



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

LORENA PIRES GUIMARÃES

**INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS:
AFETOS E AFETAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Salvador/BA
2017

**INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS:
AFETOS E AFETAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Autora: *Lorena Pires Guimarães*¹

Orientadora: *Marlene Barretto Santos Miranda*²

Coorientador: *Renan Vieira de Santana Rocha*³

RESUMO: O trabalho de construção de cuidado a usuários de substâncias psicoativas fora da lógica manicomial tornou-se um dos principais desafios dos trabalhadores da área de saúde implicados com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desta forma, este trabalho trata-se de um relato de experiência com o objetivo de apresentar a vivência da autora como psicóloga no Programa de Intensificação de Cuidados a Usuários Abusivos de Álcool e Outras Drogas (PIC-ad), do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA), na cidade de Salvador/BA, que se propôs a ofertar cuidados intensivos àqueles sujeitos com histórico de internação frequente e comprometimentos graves decorrentes do uso de substância(s) psicoativa(s), a fim de produzir cuidado a partir da intervenção no território onde vivem esses sujeitos. O relato é orientado principalmente pelas observações registradas em diário de campo referentes ao acompanhamento de um usuário beneficiário do Programa e fundamentado teoricamente a partir do levantamento bibliográfico acerca do descritor “Intensificação de Cuidados”. Conclui-se que a vivência dos afetos na construção do cuidado clínico em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, a partir da Intensificação de Cuidados, é promotora de uma profunda ampliação das possibilidades terapêuticas junto ao usuário e sua rede de sociabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Intensificação de Cuidados. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Tecnologia Leve. Crise.

¹ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental.

² Odontóloga. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Especialista em Psicologia da Educação. Técnica da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMED/UFBA). Professora na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

³ Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 80, a Reforma Psiquiátrica brasileira inaugura um modelo de clínica na Saúde Mental que tem como base o território e é orientada, sobretudo, pela noção de desinstitucionalização. De acordo com Côrtes, Silva e Jesus (2011), a proposta de descentralizar o cuidado nos hospitais aos sujeitos em grave sofrimento psíquico produziu diversas repercussões no modo da sociedade se relacionar com a loucura; dentre elas uma importante tensão entre famílias e instituições: quem é responsável pelo louco?

Ao recorrermos à história da Psiquiatria, observamos que, por muitos anos, os sujeitos com transtorno mental foram tomados como objeto de intervenção das práticas que giravam em torno da construção do conceito de loucura (MOEBUS, 2014). Na tradição médica, a crise dos sujeitos em sofrimento psíquico se tornou o momento decisivo para o diagnóstico absoluto e para a intervenção fundamental da prática manicomial: internar o “doente mental”. Isto é, promover um sequestro do sujeito do seu convívio sociofamiliar na forma de internações de longa permanência em manicômios, local que, por muitas vezes, se tornou a residência da maioria desses sujeitos e palco de graves violações de Direitos Humanos. A instituição médico-psiquiátrica, dessa forma, assumiu por longos anos a “responsabilidade” por essas pessoas e por sua comunidade, em nome da “proteção” que a Psiquiatria tinha a oferecer à sociedade ameaçada pela suposta periculosidade da loucura.

Com a implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a Reforma Psiquiátrica propôs a desospitalização como o ponto de partida para o processo de desinstitucionalização desses sujeitos. Assim, desde 2011 integra o Sistema Único de Saúde (SUS) uma rede de cuidado para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo os usuários de crack, álcool e outras drogas que estabelecem relação prejudicial com a substância, instituída como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria nº 3.088 GM/MS. A RAPS atribui aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o mandato de acolher situações de crise e acompanhar transtornos psíquicos graves e persistentes no território. Nesse sentido, a aposta é na potência da produção do cuidado em liberdade, a partir da construção e/ou fortalecimento da rede cotidiana (família e comunidade) dos sujeitos em grave sofrimento psíquico e da corresponsabilização do cuidado entre os profissionais de saúde e outros atores que compõem a rede desses sujeitos.

No campo da assistência aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, o estabelecimento da RAPS atualizou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) e a Lei nº 10.216/01, ao incorporar às ações de

Saúde Mental o cuidado ao usuário abusivo de substância psicoativa (SPA). No entanto, tais avanços não foram suficientes para que a oferta de recursos disponíveis atendesse às necessidades clínicas apresentadas por esses sujeitos. Observa-se que as internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, ou mesmo a utilização de dispositivos de Atenção Residencial de Caráter Transitório (Comunidades Terapêuticas), ainda são recursos amplamente ofertados em termos de cuidados intensivos, produzindo o afastamento do sujeito das suas dinâmicas de vida ao desconsiderar que ali já se encontra alguém com laços sociais esgarçados e comprometidos pelo seu vínculo quase que exclusivo com a droga.

Justo do tensionamento “desinstitucionalização *versus* internação” surge, no ano de 2004, na cidade de Salvador/BA, uma clínica operada pelos pressupostos da Intensificação de Cuidados, a partir do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC). O PIC nasce como um contraponto radical à ideia de que há para a internação psiquiátrica um lugar de “retaguarda” (MOTA; SILVA, 2007) na assistência aos pacientes psicóticos em crise. Ou seja, pela via daquilo que Mota e Silva (2007) chamam de *Clínica Psicossocial das Psicoses*, o PIC se apresentou como possibilidade de desconstrução da crença de que existem sujeitos psicóticos tão graves que somente a internação é possível como oferta de atenção à crise, postura que contribui para a perpetuação da lógica manicomial do cuidar, para a existência de leitos em hospitais psiquiátricos e para a produção de diversos efeitos iatrogênicos nos sujeitos submetidos a longas internações.

A Intensificação de Cuidados, ainda conforme Mota e Silva (2007), se apresenta como a oferta de cuidados intensivos àqueles sujeitos com histórico de internação frequente e laços sociais fragilizados, a fim de produzir cuidado fora dos muros institucionais, investindo na dinâmica social do sujeito. Aqui, o investimento nas relações é a grande tecnologia de cuidado em saúde, à qual Emerson Merhy (1997) denominou *tecnologia leve*. Portanto, ao falar de cuidado intensivo, estamos fundamentalmente nos referindo a cuidado como investimento humano, de natureza relacional, que é orientado por um saber-fazer (logo, tecnológico), que se opõe à habitual noção de tecnologia que as instituições médicas dispõem, em forma de variados equipamentos e aparatos.

Como produto desse debate e da observação das dificuldades de atendimento às situações de crise no cenário da assistência em Saúde Mental à população usuária de SPA na cidade de Salvador/BA, nasce, em 2014, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA), um programa sustentado nos paradigmas da Redução de Danos, da Clínica Ampliada e da Intensificação de Cuidados, com o objetivo de ampliar os recursos terapêuticos já ofertados a sujeitos com comprometimentos graves decorrentes do uso de SPA

acompanhados ambulatorialmente naquela instituição: o Programa de Intensificação de Cuidados a Usuários Abusivos de Álcool e Outras Drogas (PIC-ad). Este Programa ampliou a experiência da Intensificação de Cuidados, até então restrita ao campo das psicoses, para o campo das toxicomanias⁴ e se propôs a contribuir com o desenvolvimento de tecnologias de cuidado no campo da Saúde Mental, para qualificação da assistência aos usuários de SPAs e para produção de conhecimento acerca da temática de álcool e outras drogas.

