no CR, ocorre o inverso disso. Somos nós entrando no ambiente dele. Agora eu tenho que me adaptar às regras dele. São coisas instituídas por ele, na vida dele, no espaço que ele habita. E é interessante estar nesse espaço. Em geral, o vínculo demora muito para se construir porque ele se encontra em uma situação muito desfavorável, em especial os usuários de álcool e de outras drogas que estão em situação de rua. Para eles, as portas da sociedade estão fechadas: existe muito preconceito. Muitas vezes não conseguem chegar até uma unidade de saúde. A higiene é precária e este fator pesa. Pesa para alguns

profissionais acolhê-los diante de tal situação e também para o próprio sujeito. Foi possível perceber a preocupação com a aparência e o constrangimento que sentem por isso. Isso os afasta dos serviços que poderiam assisti-los em suas necessidades.

Quando chegamos à rua, assim, gratuitamente, há desconfiança. Fazem parte daquele espaço há tanto tempo e nunca houve oferta de cuidado, de algo bom. “Bebida e droga aparecem de graça” – relatou-me um usuário. Inserimo-nos “na sua área”, oferecendo prevenção e cuidados de saúde. A construção do vínculo é o primeiro impasse. Ele não consegue confiar imediatamente, porque por muitas vezes a saúde já lhe fechou as portas. Mas em algum momento o vínculo se estabelece e o relacionamento com a equipe fica mais produtivo. Este indivíduo percebe que buscamos nos destituir de preconceitos, que não estamos ali para julgar, mas sim para atendê-lo em suas queixas e demandas. A manipulação que é frequente em consultório de serviço de saúde não existe na rua. Ganho secundário para conseguir o quê, se lhes faltam inúmeras informações? Desconhecem seus direitos e, surpreendentemente, têm uma noção aguçada de seus deveres.

Minha atuação no CR perdurou por cerca de um ano. Foi muito significativo fazer parte da criação desse processo, aprender como fazer para nos inserir, participar da elaboração de estratégias para a construção do vínculo e para a aproximação entre cidadão e equipe. Neste processo, várias vivências foram marcantes.

Lembro-me de um dia no qual estava triste, passando por um problema de saúde. Eu estava lá, em campo, mas não estava muito disponível. Um usuário que toda semana estava presente no CR chegou ao meu lado e perguntou: “o que está acontecendo com você hoje?”. Recordo-me ainda de outro momento em que ele chegou com uma rosa e me

entregou. “É pra mim?” Perguntei-lhe. “É pra vocês... Pela ajuda que vocês têm me dado”, respondeu-me. Ele fez da minha pessoa uma representação de toda a equipe. Como é significativa uma rosa! Para quem oferecemos uma rosa? Fiquei me perguntando...

Apesar do trabalho do CR buscar focar a atenção no usuário de álcool e de outras drogas (sendo a demanda maior destes e de seus familiares) ele se caracteriza também por ofertar ações de promoção, prevenção e cuidados primários à população através de orientação. Fiquei surpresa diante da percepção de que muitas pessoas ainda carecem de informações, de quantas se encontram distante dos serviços de saúde e da rede assistencial. Certa vez um pai se aproximou da equipe e pediu assistência psicológica para a filha que havia presenciado o suicídio da mãe. Tinha cinco anos e apresentava alterações comportamentais. Outra situação foi quando um homem nos procurou em busca de orientações para um problema de saúde que sua esposa estava enfrentando. Relatou já estar cansado de percorrer serviços da rede e não obter resultado. Observamos que não estava buscando ajuda no lugar adequado. Foi feito o encaminhamento. Ela foi ao local correto e conseguiu fazer o tratamento que precisava. Ele retorna dizendo que após as orientações sua esposa foi assistida em sua necessidade. Queria agradecer a equipe. Como se faz importante um lugar informal, onde se pode chegar, perguntar, onde não exista preconceito e o indivíduo não seja confrontado!

Acredito que o pilar do nosso trabalho neste espaço consiste em acolher o usuário incondicionalmente, escutá-lo e responder à sua demanda. Quando esta resposta significa um encaminhamento, este deve ser bem implicado, competindo ao que encaminha se responsabilizar por endereçar a demanda e acompanhar o caso até o outro serviço que irá recebê-lo. Discussões posteriores entre as

equipes também são fundamentais, porque mesmo com o encaminhamento ainda ocorrem barreiras no acolhimento ao dependente de drogas.

Foram várias experiências que nos marcaram. Só quem vai a campo consegue perceber a intensidade do que aqui relato. No contato com eles é que se nota que ainda existe muita segregação e preconceito. A pessoa fica até descrente de que possa vir alguém querendo ajudar, ainda mais quando se fala do uso de álcool e drogas ilícitas. Se não existe um acolhimento a quem faz uso abusivo, muitas vezes o usuário acaba se envolvendo com o tráfico. E essa relação merece atenção e cuidado da equipe para que traficantes não percebam o CR como uma ameaça. Muitas discussões foram realizadas sobre esta questão no processo de implantação do CR e da ERD. Isso sempre me deixou apreensiva.

Tivemos ao menos uma experiência neste sentido. Durante uma atuação em campo, um grupo de rapazes nos observava de longe. Passaram várias vezes próximos ao local em que estávamos. Queriam nos intimidar? Será curiosidade? Conversando com moradores do bairro tivemos a informação de que estavam envolvidos com o tráfico. Para nos resguardar, optamos por encerrar nossas atividades mais cedo e fechar nossa atuação naquele lugar. Quando estamos na rua, é preciso ficar atento ao que está acontecendo em nossa volta. Às vezes nos esquecemos que ficamos expostos. Temos que ter cuidado também com os relatos de quem nos procura. O usuário, devido à relação de confiança e vínculo estabelecido, pode vir a relatar situações de envolvimento com o crime. Nessa situação, você passa a deter informações privilegiadas e correr riscos.

Contudo, o que ganhei em termos de experiência ultrapassa o medo inicial de uma situação desconhecida ou do perigo pressuposto. Até mesmo pessoalmente, no que

tange a “pré-conceitos”. Todo profissional da saúde deveria ter uma experiência como esta, na rua! A escuta é outra e o levar-se pelas aparências se modifica totalmente. Foi o CR que me proporcionou isso. Além do mais, é sempre muito instigante saber que é possível inventar novas formas de acolher e tratar.



SENTINDO NA PELE: a vivência em um ambiente vulnerável

Hamana Santos de Almeida Ribeiro

O Consultório de Rua (CR) é um projeto do Ministério da Saúde que visa implementar ações de saúde voltadas à clientela acometida pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas, sejam elas ilícitas ou não, trazendo para a realidade desses indivíduos maiores orientações e informações, buscando uma abordagem pautada na Redução de Danos (RD).

Ao iniciar o trabalho em campo, em 8 de outubro de 2012, pude observar que o uso de bebida alcoólica geralmente desencadeia o uso de outras drogas. A incidência do uso de álcool é prevalente e, dentro das limitações da área do bairro, um indivíduo facilmente incentiva outro, que passa por um determinado ambiente a fazer uso de bebidas, que muitas vezes são carregadas a “tira-colo” como se fossem peças indispensáveis ao vestuário.

Outro ponto que me chamou a atenção foi a realidade vivida por esses indivíduos, algo tão próximo e, ao mesmo tempo, tão distante, que às vezes choca, ao ser relatado por moradores que não tem a liberdade de circular dentro

do bairro, porque há a imposição de um toque de recolher, privando as crianças de brincarem nas ruas devido aos riscos que elas estão expostas. Vale ressaltar que esse toque de recolher não parte somente de lideranças do tráfico locais, mas da segurança pública, que faz com que as pessoas se resguardem em seus domicílios. Quem está na rua depois de determinado horário é tido como “malandro”.

Faz-se necessário a conscientização da população de modo geral para que a visão não seja de penalizar ou discriminar esses indivíduos que não têm oportunidades. O que se deve fazer é com que eles se sintam entendidos dentro do contexto social. Isso se faz importante. Os serviços de saúde, muitas vezes, recebem esse usuário de modo preconceituoso e sob o estigma do “vagabundo” ou do “bêbado”, não levando em conta uma série de antecedentes que podem tê-lo levado a desencadear o próprio uso da bebida ou de outra droga.

Também atuo no ambiente hospitalar e posso perceber que a abordagem é diferente, porque sendo porta de entrada para urgências relacionadas às crises de abstinência, as questões subjetivas ou sociais ficam às vezes sem lugar, pois o profissional se vê sem oportunidade.