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência da autora como psicóloga no PIC-ad, entre Junho de 2014 e Janeiro de 2015, a partir do acompanhamento a um usuário beneficiário do Programa. Tendo em vista que a Intensificação de Cuidados ainda é uma estratégia de intervenção em saúde pouco explorada, ao compartilhar esta experiência voltada para a produção do cuidado integral ao usuário abusivo de álcool e outras drogas, este trabalho pretende contribuir para a reflexão e formação da prática dos trabalhadores do campo da Saúde Mental, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada, em consonância com os princípios do SUS e orientadas pela Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).

Para isso, este trabalho está organizado de forma a apresentar no próximo tópico o percurso metodológico adotado e, em seguida, os dados coletados através de levantamento bibliográfico realizado acerca do descritor “Intensificação de Cuidados”. Na sequência, serão expostos os pressupostos da Intensificação de Cuidados através da experiência do PIC, como experiência precursora deste modelo de operacionalização do cuidado em Saúde Mental. No tópico seguinte, será apresentado o PIC-ad, seguido do relato da experiência propriamente dito, possibilitando a discussão sobre a potência da Intensificação de Cuidados na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas com grave comprometimento relacionado ao uso. Por fim, algumas reflexões e considerações serão apresentadas como contribuição para o debate em torno da temática.

⁴ Ao utilizar a expressão “toxicomania”, parte-se da concepção de uma relação abusiva estabelecida entre o sujeito e a sua(s) droga(s) de predileção para consumo. Esta expressão possui forte embasamento psicanalítico (ALMEIDA, 2010), mas, para fins deste texto, utiliza-se esta terminologia em seu sentido mais generalista.

2 MÉTODO

Este trabalho consiste em um relato de experiência orientado pelas observações da autora sobre a oferta da Intensificação de Cuidados a um usuário abusivo de SPAs através do PIC-ad. Tais observações foram registradas pela autora em diário de campo, utilizado aqui como instrumento de trabalho.

Para a construção da Fundamentação Teórica, foi realizado levantamento bibliográfico acerca de um (01) único descritor: "Intensificação de Cuidados". Vale observar que o descritor foi escolhido pelo seu caráter exploratório, haja posto que o mesmo trata de uma tecnologia em saúde relativamente nova e que, precisamente por isto, encontra-se ausente do vocabulário estruturado e trilingue DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), instrumento criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Este descritor foi selecionado com a intenção de verificar o que, na literatura brasileira e latinoamericana, já fora produzido acerca desta tecnologia. Logo, para a realização do levantamento, foram consultadas três (03) das principais bases de dados indexadas em Psicologia e Saúde no Brasil e na América Latina, a saber: Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Portal da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Portal da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Os resultados preliminares do levantamento bibliográfico nos revelam um quantitativo mínimo de artigos encontrados, sendo detectados apenas dois (02) no Portal de Periódicos da CAPES, seis (06) no Portal da SciELO e três (03) no Portal da BVS. Vale observar que há repetições de aparição de alguns artigos entre estas bases de dados, o que nos leva a um quantitativo final de oito (08) artigos encontrados que, após a leitura e análise dos mesmos, findou-se em três (03) artigos selecionados – por serem os únicos a tratar, diretamente, da noção de Intensificação de Cuidados no campo da Saúde Mental.

Importante ratificar esta escassez de artigos quanto à temática aqui abordada, haja posto que duas inferências nos são permitidas a partir de tal: (1) trata-se de um conceito novo, instituinte; (2) trata-se de um conceito pouco explorado academicamente – condição segunda esta que nos leva a ponderar que um não-dado torna-se dado.

Os dados coletados em cada um dos três artigos selecionados serão apresentados no tópico que segue.

3 ESTADO DA ARTE

O primeiro artigo encontrado a partir do levantamento bibliográfico foi publicado em 2010, sob o título “Programa de Intensificação de Cuidados: Experiência Docente-Assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica”, de autoria de Marcus Vinicius de Oliveira Silva, Fernanda Rebouças Maia Costa e Luane Matos Neves. Foi publicado pela Revista *Psicologia, Ciência e Profissão*, do Conselho Federal de Psicologia (Brasília/DF).

Trata-se de um relato de experiência do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC) do Hospital Especializado Mário Leal (HEML), em Salvador/BA, implementado em Janeiro de 2004, a partir de uma parceria entre o curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). O texto ressalta a importância do PIC como experimento pedagógico docente-assistencial, descrevendo as atividades realizadas pelos estagiários, a saber: “atenção domiciliar, acompanhamento terapêutico (AT), espaços de convivência e sociabilidade, apoio aos familiares e suporte às necessidades individuais” (SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 889).

Inicialmente, os autores apresentam algumas reflexões sobre a precariedade da formação dos profissionais em saúde para atuar no SUS e, mais especificamente, no campo da Saúde Mental. Como fatores que contribuem para tal processo deficitário, ao citarem estudos anteriores, os autores apontam que as grades curriculares e o formato dos cursos ainda são muito pautados em uma lógica de assistência privada e individualista. Tratando-se do ensino em Saúde Mental na formação da psicóloga e do psicólogo, os referidos autores consideram que as universidades ainda ofertam disciplinas orientadas por uma perspectiva reducionista e descontextualizada do sofrimento psíquico, que não acompanha as novas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e que não favorece, assim, a instrumentalização do profissional para atuação no campo da Saúde Mental, sobretudo no encontro com sujeitos psicóticos em grave sofrimento psíquico.

Nesse sentido, os referidos autores apresentam um histórico da inserção profissional da psicóloga e do psicólogo na Saúde Pública, ressaltando que, embora em expansão, a presença destes profissionais em instituições públicas ainda é recente e em número insuficiente, considerando as demandas da população referentes à Saúde Mental. Além disso, as limitações de atuação impostas a esses profissionais, muitas vezes restrita a atividades burocráticas, contribuem para as dificuldades que estes profissionais encontram em produzir um trabalho que

se adéque à dinâmica e à complexidade do trabalho exigido pelo SUS, ou seja, um trabalho construído no território.

Da constatação destes pontos, surge a inquietação pela produção de um novo modo de pensar e produzir cuidado a pacientes psicóticos graves e em intenso sofrimento psíquico, que permitam escapar do ciclo de reinternações e despreparos profissionais que evidenciam a falta de recursos clínicos e simbólicos destes mesmos profissionais para lidar com o sofrimento de sujeitos psicóticos, vulnerabilizados socialmente e com “intensa desorganização psíquica, precária estruturação familiar e carência social” (SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 889). Surge, então, a proposta do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC).

Doravante, descrevem a proposta pedagógica e a dinâmica de funcionamento do programa, onde lança-se mão de duplas de estagiários para cada paciente assistido e dois supervisores (de diferentes categorias profissionais) para toda a equipe. Os autores irão tratar dos pressupostos que orientam a prática do PIC, sinalizando que este foi concebido como contraponto à lógica de pensamento comumente propagada de que, "entre os que demandam assistência psiquiátrica, existem algumas pessoas que, em função da gravidade dos seus casos, **precisam** ser internadas" (SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 886, grifo nosso). Aqui, evidenciam a dualidade presente na disputa dos discursos que advogam pela Intensificação de Cuidados como uma estratégia frontal de embate à perspectiva institucionalizante de *necessidade de internamento* como recurso primeiro em contextos de crise. Partem, assim, da tentativa de definir o instrumental que orienta a Intensificação de Cuidados – ponto que será mais bem abordado no próximo tópico do presente artigo.

Findando, ao avaliarem o PIC, os autores identificam efeitos e aprendizagens decorrentes das vivências experienciadas. Quanto aos pacientes assistidos, eles apontam que houve uma redução do número de internações, bem como uma série de mudanças de grande valia nos relacionamentos sociais e comunitários dos sujeitos, “com melhora na convivência e no apoio prestado pela família ou vizinhança, diminuição dos sentimentos de tristeza e solidão e maior facilidade para estabelecer relações” (SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 893). Além disso, apontam também o caráter de produção de conhecimento advindo desta experiência, ponto que contribuiu diretamente na melhoria da formação dos profissionais que passaram pelo programa e acabou culminando na criação do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV/UFBA).

O segundo artigo encontrado, publicado em 2011, sob o título “A Atenção Domiciliar em Saúde Mental realizada por Estagiários de Psicologia no Programa de Intensificação de

Cuidados”, é de autoria de Laura Alcía Silva Côrtes, Marcus Vinícius de Oliveira Silva e Mônica Lima de Jesus. Foi publicado pela Revista *Psicologia: Teoria e Prática*, da Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo/SP).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo método é o Estudo de Caso, e que tem por objetivo investigar a atenção domiciliar, "tomando o domicílio como lócus de cuidado de pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos familiares acompanhados por estagiários de Psicologia do Programa de Intensificação de Cuidados (PIC)" (CÔRTEZ; SILVA; JESUS, 2011, p. 76). Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com familiares assistidos no decorrer do acompanhamento de um caso pelo PIC em 2010, além de análise do prontuário do paciente em questão a fim de contextualizar o atendimento entre 2004 e 2008.

Primeiramente, o texto situa a atenção domiciliar no contexto da Reforma Psiquiátrica, caracterizando-a como importante recurso na oferta de cuidado ao sujeito psicótico em intenso sofrimento psíquico, na medida em que propõe uma corresponsabilização entre os serviços e as famílias na construção do cuidado em Saúde Mental. Em seguida, os autores apresentam a metodologia de análise dos dados coletados a partir das falas dos familiares entrevistados, orientada pela perspectiva da Análise de Conteúdo. Desta, surgem as categorias analíticas seguintes: (1) o atendimento oferecido e as estratégias utilizadas; (2) os diversos componentes da família do paciente atendido e os múltiplos pontos de vista existentes; (3) as tensões experimentadas entre a família e os agentes de cuidado; (4) as interferências do PIC na dinâmica familiar e na evolução dos casos; e (5) a avaliação do PIC como experiência de atenção domiciliar.

Da discussão apresentada a partir da análise das categorias acima citadas, ressalta-se a constatação da Intensificação de Cuidados como resposta possível e potente ante a crise do sujeito assistido. Como resultado de tais intervenções, a redução do número de internações aparece mais uma vez como ponto importante.

Por fim, os autores assumem toda a potência detectada na produção do trabalho orientado pela Intensificação de Cuidados no contexto da atenção domiciliar, visualizando que esta abordagem possibilita não apenas a ampliação da autonomia do sujeito, mas também uma melhor assistência e manejo das relações familiares-vinculares estabelecidas em seus respectivos territórios. Não obstante, atentam para o fato de que a produção do cuidado dada no *setting* domiciliar não garante a **não** ocorrência dos modos tutelares de assistência, ou seja: “[...] atender os sujeitos no domicílio não garante que o cuidado seja liberador e produtor de autonomia” (CÔRTEZ; SILVA; JESUS, 2011, p. 85). Logo, é preciso que a intervenção parta de uma perspectiva desinstitucionalizante, intentando, a todo o tempo, aumentar a capacidade

de contratualidade social e de desenvolvimento de autonomia por parte dos sujeitos de quem cuidamos.

O terceiro e último artigo encontrado, publicado em 2012, sob o título “Signos, Significados e Práticas de Manejo da Crise em Centros de Atenção Psicossocial”, é de autoria de Mônica Lima de Jesus, Vlândia Jamile dos Santos Jucá, Mônica de Oliveira Nunes e Vitória Eugênia Ottoni. Foi publicado pela Revista *Interface (Comunicação, Saúde e Educação)*, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), também de São Paulo/SP.

As autoras apresentam uma pesquisa, realizada nos municípios de Salvador/BA e Aracaju/SE, onde se buscou compreender quais os signos, significados e práticas de manejo de crises evidenciadas no contexto cotidiano de trabalho de equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de ambos os municípios, bem como de familiares de pessoas em sofrimento psíquico “severo” e “grave”. Elas iniciam o texto trazendo uma breve contextualização histórica acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira e do lugar do manejo de crises no contexto da Atenção Psicossocial.

Seguidamente, as autoras sinalizam o que estão compreendendo por “tecnologia de cuidado”, conceito articulado a partir das ideias de Merhy, e que aparece como uma das noções centrais no desenvolvimento do texto. As autoras consideram ainda o lugar que a Intensificação de Cuidados, pautada nas premissas da Clínica Psicossocial das Psicoses, tem em termos de contribuição para toda essa construção. Isto porque a Intensificação de Cuidados pressupõe o acolhimento constante, contínuo e continuado como elemento central de sua intervenção, sendo este também orientado por relações vinculares fortemente estabelecidas na relação usuário-cuidador.

No tópico seguinte, as autoras apresentam algumas considerações teórico-metodológicas acerca da construção da pesquisa e dos resultados que virão a ser apresentados. Na continuidade, o texto parte para a análise do que foi encontrado, subdividindo-se em duas partes, a saber: (1) Signos e significados da crise; e (2) Estratégias de cuidado e dificuldades para lidar com situações de crise. Quanto à primeira parte, as autoras trazem um apanhado sobre a construção da noção de crise, demarcando o caráter polissêmico do termo. Na segunda parte da apresentação dos resultados, as autoras vão nos apresentar as compreensões dos participantes da pesquisa que se centram mais nas estratégias de cuidado e nas dificuldades para manejar situações de crise.