Um dos aspectos que me trouxe a atuar com essa população foi um caso de dependência de álcool que tenho em minha família, que me fez alertar para essa realidade, proporcionando um contato e interesse mais direto com o uso e o abuso de álcool e de outras drogas. Embora eu considere Barbacena uma cidade tranquila, nós nos deparamos com situações-limite através da atuação no CR que eu sequer imaginava existirem no município.

Outro aspecto que me chama a atenção na atuação do CR é a diferença com que somos recebidos em bairros de classe média e em bairros com famílias de baixa renda, nos quais, muitas vezes, somos mais bem recebidos. Nesse

sentido, a população menos favorecida economicamente, em muitos casos, nos ajuda na atuação dentro do bairro, até mesmo disponibilizando suas próprias casas em momentos em que a atuação na rua fica prejudicada devido às chuvas ou ventos fortes.

O CR veio como um projeto cuja estratégia é reduzir danos de uma clientela vulnerabilizada pelo padrão de uso de drogas, inclusive o *crack* e o álcool. No entanto, ao me deparar com uma população com riscos muito variáveis, dentre eles a falta de recursos para atender as necessidades humanas básicas, como educação e lazer, vejo que a informação voltada para a prevenção, principalmente na atuação junto às crianças (grande parcela da população local) será um diferencial num futuro próximo, porque abordamos a conscientização voltada à cidadania, no intuito de minimizar a falta de oportunidades.

As necessidades humanas básicas, inclusive da população atendida, muitas vezes não são alcançadas, pois não são destinados incentivos por parte dos representantes do povo. Observo que a distribuição de renda é desigual, havendo uma discrepância entre várias localidades do município, sendo que alguns cidadãos vivem à margem ou marginalizados.

A nós, profissionais da área da saúde, cabe realizar orientações coletivas ao público, bem como realizar a prevenção. A atuação em campo proporcionada pelo projeto do CR tem feito de mim uma profissional com uma visão mais abrangente das situações socioeconômicas existentes no município. Antes de iniciar esse trabalho, eu considerava essas situações distantes da minha realidade, reconhecidas apenas através de noticiários (jornais, internet, etc.). Presenciei a situação de um jovem com cerca de 20 anos, que, após uma discussão com um primo, teve sua casa invadida por ele, quando foi desferido um tiro a queima-

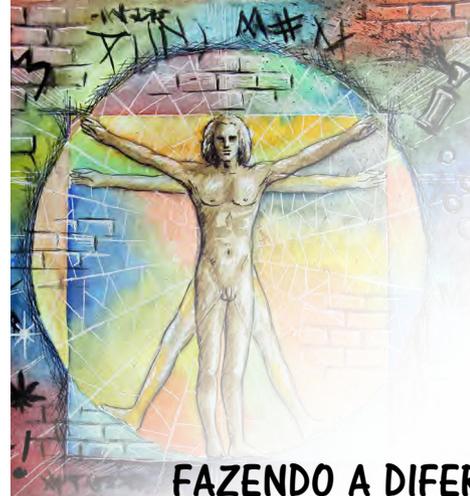
roupa que atingiu o abdômen do jovem, permanecendo a bala alojada em seu corpo.

Outra situação marcante foi a de um jovem de 18 anos, preso após ser considerado suspeito ou responsável pelo assassinato de um idoso devido a um roubo no seu domicílio. Ocorre que após o roubo, o jovem ateou fogo na casa. Esse jovem já havia sido atendido por membros do CR antes de completar a maioridade.

Em contrapartida, houve momentos extremamente felizes, inclusive quando conheci, juntamente com todos os membros da equipe, dois bebês de gestação gemelar, sem conhecimento prévio por parte da mãe. Ambos nasceram em domicílio, prematuros e, posteriormente, após a concepção, amparados pelo Corpo de Bombeiros, estando ambos em boas condições vitais, apesar da situação não ter sido a ideal ao nascimento. O interessante do ocorrido é que essa mãe não era nossa cliente no CR, mas seu pai sim, o que acabou desencadeando a proximidade da mesma junto à equipe, pois o “ponto de encontro” neste bairro atuava em frente à sua casa.

Outro aspecto interessante é que na atuação do CR, diferente de outros espaços de saúde, a família participa como um todo a fim de estar próxima ao atendimento e acolhimento desse usuário. Os familiares mesmos reconhecem que, durante a participação nas atividades, além de estarem sendo atendidos, estão deixando de usar a droga.

O que seria viável é a conscientização dos representantes do povo, nas esferas municipal, estadual e federal, como vem acontecendo, ainda que lentamente, no sentido de se somarem esforços para atender às condições mínimas de dignidade como água tratada, saneamento básico, calçamento das ruas, áreas de lazer, educação, etc.



FAZENDO A DIFERENÇA

Juliana Borges

Minha história na saúde mental começou quando fui trabalhar no hospital psiquiátrico e passei a observar o quanto me incomodava ouvir as histórias das pessoas que estavam internadas ali há 30 anos ou mais. Entreguei currículo na Coordenação de Saúde Mental e fui chamada para trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Lá a realidade era outra. Ali pude perceber que existiam duas portas, bem diferente do hospital psiquiátrico, no qual parecia existir tão somente a de entrada. Ali sim podemos dizer que há “tratamento”, no sentido terapêutico do termo. Do trabalho no CAPS, surgiu o convite para a atuação no Consultório de Rua (CR), trabalho que gosto muito de fazer. Depois de seis meses trabalhando, houve um processo seletivo onde fui aprovada e pude continuar.

É interessante observar a diferença entre os serviços, pois houve uma época em que por questões financeiras precisei novamente conciliar outro vínculo, e novamente fui para outro hospital psiquiátrico. Daí, pude ver com clareza a diferença do hospital para o serviço substitutivo. Desde então, tomei a decisão de que voltaria a trabalhar no

comércio ou no hospital clínico, pois me incomodava muito estar no ambiente manicomial e lidar com as histórias das longas internações – vidas inteiras dentro dessas instituições. Quando vejo o CR, me sinto realizada.

Quando começou a ser implantado o CR, a minha visão era uma. Hoje, depois de algum tempo de atuação, vejo várias diferenças, até mesmo na forma de atuar, pois a cada ida a campo há um encontro novo. É difícil saber se estou preparada, já que a cada atuação aparecem pessoas e problemas diferenciados.

Sinto-me um pouco frustrada quando comparo o projeto do CR com a realidade em que nos inserimos e atuamos, pois estamos desprovidos de materiais e insumos para o trabalho e sempre atuamos e contamos com o improviso da equipe.

Sabia que o trabalho na rua não seria fácil, mas também não esperava que seria tão complexo. Vi cenas acontecerem ao meu redor que me emocionam e também me magoam, mas que aos olhos da comunidade já estão naturalizadas e passam despercebidas aos seus olhos. Um exemplo disso é a casa de prostituição. Nesse sentido, fizemos um planejamento de atuação com as crianças daquela localidade que presenciavam cenas pesadas e frustrantes e estão inseridas nessa realidade.

Via pessoas em condições desumanas e me perguntava sobre o que fazer e como contribuir, por onde começar, etc. Foi difícil aprender a lidar com essas situações e, diante das dificuldades, sempre trabalhei com a informação, pois no momento da atuação era tudo com o que eu poderia contribuir.

Minha abordagem sempre foi voltada à informação e aos cuidados, pois o público que aparecia nos encontros eram pessoas carentes de informação e orientação. O CR

é um projeto diferenciado, mas que depende de insumos para se concretizar e facilitar a atuação dos trabalhadores e do acesso dos usuários. Contudo, posso dizer que sempre voltei para casa com a sensação de “dever cumprido”, mesmo diante das dificuldades, tristezas e impossibilidades. Muitas vezes também pelo fato de pensar diferente dos membros da equipe.

Essa é uma questão que me afeta, pois muitas vezes assumi o lugar de “porta-voz” do grupo e, nesse sentido, o próprio grupo já se sente mobilizado a não deixar as coisas “não ditas”, pois em algum momento as questões irão emergir. Estamos aprendendo a dar maior importância e cuidar melhor para não deixarmos questões polêmicas, conflitos e diferenças de lado. Quando as questões são discutidas, o trabalho melhora e ganha benefícios para sua realização, como, por exemplo, a autonomia da atuação.

Sei que dá para realizar um trabalho legal na rua e me preocupo muito com o que as pessoas ali esperam de mim, pois eles querem ser ajudados e nem sempre sei se a solução dos problemas está com o grupo ali presente. Muitas vezes, os clientes do CR chegam ali com uma carga muito grande de confiança e expectativa de que vamos ajudar a solucionar os problemas deles, pelo grau de complexidade das questões trazidas.

Uma das atuações que me mobilizou muito foi a visita ao presídio. Fomos com muitos receios, mas quando chegamos lá o nosso trabalho foi muito bem recebido. O CR e a Escola de Redutores de Danos (ERD) foram os primeiros serviços a oferecerem um trabalho socioeducativo, ainda que pontual, no presídio. No decorrer da troca de informações, tanto nós quanto os presos ficamos muito à vontade. Passamos o recado. Esse foi um dia diferente, diria até inédito: a sensação de dever cumprido, de promover bem-estar, de ter realmente contribuído com a saúde

levando informação para um público diferenciado. Não importa suas limitações do momento, não importa se a situação não é favorável, sempre se pode fazer um pouco para seu bem-estar, para sua saúde, independente do lugar em que a pessoa se encontra.

Outra atuação que me marcou muito foi o trabalho na casa de prostituição. Quando a dona do estabelecimento viu a equipe composta por mulheres, fez uma brincadeira: “eu precisando de meninas e agora chegam tantas...” Foi muito impactante, pois nos sensibilizou muito pensar como seria estar no lugar daquelas mulheres. Outro fator que nos chamou atenção foi o fato de que tanto a proprietária do estabelecimento como sua filha tinham hipertensão arterial e possuíam o medidor, entretanto, não sabiam utilizá-lo. Ali pudemos também informar e conscientizá-las de nossa presença no bairro e de nossa disponibilidade em atendê-las de alguma forma. Depois de alguns meses, fui informada que a dona da casa tinha acabado de falecer e sua filha se encontrava hospitalizada.

Nesse sentido, ficou clara a ausência, por exemplo, do serviço de saúde, uma vez que aquela casa era como qualquer outra e não menos importante. Nesse aspecto, considerando que as moradoras da casa podem porventura sentir-se constrangidas de ir até o serviço de saúde, o serviço não deveria se ausentar das visitas domiciliares naquele local, inclusive como recurso para apostar na adesão e na construção do acesso daquelas cidadãs ao serviço.

Essa é uma diferença muito marcante do CR comparado aos outros serviços de saúde. Uma vez que o atendimento é extramuros, o fato de estar ali próximo à população e não no ambiente de tratamento convencional caracteriza um diferencial. Por mais que existam outras opções de tratamento para quem quer ser tratado, sempre há normas que visam garantir o bom funcionamento do

serviço. Já na atuação na rua, o serviço se volta à demanda do usuário, independente da situação em que esse se encontra, ou seja, ele não precisa estar sóbrio, não precisa estar em abstinência. A intervenção será feita de acordo com o que o usuário precisa e solicita naquele momento. Essa é uma inversão que produz uma melhora na qualidade de vida da pessoa, e com isso ganhamos a confiança desse usuário.

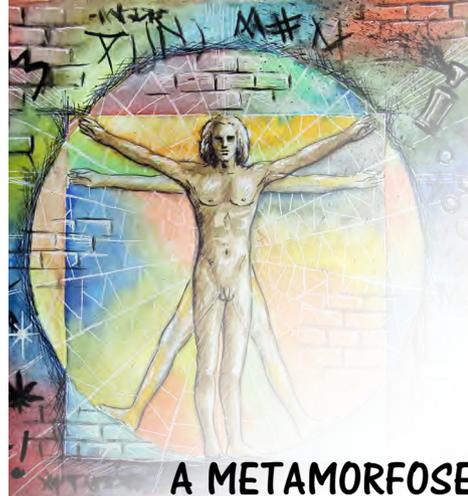
Mesmo diante das dificuldades e das impossibilidades do projeto, não é difícil trabalhar e atuar nele, pois acredito no projeto e o fato de acreditar que ele dará certo faz com que eu trabalhe para isso, pois a população que atendemos é um público que não seria e não teria outra forma de ser assistido senão pelo CR e pela ERD.

A cada dia, diante das situações vivenciadas na rua, mais acredito no projeto e é a partir dessas situações que tiro minha motivação para continuar, pois são momentos e ambientes desafiadores e bem diferentes da minha realidade. As pessoas são carentes de cuidados e informações simples, que a meu ver, todos saberiam. No entanto, a realidade é bem diferente.

Tenho a sensação de que existem dois mundos, e esse em que atuo só conheço em função do projeto. Sinto que, mesmo sem insumos, conseguimos fazer diferença na vida dessas pessoas. Posso dizer que trabalhamos com o óleo queimado da máquina do capitalismo. Um público que não é demanda de ninguém: a sociedade não quer, a rede de atenção à saúde não quer e, mesmo assim, o capitalismo continua produzindo.

E, em meio a tudo isso, surge nosso projeto. A situação está aí, presente para todos, entretanto, passa aos olhos da sociedade sem que essa se responsabilize. É como se ela se questionasse: “de quem é esse público? É de qual sigla? ESF, CRAS, CREAS, CAPS, CR?”

Quando chego ali e vejo a situação digo que a demanda é de todos, e ali vamos ampliando os horizontes dessas pessoas que ninguém quer ver. Ninguém aposta neles, e, ao mesmo tempo, nem eles mesmos acreditam na possibilidade de mudança de sua realidade. Tudo isso porque lhes falta o básico – a informação – e se não podemos resolver todas as questões a fim de sanar os problemas, feito um “milagre”, vamos reduzindo os danos e ampliando a qualidade de vida dessas pessoas.



A METAMORFOSE DO “EU” FRENTE À ATUAÇÃO NO CONSULTÓRIO DE RUA

Kelly Cristine Guimarães Santos

Diante da possibilidade de descrever a atuação no Consultório de Rua (CR) e Escola de Redutores de Danos (ERD) gostaria de conduzir minha escrita pela via de um caminho que gosto muito: pelo curso de uma “viagem”, e para tal vou “viajar” um pouco a partir do poema de Clarice Lispector: “sou sempre a mesma, mas não serei a mesma para sempre”. É assim que consigo narrar minha trajetória no projeto. Esta experiência me trouxe ainda mais do que esperava, pois hoje percebo que o ganho extrapolou o desenvolvimento profissional, sendo ainda mais produtivo no meu crescimento pessoal. Percebo que ainda estou nos primeiros degraus, que as construções ainda serão muitas e grandiosas. O trabalho na área da saúde é um eterno aprendizado com desafios e superações, com medos e ansiedades diversos, cuja superação exige dedicação, disposição e interesse.

Quando iniciei minha atuação no CR e ERD, tinha expectativas de que seria para mim um despertar de experiências que me trariam aprendizagens e desenvolvimento profissional. Percebi o projeto como algo grandioso, de muitas possibilidades de realizações, mas também de grandes desafios, uma vez que o tema abordado sempre foi muito discutido sob a ótica da estigmatização, da punição e das ações corretivas. Aqui, o assunto é visto e discutido pelo viés do que realmente acredito: a perspectiva do cuidado, da informação e da possibilidade de oferecer outras alternativas, que permitam ao sujeito escolher qual caminho deseja seguir, exercendo um papel de autonomia sobre si mesmo.

Nesse sentido, a minha impressão inicial do trabalho foi muito boa, pois tive, desde o início, a clareza de que este era o tipo de trabalho que gostaria de realizar. No entanto, apesar de inicialmente não conseguir “enxergar” obstáculos para sua realização, bastou iniciar a prática de campo que algumas questões foram surgindo, algumas dificuldades foram aparecendo. Nesse momento, percebi mais uma dentre as muitas peculiaridades deste trabalho: a imprevisibilidade. Nada fora do esperado, afinal, tratando-se do ser humano, o que vamos encontrar a cada atuação é necessariamente da ordem do imprevisível.

Devido a entraves burocráticos tivemos pouco a oferecer em certos momentos. Mas mesmo esse pouco se torna grande quando pensamos na diferença que podemos fazer na vida de alguém que sofre. Quando, simplesmente, oferecemos a essa pessoa um momento de escuta diferenciado, desprovido de julgamentos, condenações e atitudes que vão propor “corrigir o que está errado”. Em uma das atuações, fiquei muito afetada com a fala de um morador de rua que relatou se sentir feliz e importante em ver uma pessoa como eu, uma mulher jovem, estando ali,

conversando com ele e o chamando de “senhor”. Isso me marcou muito pelo fato de sua fala demonstrar, que, então, cotidianamente, as pessoas lhe faltam com respeito e não veem nele dignidade humana. Este é justamente um dos pontos que me marcam muito, pois a população atendida pelo projeto é muito falada, mas é pouco ouvida. Assim, vejo na possibilidade de ouvi-los a grande ferramenta deste trabalho. Em alguns momentos, percebo que me preparei muito com estudos teóricos sobre álcool e drogas, situações de vulnerabilidade, etc., e no final das contas fiquei muitas vezes sem palavras diante de situações que nunca imaginei que iria presenciar. Muitas vezes as palavras faltam para dizer da experiência: é a vivência do indizível...