As autoras apresentam como questão central o uso do vínculo no manejo de crises, atrelado a um profundo processo de conhecer e acessar a história de vida dos sujeitos os quais ensinamos cuidar. Provocam-nos, em suas afirmações, a “escutar a crise”, buscando encontrar

na expressão do sofrimento psíquico agudizado de cada sujeito aquilo que este momento tenta comunicar, ainda que na expressão de tamanhos desajustes sociais. Ponderam, assim, que este processo de escuta genuína do que o outro nos apresenta em sua crise possibilita a diminuição do poder psiquiátrico excludente, metaforizado na construção de suas “psicofarmacopeias”.

O artigo é concluído demarcando a importância de investir mais em processos formativos que melhor profissionalizem o cuidado em Saúde Mental e o manejo de crises, evidenciando que este processo pode auxiliar os profissionais junto às famílias, à comunidade e aos próprios sujeitos em crise a produzir o que elas vão chamar de uma “gestão coletiva de crises” (LIMA et al., 2012).

É importante ressaltar que os três (03) artigos selecionados destacam a atenção domiciliar como importante recurso terapêutico na oferta da Intensificação de Cuidados, tomando o domicílio como “lugar de oferta de atenção a todos os envolvidos e como campo de expressão dos vínculos” (SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 83). Tomar o domicílio como locus de cuidado representa o próprio deslocamento do *setting* hospitalar para o território onde vive o sujeito e onde operam as suas relações com o mundo. A atenção domiciliar, portanto, está submetida à lógica da Clínica Ampliada, possibilitando a intervenção e investimento na dinâmica social dos sujeitos a partir do que emerge da relação entre eles e os atores que compõem a sua rede.

Segundo Silva, Costa e Neves (2010), o PIC optou por atuar em espaços pouco convencionais e as estratégias de atenção domiciliar e acompanhamento terapêutico (AT), sobretudo, tornaram isso possível. Embora nos artigos selecionados haja pouca explanação sobre o conceito de AT, os referidos autores ressaltam que se trata de um recurso que possibilita uma clínica em movimento, que rompe com o *setting* tradicional dos consultórios, e que ofereceu aos estagiários do PIC uma condição de exposição a situações imprevisíveis, que exigiram um manejo de múltiplos vínculos e relações.

Os dados coletados também revelam o quanto a clínica operada pelos pressupostos da Intensificação de Cuidados está relacionada ao manejo de situações de crise e nasce para dar uma resposta diferente da internação. Aqui, destacamos uma noção de crise que está para além da agudização da sintomatologia psiquiátrica tão privilegiada para a caracterização do fenômeno. Foi a partir do século XX que outras dimensões da vida do sujeito passaram a compor o entendimento de crise e, então, questões sociais, relacionais, comportamentais passaram a ser reconhecidas como crise também, ampliando a noção para além do campo da Psiquiatria e da circunstancialidade (MOEBUS, 2014).

Como nos lembra Souza (2008), a crise sempre traz uma dimensão do laço social, no sentido da perda ou do esgarçamento dos vínculos. Para o autor, é a configuração do laço social e a posição do sujeito que serão a medida, em última instância, da gravidade e da forma de apresentação da crise, que pode progressivamente produzir ruptura do sujeito com suas redes de suporte social e “processos de incapacitação e invalidação social” (ibidem, p. 111). Assim, a crise exigirá que o profissional agenciador de cuidado⁵ reconheça as várias dimensões da vida do sujeito, que perpassam pela clínica, pela cultura, pelas histórias de vida e pelos recursos disponíveis no seu contexto familiar e social (BRASIL, 2013), tomando o usuário em crise como sujeito ativo nos seus processos de produção de vida, enquanto rede de existências, ao tecer suas próprias redes de sociabilidade e cuidado (MERHY et al., 2014).

Neste trabalho, o entendimento de crise que nos interessa é justamente o que a toma em sua multiplicidade, como um fenômeno produzido nas relações e contextos de vida do usuário, “em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca ineficaz de comunicação” (BRASIL, 2013, p. 100). Ao empregar aqui o termo *crise*, referimo-nos a

[...] sofrimento grave, quase sempre persistente, muitas vezes complicado por comorbidades diversas, clínicas e de álcool e drogas, evoluindo com crises frequentes e de intensidade suficiente para requisitar cuidados que, tradicionalmente, a Medicina nomeia de urgência e emergência (SOUZA, 2008, p.111).

A partir do que é apresentado até aqui, é possível recolher que a crise e seus manejos, como referem Ferigato, Campos e Ballarin (2012), estão imersos em um cenário de conflito – ou disputa –, que emerge da relação de poder que se estabelece entre os diferentes discursos, saberes e técnicas que se relacionam o tempo inteiro na produção do cuidado. A disputa que as situações de crises nos colocam aqui, conforme já sinalizado, é entre a Intensificação de Cuidados e a *necessidade de internamento*. Segundo Lima et al. (2012), são nas situações de crise que o uso da tecnologia leve é radicalizado, convocando os agenciadores do cuidado a promoverem um intenso investimento humano, tomando tal investimento como “promotor de

⁵ O termo “agenciador do cuidado” refere-se aqui a um papel que pode ser incorporado pelo profissional de saúde, mas não está restrito a uma rede formal de saberes instituídos. Segundo Lima (2011), o papel do agenciador “se reflete numa atitude de responsabilização pelo sujeito, questionando a neutralidade científica e a compartimentalização do indivíduo e dos saberes” (p. 122). Com isso, aquele que assume o papel de agenciador – profissional ou não – se vincula afetiva e eticamente com o sujeito em sofrimento e agencia seus processos de cuidado, costurando relações e produzindo outras conexões a partir daquilo se produz no encontro cuidador-usuário.

efetivas mudanças no estilo e, quiçá, nas condições de vida do indivíduo, visando o sujeito” (ibidem, p. 426).

O tópico seguinte tratará dos pressupostos da clínica da Intensificação de Cuidados, ressaltando o seu fazer no bojo do conceito de tecnologia leve de produção de cuidado em saúde.

4 INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS

Como visto até aqui, a noção de Intensificação de Cuidados nasce como um modo de operar a Clínica Psicossocial das Psicoses, a partir da experiência do PIC, na cidade de Salvador/BA, em Janeiro de 2004. O principal objetivo do PIC, como nos dizem Mota e Silva (2007), foi produzir um novo repertório clínico para o modo de atuar junto a pacientes psicóticos, preocupando-se com a consolidação de uma clínica que fosse empírica e que não distinguisse a dimensão subjetiva daquela referente ao pertencimento social. O esforço teórico e técnico, assim, era o de produzir uma forma de pensar a clínica com psicóticos em uma perspectiva ampliada, articulando uma coisa à outra – o psiquismo ao pertencimento social, o pertencimento social ao psiquismo.

Silva (2007) conceitua a clínica da Intensificação de Cuidados como

um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação, bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade (SILVA, 2007, p. 40 citado por SILVA; COSTA; NEVES, 2010, p. 886-887).