O que conforta é que, na maioria das vezes, esse público com o qual trabalhamos não está à procura de palavras, mas de vivências relacionadas com as ausências de julgamentos, de preconceitos, de medo de se aproximar deles. Enfim, essas pessoas querem, muitas vezes, ser aceitas como são. Querem que antes de julgamento e condenação alguém escute suas histórias e saiba como eles chagaram até ali; o porquê; quais as condições que favoreceram sua chegada e permanência. Querem falar de si e não serem falados e marginalizados pela mídia, pela sociedade ou pelas autoridades.

É oportuno frisar que, justamente por nossa atuação ser pautada com vistas à melhora da qualidade de vida das pessoas que estão mais isoladas, muitas vezes essas pessoas nos tratam como se fôssemos “seres de outro mundo”. Acreditam em nossa atuação, nos acolhem, reclamam saudades da equipe. Valorizam nosso trabalho do mesmo modo que valorizamos a permissão que nos dão de estarmos ali com eles.

Vejo o trabalho do CR e ERD como uma arte, no qual o artista precisa se despir das proteções, das muralhas do

preconceito, dos julgamentos e de tantas outras coisas para, enfim, conseguir se encontrar com aquilo que não tem denominação, não pode ser simbolizado com palavras. A simbolização deve começar primeiro pelo caminho da vivência. Acredito que o itinerário que nos leva a esse caminho é a busca da superação dos medos, das inseguranças e a certeza de que podemos sempre surpreender e sermos surpreendidos, pois há sempre o novo para conhecermos e o antigo para redescobrirmos.

Como em toda arte, antes de sua concreta realização, o artista planeja, pensa nos detalhes, nos materiais necessários e sonha com o resultado final. Acredito que o CR também passou por esses trâmites, com uma diferença básica: o artista não é solitário, muitos compartilham do sonho de ver a obra se concretizando, sendo construída. Nessa construção, cada um vai depositando um pouco de si mesmo. Diante disto, percebo a arte do CR e da ERD em constante construção, e o que considero mais importante é que não só o objeto de estudo vem sendo lapidado, mas também aquele que o estuda. A neutralidade, aqui, ao mesmo tempo em que define os papéis, aproxima os atores.

Há relatos de histórias de vida que me fazem pensar na sutileza que é a possibilidade de estar ali como ouvinte ou como falante. Aí, penso que, talvez, eu também possivelmente desejaria buscar drogas para conseguir dar conta de situações como as relatadas por alguns usuários. Muitas vezes, uma escolha que é muito criticada foi, em um determinado momento, o recurso que a pessoa teve para lidar com determinada situação e conseguir sobreviver a algo que, para a pessoa, poderia ser ainda pior.

Apesar do projeto ter sido criado para abordar questões do uso de álcool e de outras drogas, nos deparamos com demandas diversas voltadas para questões sociais, de afetividade, educacionais, de saúde de uma forma geral,

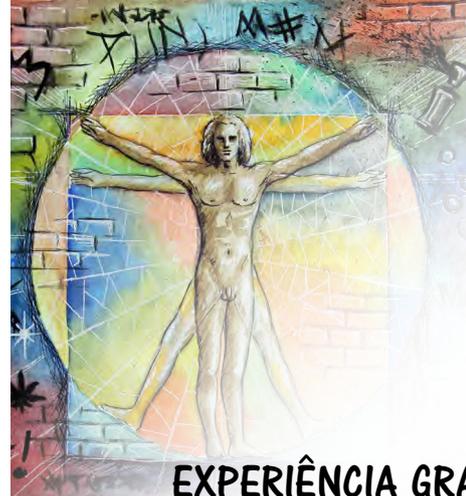
mas, também, com um discurso recorrente de desejar ser visto e aceito pela sociedade. Foi possível perceber que justamente nos locais mais estigmatizados, onde as pessoas demonstram mais receio de entrar, a equipe obteve maior produção, maior apoio e adesão por parte daqueles que demandam a atuação e maior disponibilidade da comunidade para receber as informações oferecidas. Neste sentido, acredito que o CR e a ERD têm alcançado bons resultados, porque atingem justamente o público que o projeto deve abranger.

Assim, vejo a caminhada no projeto como algo que se inicia em meio a um “desconhecido”, pois não havia uma “receita pronta” de como deveriam ser as abordagens, ou a frequência com que deveriam ocorrer encaminhamentos, ou seja, o trabalho foi sendo realizado de acordo com o curso das demandas. Assim, aos poucos, se foi revelando a singularidade de um trabalho que busca contemplar o que muitas vezes vem sendo colocado em segundo plano: a valorização do humano.

Espero que o CR e a ERD possam, cada vez mais, oferecer um olhar e uma escuta singularizada para aqueles que sofrem devido a situações de vulnerabilidade social, fazendo, assim, a diferença. No entanto, fazer a diferença não só para os que estão envolvidos com a droga, mas especialmente, “plantar uma semente” na vida dos que, diariamente, se defrontam com esta realidade e podem, através de um trabalho efetivo de informação e prevenção, escolher uma realidade diferente para suas vidas: cuidar das crianças de hoje é reduzir muitos danos nas vidas dos adultos de amanhã.

Com certeza será muito bom ver o projeto prosseguir com a concretização do que foi proposto inicialmente: veículo com identificação, distribuição de insumos e dos kits

de redução de danos, materiais educativos e de informação, enfim, todos os recursos necessários. CR e ERD superaram desafios e foram implantados. A arte que os compõe não foi feita em “preto e branco”. Ao contrário, foram utilizadas várias cores, formas e possibilidades de ser, tal qual a arte da vida humana, que está em constante construção.



EXPERIÊNCIA GRATIFICANTE

Lídia Aparecida Vilela

Já convivi bastante com a questão do uso de álcool e de outras drogas antes de entrar no CR, pois já trabalhava com usuários anteriormente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A diferença se deu na maneira de conduzir o atendimento. Atender o usuário na rua é mais informal, e o indivíduo se sente mais à vontade para conversar com a equipe. Convivo com parentes usuários de álcool e, depois do CR, mudou minha maneira de lidar inclusive com eles. Passei a ter mais paciência e consegui dar mais atenção. Procuro poder ser útil com relação ao conhecimento que tenho sobre o assunto. Com meus filhos isso também não é diferente.

No início do projeto vivi uma angústia muito grande, pois os pontos em que nossa equipe estava atuando não estavam tendo uma aderência satisfatória. Conversei com a equipe e decidimos que precisávamos oferecer atrativos aos usuários. Discutimos e chegamos a um consenso. Eu tinha um aparelho de medição de Pressão Arterial (PA), uma mesa e um banco de plástico. Meu colega tinha uma tenda. Já que não nos foram oferecidos insumos para o trabalho, o jeito era começar e, literalmente, “nos virar” com o que tínhamos em mãos.

O primeiro dia de trabalho com esses recursos foi maravilhoso. Chamou a atenção de muita gente. Confesso que, nesse dia, fui embora para casa satisfeita. As dificuldades enfrentadas me motivavam mais a cada dia. Penso que agimos como aquele passarinho que leva água em seu bico para tentar conter o incêndio na mata.

A Escola de Redutores de Danos (ERD) tem me ensinado a ter uma visão diferenciada da vida. Os relatos que ouvimos me fazem pensar e agir de forma diferente no meu dia a dia. Preconceitos caem por terra. Esse projeto nos oferece uma oportunidade única de entrar no “mundo do outro” e experienciar suas realidades. Nos conduz a um entendimento e compreensão maior com os outros e, até mesmo, com nossa própria família.

Essa forma mais aberta de lidar com a realidade favorece a aproximação desse público. Essas pessoas chegam “desarmadas” até a equipe em função de conseguirmos transmitir que estamos ali para ajudá-los e não para recriminá-los. É a partir dessa abertura que aproveitamos para dar orientações relacionadas à saúde; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST); e o foco principal, que é a redução dos danos associados ao consumo de álcool e de outras drogas.

Essas pessoas que atendemos estão ali, nada mais nada menos, para serem escutadas. É nesse momento que tentamos mostrar que elas merecem e podem viver de uma maneira melhor, que elas têm o direito de trabalhar e conviver socialmente. Para isso, as auxiliamos a pensar em maneiras de reduzir os danos causados pelo consumo de álcool ou de outras drogas, visando ganhos de autonomia.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a informação chegou às pessoas de alguma forma e surtiu efeito positivo na vida delas. Quero acreditar que posso ser um grãozinho

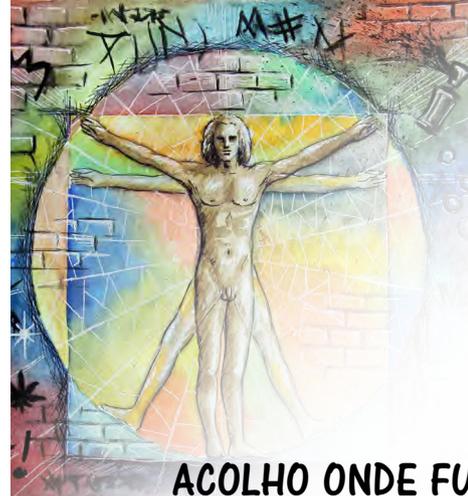
de areia na construção de um mundo mais digno para todos nós. Isso ficou muito claro quando fizemos uma atuação do CR em uma escola. *A priori*, parecia que eles não nos estavam dando atenção. Porém, ao final da palestra, vários adolescentes vieram até nós trazer seus relatos e experiências.

Quando comecei, trabalhava no CAPS. Ao chegar na rua com a atuação do CR, vi a realidade de outra forma. Muitas vezes, via pacientes do CAPS na rua e isso era muito diferente, pois eles me viam de outra forma. Os usuários esperavam que tivéssemos a mesma postura que temos no CAPS. Porém, fomos construindo a identidade da atuação, explicando a eles que o CR consistia numa proposta distinta. O usuário nos via de modo diferente, e nós também passávamos a vê-lo de outro modo.

Tive que trabalhar minhas ansiedades e tentar fazer o melhor para não me sentir frustrada. Atualmente tenho convivido melhor com isso. Hoje em dia entendo que será um trabalho construído passo a passo, ou seja, haverá dias altamente produtivos e outros nem tanto. É um processo bastante proveitoso, pois é sempre muito bom encontrar realidades que não são cotidianas. É altamente gratificante ouvir as pessoas e saber que de uma simples conversa, informal, na calçada de uma rua, elas podem seguir para suas casas com um pouco mais de conhecimento ou se sentindo até mesmo “aliviadas”, pois ali elas puderam falar, elaborar suas angústias, ou, até mesmo, “pedir socorro”.

Vivemos um crescente apoio e reconhecimento de nossa atuação na redução de danos causados pelas drogas. No entanto, há muita gente nas ruas “gritando” por socorro e que não têm coragem de ir a uma unidade básica de saúde, ao CAPS ou a qualquer outro serviço de saúde da rede. Espero que nossa atuação tenha ajudado na redução

dos riscos e danos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas nas vidas de algumas dessas pessoas, de modo que, se optarem por continuar o uso, que seja com base em um padrão que gere o menor prejuízo possível.



ACOLHO ONDE FUI ACOLHIDA

Luciana Gonçalves de Souza

Acho minha vida muito conturbada quando paro para pensar na minha infância. Não foi fácil devido ao fato de eu ter ido para o orfanato com dois meses de nascida. Aos 10 anos, o orfanato foi fechado e todos foram entregues aos familiares que tinham. Minha mãe não ficou satisfeita com a minha chegada, pois dizia não saber lidar comigo e ter raiva de mim. Eu não entendia o porquê de tanta raiva e rancor. Eu só servia para limpar a casa, lavar panela e roupas. Dizia a ela que queria estudar e ir à missa, mas quando eu dirigia a palavra a ela “o couro comia”.

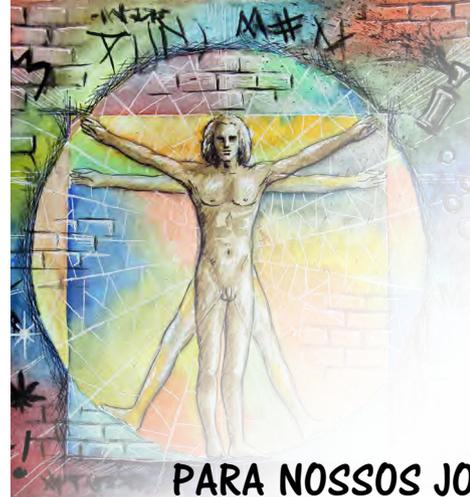
Tudo mudou quando me cansei de toda essa violência e fui para a rua. Achei melhor, apesar do medo e da angústia. Na minha época, havia figuras de autoridade que abusavam do seu poder com quem se encontrava em situação de rua. Vejo que hoje há mais segurança e preocupação com as pessoas, pois aparentemente o poder público tem criado, cada vez mais, condições para as pessoas resgatarem sua dignidade. No meu tempo, as pessoas não se importavam com quem estava na rua.

As meninas mais velhas que moravam na rua me protegiam muito, porque eu era a mais nova e “miúda” na turma. Quando fazia muito frio, me obrigavam a tomar pinga para que a noite passasse rápido e o frio não incomodasse tanto. Recebi ajuda de um padre que me tirou da rua. Conversaram comigo e tudo mudou. Acho maravilhoso saber que hoje posso ajudar pessoas na mesma situação em que estive, podendo ouvi-las e dando uma palavra de conforto, para ver que tem gente querendo ajudar. O Consultório de Rua (CR) veio como uma oportunidade de trabalho que me possibilita ajudar quem precisa.

A minha alegria hoje é meu filho muito amado de três anos. Às vezes, me sinto sozinha sem alguém para conversar, até mesmo para falar das minhas angústias devido a não ter pai, mãe ou qualquer outro parente de sangue ou amiga que me deixe falar dos meus desesperos. Até hoje, vejo muita necessidade de falar do meu passado. Acredito que conseguirei vencer as minhas tristezas com o tempo.

Sobre o CR, ao fazer o processo seletivo fiquei em primeiro lugar na prova de títulos. Na entrevista, fui questionada se conhecia o “Projeto Pão & Beleza” e daí já trouxe toda a minha história, pois fui criada ali, junto ao projeto feito pela paróquia. Já trabalhei em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e sou formada em Enfermagem, com auxílio do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e desejo continuar trabalhando nesta área. Eu imaginava, inicialmente, que o CR teria como base um carro que ficaria com uma equipe na rua, acolhendo e dando auxílio conforme necessário. Também imaginava que trabalharia com moradores de rua, uma população que não é ouvida. Então eu pensei que poderia estar ali ouvindo aquele morador de rua, pois quando estava nesta situação, eu queria ser ouvida. Não adianta chegar ali e só falar, falar, falar... É preciso ouvir e qualificar o que se ouve.

Penso no CR hoje como um grande projeto do Ministério da Saúde e que se este projeto existisse quando estive na rua, para que alguém pudesse me ouvir e me dar atenção, seria maravilhoso. Em uma dinâmica realizada pelo Apoiador técnico, eu contei um pouco da minha história para os membros da equipe. Hoje vejo muito as pessoas que me deram a mão para que eu possa levar a vida que levo. Encontrei no CR pessoas com as quais pude criar uma amizade e me sentir valorizada como profissional e capaz de poder ajudar o próximo em situação de rua. Sinto-me realizada em poder ouvir pessoas que se encontram em um momento de fragilidade, em poder ajudar de alguma forma, nem que seja por alguns minutos ou horas, em poder colaborar com o resgate da dignidade do outro.



PARA NOSSOS JOVENS

Maria da Glória Moreira

Trabalho há 30 anos na área de saúde mental. Vi de tudo nos hospitais psiquiátricos: pessoas que ficavam internadas por um período e logo depois voltavam para a rua para beber de novo. Hoje eu vejo que a pessoa procura o que ela quer. Se ela não quer, não vai. Mas é possível, sim, mobilizar o desejo pelo tratamento. Como em um caso que acompanhamos, de um rapaz que falava injetar conhaque na veia para chamar a atenção. Então ficou aquela situação de saber se ele queria nos manipular, mas acabou que o encaminhamos para tratamento. Ele procurou o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad) e se tratou... Acho que a questão dele era outra mesma: abandono. A mãe desse usuário faleceu e depois disso ele ficou assim, e o resto da família não lhe dá apoio.

Por ser uma modalidade de atendimento fora de hospitais ou ambulatórios dirigidos aos usuários de drogas, que vivem em condições precárias, longe dos serviços de saúde, o CR atende a essas pessoas em situação de exclusão social por meio de equipe itinerante. Como iniciante no trabalho, esperava que os usuários se sentissem acolhidos

e que principalmente os ajudasse na problemática que enfrentam. Hoje vejo que não é tão fácil chegar até essas pessoas, pois têm certa resistência. Acho que qualquer grupo, ao ver algum elemento diferente, fica resistente.