Durante quatro anos e meio, o PIC acompanhou 40 pacientes e capacitou 111 profissionais para a atenção à Saúde Mental, dentre os quais 67 psicólogos, 41 terapeutas ocupacionais e 03 médicos, que participaram do programa sob a forma de estágio curricular ou de atividade de extensão. Os pacientes admitidos eram provenientes do HEML e o critério de admissão foi, sobretudo, o ciclo de internações frequentes que caracteriza uma *carreira manicomial*, além da apresentação de intensa desorganização psíquica, precária estruturação familiar e carência social (SILVA; COSTA; NEVES, 2010).

A Intensificação de Cuidados, como nos diz Silva (2007), é uma “clínica que se faz onde o sujeito vive e habita, em seu domicílio e com a sua ‘comunidade’: sua família e seus conhecidos, os sócios com os quais ele compartilha sua vida social” (ibidem, p. 12). É uma clínica promotora de autonomia do sujeito acompanhado, construtora e fortalecedora de

vínculos, potencializadora de redes sociais e mediadora das relações vinculares do sujeito através da articulação de diversos recursos terapêuticos, como já mencionado, entre eles o AT e a atenção domiciliar. Quaisquer dos recursos adotados por aquele que se dispõe a ocupar o lugar de cuidador, comungará do mesmo pressuposto: intensificar os cuidados humanos a partir de uma presença intensa e orientada (SILVA, 2007), executando as ofertas que se adequam às demandas dos sujeitos.

Ao adotar esse tipo de tecnologia de cuidado em saúde, falamos, como sinalizado na introdução do presente artigo, em *tecnologia leve*, ao nos remeter ao processo de relações inerentes a qualquer encontro entre sujeito e profissional que implica em um modo de atuar entre aqueles comprometidos com a produção de saúde através da presença física e afetiva (MERHY, 1999 citado por LIMA et al., 2012, p. 425). Nessa perspectiva, conclui-se ser a Intensificação de Cuidados um fazer fino e sofisticado.

Tomando como referência esta experiência e os norteadores clínico, ético e teórico da Redução de Danos e da Clínica Ampliada, foi implementado em Maio de 2014, em Salvador/BA, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA), o Programa de Intensificação de Cuidados a Usuários Abusivos de Álcool e Outras Drogas (PIC-ad), descrito no tópico que segue.

5 PROGRAMA DE INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS A USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PIC-AD)

Estruturado nos eixos de Atenção, Formação e Pesquisa, o PIC-ad se propôs a aprofundar o conhecimento sobre as tecnologias de cuidado em atenção ao usuário de álcool e outras drogas a partir da observação do cenário da Saúde Mental do referido município. Com base nessa observação, em especial ao modo de atuação dos serviços substitutivos da RAPS, foi identificada a dificuldade dos serviços em atenderem situações de crise e de manejarem efetivamente as demandas de saúde dos casos mais graves e complexos, revelando um buraco no conhecimento acerca da Intensificação de Cuidados para usuários abusivos de SPAs, e em uma consequente precarização das ofertas de cuidado.

Assim, com o objetivo de qualificar os processos de formação de profissionais da área de Saúde Mental e produzir estratégias intensivas para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, o PIC-ad se propôs a ofertar cuidado intensivo aos usuários encaminhados do

ambulatório do CETAD, identificados como sujeitos com comprometimentos graves⁶ relacionados ao abuso de SPAs, ampliando a intervenção da Intensificação de Cuidados, até então restrita ao campo da Clínica Psicossocial das Psicoses, para o campo das toxicomanias.

O PIC-ad dispôs de uma equipe formada por estagiários de Psicologia do Núcleo de Clínica do CETAD e de profissionais de diferentes categorias (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, professores de Educação Física e bacharéis em Saúde Coletiva) que não possuíam vinculação direta com a instituição, atuando no PIC-ad por meio de Programas de Residências ou como profissionais voluntários. Além das idas a campo para a execução do cuidado, o processo de trabalho da equipe era constituído pelos seguintes espaços: grupo de estudos e supervisões (coletivas e individuais).

Os grupos de estudos funcionavam como um momento dedicado ao acúmulo teórico acerca das temáticas que envolvem a Intensificação de Cuidados, a saber: Clínica Ampliada, Atenção Psicossocial, Ética do Cuidado, AT, Atenção Domiciliar, Vínculo como Ferramenta do Cuidado, Atenção à Crise, Atuação no Território, entre outras. Tais discussões não se restringiam apenas a este momento e encontravam nas supervisões espaço para articulação entre a teoria e aquilo que se apresentava a partir do que era vivenciado no encontro com os usuários.

As supervisões eram realizadas semanalmente por 02 (dois) psicólogos do CETAD, Alessandra Tranquilli e Victor Brandão, também coordenadores do Programa, que eventualmente compunham a equipe de campo do PIC-ad, conforme a necessidade dos casos. Como espaços de discussão sobre a condução dos casos, as supervisões almejavam a organização do cuidado através da construção das estratégias a serem adotadas, organizadas e sistematizadas coletivamente em um Projeto Terapêutico Singular (PTS). As estratégias construídas e mediadas pelas supervisões poderiam incluir, sobretudo, o suporte à família, a articulação e a ativação da rede, a atenção domiciliar e o AT.

De Maio de 2014 a Maio de 2017, o PIC-ad acompanhou 15 pacientes e capacitou 23 profissionais que exerceram a função de intensificadores de cuidado, dentre os quais, 03 psicólogos voluntários, 12 estagiários de psicologia e 08 profissionais residentes em Saúde Mental. Tal qual visualizado na experiência do PIC originário, constatou-se uma diminuição do número de internações frente aos usuários acompanhados, sendo que das vezes em que se lançou mão deste recurso, tais episódios ocorreram mediante profunda negociação com os

⁶ Para definir comprometimento grave foram consideradas as dimensões: (1) adesão e manutenção do tratamento, (2) comprometimento biológico, (3) comprometimento psíquico, (4) comprometimento social, (5) comprometimento familiar e (6) comprometimento legal (BUCHER, 1991).

usuários e sem interrupção da oferta de cuidados dos intensificadores do PIC-ad. Em mesma medida, observou-se uma maior qualificação quanto à construção de cuidado por estes profissionais.

O relato que segue abaixo se debruçará sobre a potência dos efeitos da Intensificação de Cuidados a um usuário acompanhado pelo PIC-ad entre Junho de 2014 e Janeiro de 2015. Ressaltamos que este caso foi escolhido tendo em vista os afetos produzidos ao decorrer do acompanhamento, que permitiram a realização de um efetivo encontro entre usuário e intensificadoras de cuidado, reverberando em importantes deslocamentos para todos os sujeitos envolvidos⁷.