Onde estávamos atuando, ficam muitos adolescentes na praça, as idades variam entre 13 e 22 anos. Eles ficam andando de bicicleta, *skate*, *slack line*. Então pensamos em como abordá-los, se interessando pelas atividades que eles faziam. Tivemos uma abordagem tranquila, foram bem receptivos com a equipe e ainda ofereceram para ajudar na revitalização da praça. Até conversamos com o secretário municipal de esportes para podermos revitalizar aquele local: pintar, capinar... Com a chegada de aparelhos de ginástica novos naquela praça, ficará mais atrativo para esses adolescentes. A praça é muito frequentada e conseguimos fazer uma boa abordagem com esses adolescentes.

Há comunidades onde há muita carência. Aparecemos como um socorro! Pede-se socorro a tudo, não somente à droga. Eles têm dificuldades de acesso à saúde, pois a unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) fica muito longe. Devido ao tráfico intenso de drogas, a polícia permanece o dia inteiro no bairro. Agora, o Fernando¹ vai começar uma escolinha de futebol, o que também atrai os pais. Então começamos muito bem nesta localidade. Temos o apoio de uma liderança da comunidade, o que é muito bom. Sozinhos, não temos muita coisa. A referência da nossa equipe nesta comunidade ficou sendo a casa dessa liderança, que é uma pessoa muito educada e acolhedora. Ele nos fornece a frente da casa, mesas, e também se disponibiliza a ajudar.

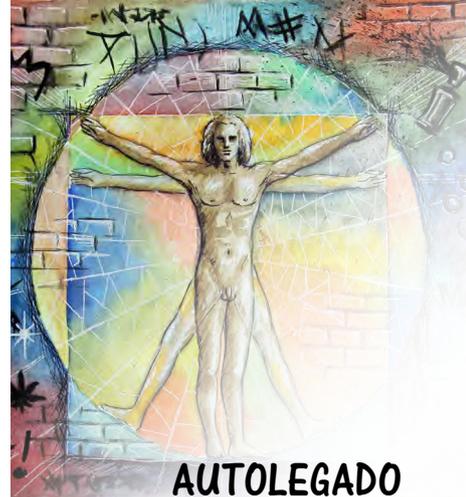
A ação na rua deve ser de muito respeito, de confiança e disponibilidade para ouvir. Por meio deste “ouvir”

¹ Fernando César Prudêncio, autor do capítulo *Slack line*, presente neste livro.

podemos buscar ser uma porta de entrada aos serviços de saúde. Nós não invadimos o espaço deles. Tem que ir fluindo bem devagar.

Tem os que conseguem atingir esta meta de parar o uso, mas a maioria é mais atingida mesmo pelo trabalho da redução de danos. Às vezes fica aquela impressão de que nadamos, nadamos e morremos na praia, mas já é um grande início. Quando dá certo ficamos muito satisfeitos. Acho muito importante pelo menos reduzir o dano. Quando a pessoa está em um momento lúcido, pode comparar como fica sob o efeito da droga e sem o efeito. É neste momento de lucidez que, às vezes, a pessoa pode manifestar o desejo de ficar melhor.

O que percebo das famílias hoje, é que as crianças não têm pra onde ir. É importante que o CR e a ERD continuem. Na rua, você os encontra e você pode dar uma palavra que, às vezes, pode levar a uma reflexão. Estamos sempre pensando o que podemos oferecer para estes jovens.

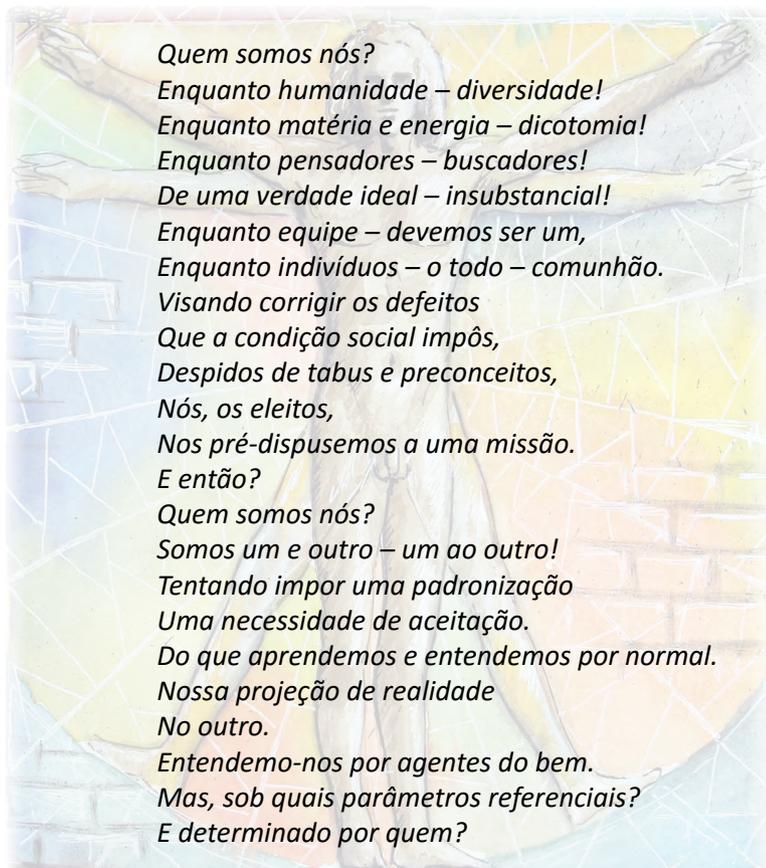


Miguel Archanjo Silva Júnior

Eu sou músico, desde que me entendo por mim. De minhas primeiras lembranças acessíveis, sempre me manifesto por melodias, muitas das quais eu mesmo fiz. Já me embrenhei em muitas áreas. Tentei de tantas alternativas que se me apresentaram. Busquei construir-me em conhecimentos na máxima diversidade, no amplo ecletismo. Mas de tantos caminhos trilhados nada que concorresse com a música teve chance de prosseguimento.

Das produções afins devo destacar duas obras-primas – Rodolfo e Gabriela, meus filhos também com acentuada “veia” musical. Sou natural da cidade maravilhosa, embora filho adotivo de Barbacena – minha maior referência de lugar, mesmo após diversificar residência em outras cidades, em busca de oportunidades coerentes ou em aventuras necessárias para me encontrar. *Sou assim, eu, Miguel Junno, produtor de mim.*

Sobre o Consultório de Rua e a Escola de Redução de Danos:



Minha estadia no projeto deu-se antes mesmo de minha posse efetiva como funcionário da atual Secretaria de Saúde do Município de Barbacena. Participei, como convidado, da Coordenadora de Saúde Mental, das primeiras capacitações da equipe realizadas pelo então supervisor do Ministério da Saúde, Marco Manso.¹ Nesse processo, acompanhei a primeira equipe em visitas às possíveis áreas de atuação. Participei de reuniões nos postos de saúde dos

¹ Marco Manso Cerqueira Silva, autor do capítulo “Consultório de Rua: o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis em seus olhares cruzados”, presente nesta coletânea.

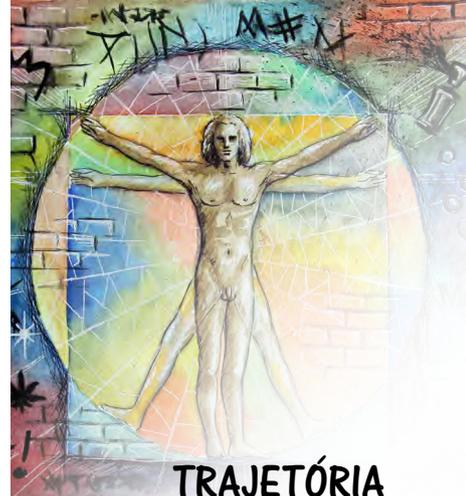
bairros de principal interesse, com as equipes das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Era outubro de 2011.

A partir de fevereiro de 2012, já empossado, assumi, entre outras atribuições do cargo, o suporte administrativo – uma retaguarda técnica. Nesse íterim, adaptei os instrumentos avaliativos e de coleta de dados, propostos pelo Ministério da Saúde, à nossa realidade. Desenvolvi a logomarca e o *slogan*, posto que o nome, “Ponto de Encontro”, bastante sugestivo, já havia sido proposto e aceito. Elaborei o material instrucional como *folders*, panfletos, *banners* e a arte da camisa e da “plotagem” do veículo. Também adaptei a pouca literatura disponível em *slides* e vídeos para utilização em palestras e atividades afins. Participei da organização do evento de lançamento dos projetos onde os apresentamos, à toda a rede, os objetivos e propostas de nosso trabalho. Acompanhando as reuniões ordinárias, semanalmente, e à maioria das extraordinárias – tanto internas quanto externas – pude contribuir com razoável registro por meio fotográfico, de áudio e de vídeo.