6 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em Junho de 2014, o PIC-ad recebeu um dos primeiros usuários assistidos pela equipe. Acompanhado há mais de uma década no CETAD, o usuário que guia este relato foi encaminhado pelo psiquiatra que o acompanhava. O motivo do encaminhamento: era considerado um paciente grave. Tratava-se de um usuário que apresentava uso abusivo de múltiplas drogas desde a adolescência, possuía o diagnóstico de esquizofrenia como comorbidade, um longo histórico de passagem por hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, uma indicação atual de nova internação, laços sociais escassos e, em especial, demandas clínicas que extrapolavam as ofertas assistenciais do modelo ambulatorial de clínica que vinha caracterizando o seu acompanhamento no CETAD. Era, portanto, um sujeito que atendia aos critérios de indicação para a oferta de Intensificação de Cuidados, pois apresentava comprometimentos graves relacionados ao abuso de SPAs.

O pedido mais evidente do usuário no momento em que o PIC-ad passa a acompanhá-lo era o da internação. A dupla que assumiu o acompanhamento – a autora e uma estagiária de Psicologia – escutou o usuário apontar a internação como a solução única que aprendeu a recorrer repetidas vezes ao longo de sua história. No entanto, no decorrer dos sete (07) meses em que a equipe do PIC-ad acompanhou o caso, o usuário não foi internado e passou a pensar por que e de qual forma era possível viver fora dos muros das instituições, que ocupa uma

⁷ A divulgação das informações institucionais presentes ao longo do tópico “Relato de Experiência”, bem como em todo o texto, foram previamente autorizadas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).

função importante para esse e muitos outros sujeitos ameaçados socialmente pela condição marginalizada de *doente mental* e de *usuário de drogas*.

Como foi possível construir com este usuário um trabalho a partir de um modelo de cuidado que se distanciasse da lógica tutelar e produzisse novas formas de subjetivação com alguém que por tanto tempo foi tomado como *objeto* de intervenções?

É preciso escutar o que sujeitos em intenso sofrimento psíquico estão buscando quando falam em internação. Ao se dispor a acompanhar de perto tais pessoas, descobre-se em ato que o encontro com esses sujeitos se faz a partir do sentir. Referimo-nos aqui a uma disponibilidade afetiva do corpo de quem cuida. A cada vez que um sujeito em sofrimento compartilha os seus planos de internação, a escuta de quem acolhe tais conteúdos pode assumir caminhos diversos a depender do lugar que ocupa neste encontro. Uma possibilidade é tomar a solicitação de internação do usuário de drogas como uma busca por abstinência que se encerra em si mesma.

Quando o usuário acompanhado pelo PIC-ad solicitava ser internado, apresentava como principais justificativas as restrições financeiras que encontrava junto à família para sustentar o seu padrão de consumo diário, que o colocava diante da necessidade de reduzir o seu consumo; e a dificuldade de suportar a *fissura* fora do asilamento e do aparato médico. No entanto, a ideia de rompimento com a substância, com quem mantém uma relação que o consome, acompanhava a pretensão de atender a uma expectativa socialmente compartilhada, representada aqui tanto por uma família exausta que não apresentava mais recursos (financeiros e subjetivos) para garantir o seu padrão de consumo, como pela reprodução do discurso biomédico de saúde que contribui para que incluísse em sua fala o desejo de “estar limpo”.

Transmitia-se no pedido do usuário a crença de que só há possibilidade de mudanças quando se está asilado e protegido das ameaças do mundo externo; ou seja, da *vida como ela é*. Para o usuário, era a internação que possibilitava a sua potência de vida, visto que fora dos muros o contexto se apresentava muito aversivo. Eram claras as dificuldades que esse sujeito apresentava para construir autonomia, circular na cidade e organizar a sua rotina. O encontro produzido entre as intensificadoras e o usuário possibilitou que as primeiras entendessem que o usuário esperava que a equipe do PIC-ad fosse seduzida pelos seus *esforços de cura*, as colocando no lugar daquelas que, dirigidas pela lógica da moral, do controle e da normatização, chegaram para ajudá-lo a se “libertar das drogas”.

Kleber Barretto (1998), em seu livro “Ética e Técnica do Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança”, nos ajuda a compreender a relação tão ambígua estabelecida entre a internação e o desejo de “se libertar” que aparece nas solicitações do usuário. O autor aponta que a internação, mesmo em contextos onde não se

configura uma crise, pode oferecer importantes funções de *holding* e acolhimento ao sujeito, possibilitando uma mínima integração e evitando que tanto a família como o paciente se desorganizem, nas palavras do autor, de forma “catastrófica”. Ao longo do acompanhamento, foi possível entender que o usuário reconhecia a instituição como um lugar que poderia oferecer o amparo e a sustentação que não encontrava aqui fora, com a expectativa de uma experiência de constância física e psíquica tão escassa em seu percurso.

Não cabia ética e tecnicamente à equipe do PIC-ad decidir ou não sobre a internação do usuário. Não era isso que interessava à equipe naquele momento. Aqui também não se faz importante discutir a internação como dispositivo de cuidado, suas implicações e desdobramentos, mas toma-se isto como ponto de partida para falar sobre aquilo que sustentou o trabalho com o usuário em questão e o desafio de produzir cuidado fora dos muros institucionais, a partir do paradigma de uma clínica que coloca acompanhante e acompanhado em posições mais horizontalizadas e que entende o sujeito como um *sujeito político*, detentor de direitos e de desejos. O que torna possível essa trama terapêutica na experiência da Intensificação de Cuidados é a **construção do vínculo**.

Para Zygouris (2002), a noção de vínculo difere-se do conceito de transferência pertencente ao campo da psicanálise. O vínculo, nos diz a autora, apesar de não ser uma apropriação da teoria psicanalítica, nasce no campo da experiência analítica. Freud nomeia de transferência o vínculo estabelecido entre dois desconhecidos: o médico e o paciente. Com o desenvolvimento da teoria psicanalítica, rapidamente a transferência extrapola a relação médico-paciente e passa a designar um vínculo específico em relação ao inconsciente, às pulsões e à repetição.

Já o vínculo, continua a autora, é vivenciado, é sentido. Constitui a relação experienciada por dois corpos que existe ainda que não seja analisada ou interpretada, alicerçada pela presença das singularidades de cada protagonista envolvido, que podem, a partir de tais alicerces, estabelecer vínculo ou não. A transferência, como entende Zygouris (2002), é uma das infinitas possibilidades dessa relação e corresponde a um recorte de alguns elementos que possam autorizar a especificidade da leitura através dos conceitos da psicanálise, como um mapa construído para servir como guia do território. O vínculo pertence ao campo do território e não ao mapa. Logo, o mapa pode funcionar, por vezes, como tentativa de afastar o analista dos afetos inerentes às relações humanas e que se fazem o tempo todo presentes, revelando o paradoxo apontado pela referida autora: o analista também faz parte do território e, portanto, o esforço para se manter neutro nesta relação ou preservar a “pureza” do seu fazer é em vão.

Ao propor um acompanhamento mais intensivo ao usuário, a equipe do PIC-ad sustentou a ideia de desenvolver um trabalho centrado na dimensão relacional; logo, estava-se propondo a entrar em contato e a construir territórios – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato⁸ – com, desse e para esse sujeito. Estar mais perto daquele usuário não significava apenas ampliar a oferta de cuidados para fora do ambulatório do CETAD. A presença da dupla de intensificadoras não se reduzia apenas a uma presença física, mas a uma presença afetiva que convoca a um exercício constante da capacidade de entrar em contato com as próprias angústias e as angústias do usuário de uma forma empática. Ou seja, a proposta era, muitas vezes, exercer para o usuário a função de *holding* através de um corpo simbólico, que é simbolizado e simbolizante, e não somente matéria física (BARRETTO, 1998).

Compartilhamos, doravante, da compreensão trazida por Franco e Galavote (2010) de que “o corpo tomado apenas como matéria física, como uma estrutura ou sistema em funcionamento, é insuficiente para uma intervenção eficaz sobre os problemas de saúde que o habitam” (ibidem, p. 4). Os mesmos autores trazem um conceito de *Corpo sem Órgãos*, concebido por Deleuze e Guattari (1996), para introduzir aquilo que chamam de *Clínica dos Afetos*. É um corpo “povoado por intensidades” (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p.8), ao invés de órgãos. Corpo, então, que só pode ser sentido no campo relacional entre os sujeitos, por meio das relações que produz e estabelece, por onde fluem as afecções e deslizam desejos.

Aqui, a ideia de desejo, como propõem Deleuze e Guattari, é de uma força produtiva e criativa do ser desejante. Trata-se, portanto, de um corpo invisível ao “olho retina” (FRANCO; GALAVOTE, 2010), ao olhar clínico-médico que explora, investiga e categoriza as sintomatologias. De um olhar que muitas vezes guiado pelas expectativas do profissional envolvido na produção do cuidado acaba por tornar invisíveis as microevoluções que podem surgir neste campo relacional. Para isso, é preciso reconhecer que tanto o corpo do acompanhado como do acompanhante estão vibrando o tempo inteiro, e o encontro (vínculo) só se dá quando ambos os corpos se permitem afetar e serem afetados.

Ao fazer esse percurso com o usuário, a dupla do PIC-ad tentou ofertar cuidado não a um corpo marcado pelas limitações e estigmas que o diagnóstico de psicótico ou do usuário de drogas lhe impusera, mas colocá-lo no lugar de protagonista desta relação que foi sendo construída a partir do espaço que era dado à sua voz e desejos, em um fazer que tentasse não

⁸ Discutido por Emerson Merhy em diversas publicações, o trabalho vivo em ato se constitui como dispositivo de formação de fluxos-conectivos sem que haja um eixo estruturador por onde se organiza (MERHY, 1997). O cuidado produzido acompanha o desenho que vai se construindo a partir do movimento dos usuários nas diferentes conexões que estabelecem na vida.

perder de vista o favorecimento da sua autonomia e a ativação da sua potência vital. Nossos corpos, enquanto intensificadoras e também protagonistas desta relação, reagiram por meio daquilo que nos afetava de forma singular, nos convocando a colocar em análise as nossas questões e limites. Um trabalho mútuo.

A princípio, o usuário reagiu com estranhamento ao ser convocado a ocupar um lugar diferente da relação médico-paciente que conhecia. A dupla de intensificadoras não o respondia do lugar que, por vezes, ele e a família demandavam. A dupla não tinha respostas, soluções e receitas prontas. Não sabia de antemão o que ia ser possível construir com o usuário. Não tinha interesse em adotar um modelo prescritivo e orientador junto à família. A proposta era pensar junto com eles como poderia caminhar o acompanhamento com o usuário. Estava posto para a dupla o desafio de se colocar em uma relação terapêutica que não fora aprendida na academia e que se distanciava da ideia de um profissional que precisa sustentar um semblante de suposto-saber para garantir a eficácia de um *setting*. O *setting* dessa clínica, no entanto, acontece em ato e onde houver o encontro desses dois corpos que estão unidos por um fim terapêutico.

A persistência e a consistência da presença afetiva e física das intensificadoras possibilitaram que o vínculo fosse estabelecido. Dessa relação, foi ativada no usuário a sua expressão desejante de vida devastada pela cristalização do lugar que ocupara aos olhos da família, daquele que não produz mudanças, do errante e do doente, e do prognóstico pessimista da esquizofrenia que acabava por reduzir as suas possibilidades de reinvenção. Em pouco tempo de acompanhamento, a partir da oferta de uma escuta atenta e empática, a ideia de internação não mais aparecia no discurso do usuário, que passou a falar daquilo que gostava de fazer na cidade onde nasceu e do que pensava em fazer do seu futuro.

Foi através da intensidade dos afetos que circulavam entre as intensificadoras e o usuário que o mesmo começou a apostar na sua potência de agir no mundo de uma forma diferente dessa que vinha lançando mão desde então, marcada pela impulsividade e pela agressividade. Foram inúmeros os pequenos e valiosos movimentos produzidos pelo usuário neste período em que foi acompanhado pelo PIC-ad. A potência do encontro produzido se revelava através da implicação do usuário com as atividades domésticas na cozinha, na sua inserção em outros espaços do CETAD (oficinas terapêuticas e psicoterapia), da sua circulação por alguns pontos da cidade sem a companhia da mãe, do resgate do seu interesse pelo autocuidado a partir da retomada do tratamento odontológico, da ampliação de seus laços sociais, dos *insights* e questionamentos frente à sua condição no mundo e da sua tentativa de diálogo com os familiares que não passasse pelo recurso da violência.

Ao mesmo tempo, tal encontro também produzia nas acompanhantes uma forte energia desejante de ampliação de conhecimentos, de fortalecimento da rede de apoio e de implicação contínua com o pensar o cuidado com e para o usuário. Ressalta-se aqui que com isso não se desconsidera a importância dos cuidados oferecidos através das intervenções psicofarmacológicas, que contribuíram para que o usuário pudesse suportar minimamente alguns de seus sofrimentos e pudesse interagir com seus pensamentos e com o mundo ao redor. O que está posto é que a construção do cuidado em saúde não pode ser exclusiva e excludente de distintas áreas do saber, dado à complexidade do sofrimento em questão.

A partir deste relato, buscou-se evidenciar, portanto, os afetos vivenciados no acompanhamento realizado, que ensejaram deslocamentos distintos e importantes para o usuário e para as intensificadoras. Vale considerar, inclusive, o peso que a dimensão afetiva ocupa na construção deste percurso de cuidado, onde, sem dialogar com os afetos que ali estavam em jogo, não seria possível produzir um cuidado diferente do apresentado nos modelos tutelares e tradicionais. Logo, visualiza-se outra leitura de crise, muito mais simbólica e muito menos enrijecida; outra leitura de *setting*, onde o espaço da intervenção clínica torna-se todo e qualquer espaço onde haja vida; e outra leitura de responsabilização, onde se devolve ao louco a responsabilidade *per si*, mas agora compartilhada, em todo o seu sofrimento, dor e alegrias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de cuidado nos moldes da Intensificação de Cuidados nos faz pensar naquilo que a experiência do PIC-ad inaugura de diferente em um histórico clínico de mais de uma década de acompanhamento a um sujeito psicótico usuário abusivo de SPAs. Por que o usuário em questão respondeu às intervenções de forma a produzir mudanças antes nunca apresentadas?