Por diversas dificuldades administrativas, alheias à nossa capacidade de resolução, não tivemos acesso ao material a ser adquirido para as atividades em território. Isso, aliado à enorme demanda das outras atividades da Coordenação, inviabilizou minha participação em campo com atividades musicais – primeira proposta que me foi apresentada ao ser convidado ao trabalho.

Mas tal frustração foi suprida, sobremaneira, pela qualidade dos resultados apresentados pelas equipes, mesmo em meio a tantas dificuldades. Tais dados quantitativos e qualitativos, apresentados na publicação deste material “falamos” por si e muito me orgulho de minha singela contribuição.

Pouco depois de comemorarmos o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, no ano de 2012, ao percebermos a presença de usuários da rede de saúde mental, “resgatados” pela ação das equipes nesses projetos, experimentamos a sensação de dever cumprido e compartilhamos para que essas iniciativas possam continuar a mudar as vidas de tantas mais pessoas tão necessitadas de compreensão. E isso para que, numa nova lógica assistencial, em se tratando de danos, possamos, com propriedade, falar em redução.



Simone Rosa Paulino da Fonseca

Com minha entrada no Consultório de Rua (CR), encontrei uma nova perspectiva, uma chance de voltar a atuar como profissional da área da saúde. Atuei na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 1995 a 2007, quando descobri que sou apaixonada pelo serviço público. Posso falar que fui muito feliz quando pude atuar em prol de algumas comunidades como um todo. Comecei a trabalhar na atenção básica como auxiliar de enfermagem, mas também com a função de agente comunitária de saúde, junto de um médico. Fizemos a territorialização que precedeu a implantação das equipes de Saúde da Família. Tive que conhecer as lideranças comunitárias e nossa ação junto do profissional médico foi uma experiência muito boa.

Criei um vínculo extremamente importante com uma comunidade. Como auxiliar de enfermagem eu acabava orientando muito. Se for comparar, vejo que, no CR, nós escutamos mais. Acabei fazendo trabalho de psicóloga e assistente social indiretamente, sem saber, pois nesta experiência percebi que as pessoas necessitam muito ser ouvidas.

Fiquei cinco anos sem atuar na minha área profissional, quando fiquei sabendo do processo seletivo do CR. No primeiro momento, não tinha muito interesse em me inscrever, mas tive o apoio de uma amiga que insistiu para que eu me inscrevesse no processo. No início, não tinha compreensão do que era o CR, e não acreditei que teria chances de passar no processo seletivo. Mas vi que tinha algum conhecimento e bons certificados, porque fiz um pouco de currículo com os treinamentos oferecidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Mas quando veio a notícia que tinha sido aprovada, fui tomada por uma enorme felicidade. E tive que tomar uma decisão séria: estudar e compreender o que era o CR. Posso dizer com clareza que fiquei entusiasmada. Foi aí que vi todas as oportunidades voltarem à tona na minha vida.

Descobri uma nova história de conquistas e vitórias que a saúde mental de nossa cidade está vivenciando nos dias de hoje. Só conhecia a parte da nossa história que se referia à “cidade dos loucos”. Fui apresentada aos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que ficava na área de atuação da equipe da ESF em que atuei. Eles me contaram sobre o que estava ocorrendo na saúde mental, mas naquele momento não tive uma compreensão muito clara do que estava acontecendo. Só agora consigo compreender e admirar a transformação que está ocorrendo e possivelmente fazer parte dessa nova história da saúde mental em nossa cidade que está sendo escrita.

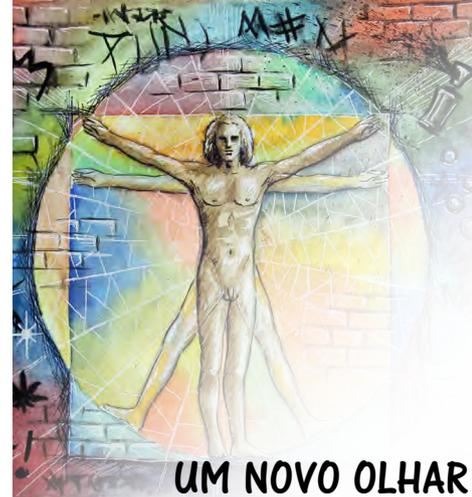
Não encontrei, em campo, tudo aquilo que as pessoas falavam que a gente ia encontrar. Vi que há outras coisas e minha experiência na ESF ajudou, pois não foi tanta novidade, para mim, estar em contato com pessoas na comunidade. O que há de diferente no CR é ouvir primeiramente, orientar e depois encaminhar. Temos que ter um critério ao falar e ao ouvir. Estive aberta a observar muito, saber tatear e partir

para um trabalho que poderia ser perdido se a abordagem não fosse adequada. Aprendi estas coisas com o tempo e com a colaboração e experiência da equipe.

Fazer parte hoje dessa equipe do CR é muito prazeroso e está abrindo meus horizontes. Meu entusiasmo é tanto que estou até pensando em voltar aos estudos. Quero ter a oportunidade de corrigir algumas falhas do meu processo de escolarização para atingir um objetivo de formação profissional que se confirmou nessa trajetória de atuação pelo CR: colaborar com as dificuldades de apoio social das pessoas. Tenho me interessado pelo Serviço Social. Acredito que desenvolvo bem essas ações: orientar, promover, intervir nas dificuldades, direitos e assistência à população. Eram essas ações que desenvolvia nas atuações da ESF. Eu não tinha nenhum conhecimento dos serviços prestados pelo assistente social naquele período. Hoje, sabendo um pouco dessa profissão, me identifiquei e desejo buscar formação. Interesse-me muito por iniciar um curso. Descobri algo que quero aperfeiçoar em mim por meio da formação profissional.

Ler e escrever são dificuldades para mim, mas acredito que estou vencendo. Eu não conseguia ler um livro por ano. De menos de um ano para cá fiz a leitura de 12 livros e estou muito feliz por isso. Estou vendo uma relação entre religiosidade e dependência química. Discuto com outro membro da equipe sobre isso, pois são questões interessantes e instigam a pensar mais sobre essa temática.

Consegui encontrar na saúde mental um lugar onde consigo me expressar e me sinto extremamente feliz e com muita liberdade para realizar este trabalho.



UM NOVO OLHAR DA RUA

Wesley Gouvêa Oliveira

Minha trajetória nos projetos do Consultório de Rua (CR) e da Escola de Redutores de Danos (ERD) iniciou-se juntamente com as primeiras atividades de capacitação propostas, quando, desde os primeiros encontros, começávamos a discutir a metodologia de intervenção. Houve também alguns períodos de ausência, quando estive por conta de outras atividades da saúde mental no município. Porém, não deixei de manter contato com as equipes, até o retorno de fato às atuações em campo. Quero compartilhar, nesta oportunidade, alguns fatos importantes que vivenciei nessa experiência de atuação.

Em um primeiro instante penso que, além da clínica com dependentes químicos, minha aproximação com a Psicologia Social e Comunitária facilitou minha entrada e permanência neste trabalho. A identificação com estas áreas, com este modo peculiar de intervenção e de disposição ao enfrentamento de questões coletivas, para promover bem-estar social, foram a força motriz para minha motivação pessoal. Essa motivação renovou-se constantemente pelas novas possibilidades de promover a integridade e saúde das pessoas.

A abertura para o novo parece ser uma característica primordial para participar destes projetos. O novo em sua amplitude. As atuações trouxeram, para mim, uma nova forma de pensar sobre o uso de drogas e conhecer novas realidades que se distanciam e muito do nosso ideal. Nelas, foi possível criar novas formas de intervenção e trabalho, conhecer constantemente novos sujeitos, com vivências singulares, e até mesmo fazer novos amigos. Dessa forma, um marco pessoal e profissional dessa experiência foi, para mim, ter de lidar com o novo.