As ações de saúde promovidas para esse sujeito até aquele momento tinham perdido a sua dimensão de cuidado, tornando-se unidirecional, de escuta empobrecida e esvaziada de interesse no outro, que vinha sendo tomado como objeto da ação do saber médico-científico estritamente biologizante e patologizante. Sair desse lugar prescritivo que tanto nos distancia do sujeito em sofrimento psíquico é reconhecer no outro um ser que carrega vários sentidos em si, para além do sentido que a própria doença carrega, e enxergar nele alguém que detém um saber diferente do seu e que só encontra lugar quando se produz encontro. Encontro esse que, quando autêntico e verdadeiramente interessado, nos coloca o desafio de ultrapassar os muros dos *settings* tradicionais e manejar as diferenças reveladas na alteridade.

Fica evidente, então, que esse modo de estar com tais sujeitos convoca os profissionais de saúde a se deslocarem e, ao fazerem isso, entrar em contato com os seus afetos e afetações. A vivência do afeto nas práticas de cuidado e/ou nas clínicas dos profissionais de saúde, no entanto, ainda é produtora de críticas, desconfianças, desconfortos e dúvidas. Não apenas entre o senso comum, como entre aqueles que constroem esse fazer: os agenciadores do cuidado e os sujeitos cuidados. A própria palavra afeto é tomada com alguma restrição quando descontextualizada de uma produção de cuidado baseada em uma concepção de corpo que se difere daquele que é erotizado ou depositário do saber médico-científico sinalizado. A formação dos profissionais de saúde ainda possui essa lacuna no que diz respeito a pensar a produção de cuidado de outro lugar que não o biologicista, técnico-científico duro.

Assim, ao se colocar disponível para cuidar de alguém em intenso sofrimento psíquico, é importante que o profissional de saúde não apenas saiba reconhecer a diversidade de saberes existente, tomando o sujeito que sofre como produtor e detentor de conhecimentos, experiências e de vida; como possa também apostar que, para alcançar a pessoa a quem nos propomos cuidar, se faz necessário estar em seu mundo e não restrito ao nosso, deixando cair esse papel de profissional de saber absoluto que incorporamos tantas vezes e reconhecer a preciosidade do “não saber” como condição que nos abre portas para inventar a cada encontro. Para isso, é preciso partir do entendimento de que essa premissa não é tão óbvia e não está dada como pode nos parecer a princípio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Alba Riva Brito de. **Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica**. Salvador: EDUFBA, CETAD/UFBA, 2010.

BARRETTO, Kleber Duarte. **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco, 1998. 216 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 16 dez. 2016.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 09 ago. 2017.

_____. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 16 dez. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 26 jan. 2017.

BUCHER, Richard. **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**. 2 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991.

CÔRTEZ, L. A. S.; SILVA, M. V. de O.; JESUS, M. L. de. A atenção domiciliar em Saúde Mental realizada por estagiários de psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Vol. 1**. São Paulo: Editora 34, 1996.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em Saúde Mental: ampliando conceitos. *In: Revista de Psicologia da UNESP*, Campinas, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <http://revpsico.assis.unesp.br>. Acesso em: 23 set. 2016.

FRANCO, Túlio Batista. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.** *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em Busca da Clínica dos Afetos. *In:* Franco, T. B.; Ramos, V. C. (Orgs.). **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

LIMA, Emanuel José Batista de. **O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento.** *In:* SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. (Orgs.). *Psicologia Social e Pessoalidade*, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, ABRAPSO, 2011, p. 109-134. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 mar. 2017.

LIMA, Mônica *et al.* Signos, Significados e Práticas de Manejo de Crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, p. 423-434, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 26 jan. 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** *In:* MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112. Disponível em: <http://www.uff.br>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MEHRY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In:* **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br>. Acesso em: 23 set. 2016.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. **CRISE - Um Conceito Constitutivo para a Saúde Mental.** *In:* GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). *Pesquisadores IN-MUNDO - Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*, Porto Alegre: Rede Unida, 2014, v. 1, p. 43-54. Disponível em: <http://www.revpsico.assis.unesp.br>. Acesso em: 23 set. 2016.

MOTA, E.; SILVA, M. V. de O. **Entrevista com Eduarda Mota e Marcus Vinícius Oliveira, Supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos.** *In:* SILVA, M. V. O. (Org.). *In-tensa Ex-tensa: a Clínica Psicossocial das Psicoses* (pp. 15-36). Salvador: LEV/FFCH/UFBA, 2007.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. **Editorial.** *In:* SILVA, M. V. O. (Org.). *In-tensa Ex-tensa: a Clínica Psicossocial das Psicoses* (pp. 11-13). Salvador: LEV/FFCH/UFBA, 2007.

SILVA, M. V. de O; COSTA, F. R. M.; NEVES, L. M. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, 2010.

SOUZA, Políbio José de Campos. **Resposta à Crise: a experiência de Belo Horizonte.** *In:* NILO, K. *et al* (Orgs.). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia, Belo Horizonte, p. 111-129, 2008. Disponível em: <http://www.portalpvh.pbh.gov.br>. Acesso em: 01 mar. 2017

ZYGOURIS, Radmila. **O Vínculo Inédito.** São Paulo: Escuta, 2002. 80 p.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
 Departamento de Patologia e Medicina Legal
 Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
 Rua Pedro Lessa, 123. Canela
 40.110-050 Salvador, Bahia-Brasil
 Tel.: 55 71 3283-7180/7181 e-mail: cetad@ufba.br



Salvador, 11 de setembro de 2015.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **George Hamilton Gusmão Soares**, Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), declaro que fui informado dos objetivos da Pesquisa "*A produção de cuidado a usuários abusivos de álcool e outras drogas na clínica dos afetos: relato de experiência entre a Intensificação de Cuidados e a Redução de Danos*", de autoria da aluna Lorena Pires Guimarães, matriculada no Curso de Especialização **Atenção Básica à Saúde Mental**, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta Instituição. Vale ressaltar que, como Instituição coparticipante desta Pesquisa, poderemos revogar esta autorização, a qualquer momento, caso seja comprovado algum prejuízo à esta Instituição ou que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta Instituição. Declaro também que não receberemos quaisquer remunerações por esta autorização, bem como os participantes não receberão qualquer tipo de pagamento.

Atenciosamente,

George Hamilton Gusmão Soares
George Hamilton Gusmão Soares
 Coordenador Geral
 CETAD / UFBA
 SIAPE: 1095625