Lembro de um momento em que, em determinado bairro, um casal se aproximou da nossa equipe e o homem começou a conversar comigo. Ele contava que acabaram de sair do hospital, após uma tentativa de autoextermínio da esposa. Relatou que ambos estavam fazendo uso contínuo de drogas, e que, em suas palavras, “a situação estava ficando feia”. Nesse tempo, a esposa já havia continuado seu trajeto para casa. Preocupado com ela, o marido pediu que fôssemos até lá para conversar. Imediatamente, eu e mais um colega de equipe o acompanhamos, percorrendo um longo caminho até chegarmos à sua casa. Passamos pelo portão de entrada, que em seguida foi fechado pelo dono com cadeado, e encontramos a senhora. Conversamos com ela e desenvolvemos nossa intervenção. Nesta circunstância, entramos na casa de um estranho, em um território desconhecido.

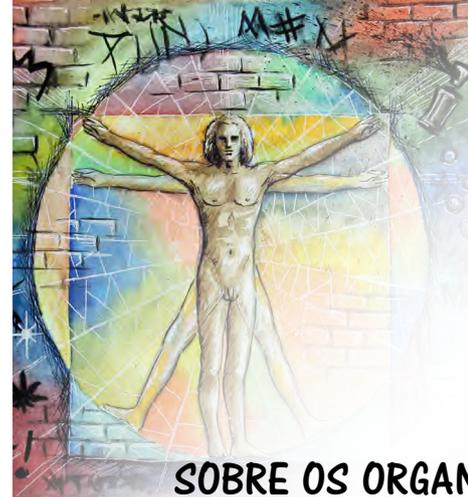
Posteriormente nos colocamos a pensar que, de fato, nos expusemos a algum risco. Porém, estávamos em dupla na intervenção e suspeito que a conversa anterior com aquele homem e a situação emergencial nos deu segurança para, sem pestanejar, decidirmos ir ao encontro daquela senhora.

Nesse sentido, o novo estava sempre nos espreitando.

Também foi marcante o deparar-se com novas realidades, as quais nunca pensei experimentar. Lembro de uma moça, usuária de *crack*, que sempre nos aguardava na praça de seu bairro quando fazíamos o trabalho de campo. Certa vez, nos convidou a entrar em sua casa, uma residência bastante improvisada. Nesta casa morava com seu esposo, com seu filho e, segundo ela, com “uma dúzia de gatos”, que transitavam o tempo todo entre os cômodos deste lugar. O mesmo terreno era dividido ainda com outras casas, de seus familiares, todas marcadas por precárias condições de moradia. Sempre encontrávamos seu filho, um menino de mais ou menos seis anos de idade, brincando contente nesse espaço, mesmo convivendo com os constantes conflitos entre as pessoas e naquelas condições precárias de moradia. Certa vez, o menino, recém-chegado da escola, nos conta: “sabia que hoje teve festa na minha escola? Eu comi coxinha. E de graça!” Pensei como algo tão corriqueiro para algumas pessoas poderia ter tamanha importância para aquela criança.

Recordo também de um usuário de álcool que ficava sempre em uma esquina do seu bairro, bebendo pinga com outras pessoas. Era comum sentarmos junto a eles para conversarmos. Em um determinado dia, com uma grande chuva se aproximando, e bastante comprometido pelo efeito do álcool, nos oferecemos para acompanhá-lo até sua casa. Ele não acreditava que estávamos fazendo isso e repetia: “vocês querem mesmo me ajudar! Não acredito que vão comigo...” Ao chegar, lá sua mãe veio ao nosso encontro, nos agradecendo. Começou a conversar sobre a condição do filho. Preocupada com ele, e desconhecendo uma saída para esta situação, ficou bastante aliviada ao receber informações de que havia locais de tratamento gratuito no município. Ainda que com certa dificuldade, ele mesmo disse que já tinha pensado em ir ao CAPSad. No entanto, até então, ninguém de sua família sabia disso.

Por fim, com essas experiências e inúmeras outras, foi possível aprender muita coisa. Notamos que as pessoas precisam, sim, de cuidado, atenção e informação. Um trabalho que vai ao encontro dessas pessoas de forma respeitosa e acolhedora e que consegue, antes de tudo, plantar a semente de um importante processo de transformação: aquele que advém do desejo do próprio sujeito.

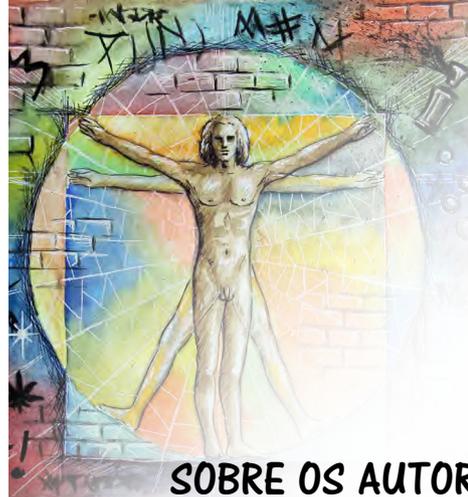


SOBRE OS ORGANIZADORES

Felipe Augusto Carbonário: Psicólogo, Especialista em Saúde Pública, em Neuroeducação e Dependência Química, e Mestre em Psicologia (UFSJ). Professor Adjunto do curso de Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos, Campus Barbacena. Atuou como apoiador técnico do CR e da ERD. **E-mail:** felipecarb@yahoo.com.br

Filippe de Mello Lopes: Psicólogo, Mestre em Psicologia pela UFSJ. Sócio-colaborador do Espaço Terapêutico Antonin Artaud. Docente do Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFSJ (CRR/UFSJ). Conselheiro do Conselho de Políticas sobre Drogas (COMAD) de São João del Rei. Coordenador Municipal de Saúde Mental de São João del-Rei. **E-mail:** filippeufs@gmail.com

Marcelo Dalla Vecchia: Psicólogo, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, e Professor do Departamento de Psicologia da UFSJ. Coordenador do Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFSJ (CRR-UFSJ). Atuou como apoiador institucional do CR e da ERD. **E-mail:** mdvecchia@ufs.edu.br



SOBRE OS AUTORES

Abigail Grossi: Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar e em Saúde Mental. Atuou no CR.

Adailton Lopes: Auxiliar de Enfermagem, atuou no CR.

Antonio Carlos Matos da Silva: Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família (UFJF), em Formação Profissional em Saúde (FIOCRUZ) e em Acupuntura (Instituto Mineiro de Acupuntura e Massagens – IMAM). Atuou no CR.

Cássio Barreto: Psicólogo e Mestre em Filosofia Moderna e Contemporânea. Atuou como apoiador técnico do CR e da ERD.

Enoque Alves de Siqueira: Enfermeiro, Especialista em Atenção Primária e Saúde da Família, em Educação Profissional na área de Saúde, e em Qualificação da Gestão no SUS. Atuou no CR.

Fernanda Mendes da Silva: Enfermeira. Atuou na ERD.

Fernando César Prudêncio: Educador físico, Especialista em Treinamento Desportivo. Atuou no CR.

Gilmara Maria Terra: Psicóloga. Atuou no CR.

Hamana Santos de Almeida Ribeiro: Enfermeira e graduanda em Administração (IFSudeste – Campus de Barbacena). Atuou no CR.

Juliana Borges: Técnica de Enfermagem. Atuou na ERD.

Kelly Cristine Guimarães Santos: Psicóloga. Atuou na ERD.

Lídia Aparecida Vilela: Técnica de Enfermagem. Atuou no CR.

Lúcia Helena Barbosa: Psicóloga. Coordenadora de Saúde Mental de Barbacena (2009-2013), e gestora dos projetos do CR e da ERD durante o seu período de implantação (2011-2013).

Luciana Gonçalves de Souza: Enfermeira. Atuou na ERD.

Marco Manso Cerqueira Silva: Licenciado em Filosofia, Especialista em Psicoativos: seus Usos e Usuários (CETAD/UFBA), membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas da Bahia (CEPAD/BA), coordenador da equipe de Atenção à População de Riscos Acrescidos da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC/FMB-UFBA). Atuou como apoiador técnico na fase inicial de implantação do CR e da ERD de Barbacena.

Maria da Glória Moreira: Psicóloga e Professora da Prefeitura Municipal de Antônio Carlos. Atuou no CR.

Miguel Archanjo Silva Júnior: Músico e agente administrativo da Coordenação de Saúde Mental de Barbacena.

Rosimeire Silva: Psicóloga, conselheira nacional de saúde, ex-coordenadora de saúde mental de Belo Horizonte, ex-membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia – 4ª Região (Minas Gerais), e militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Simone Rosa Paulino da Fonseca: Auxiliar de Enfermagem. Atuou no CR.

Wesley Gouvêa Oliveira: Psicólogo, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Foi membro da equipe de CR e apoiador técnico do CR e da ERD.



9 788566 659634

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br