

Produção da história de vida em ambulatórios para tratamento de dependência com drogas: notas etnográficas¹

Wander Wilson
Doutorando em Ciências Sociais (antropologia) pela PUC-SP

Resumo:

Esta comunicação traz algumas reflexões e hipóteses a partir de minha pesquisa de doutorado, ainda em andamento, intitulada "Uma anarqueoetnografia entre hábitos, adições, dependências e prazeres com drogas e/ou substâncias". A pesquisa está sendo realizada por meio de trabalho de campo realizado em dois ambulatórios para tratamento de dependência com drogas, ambos vinculados à departamentos de psiquiatria de duas universidades públicas da cidade de São Paulo. Cada campo teve duração de um ano acompanhando o funcionamento dos serviços de saúde. Esta apresentação foca nas reuniões de equipe dos profissionais de saúde e nas falas dos usuários de drogas em tratamento que frequentam grupos terapêuticos. Durante a experimentação etnográfica, notou-se que as falas sempre variavam em tradução, o que alguém disse sempre muda um pouco quando retorna pela boca de outro, incluso aqui, o caderno de campo que transcreve. Uma das expressões recorrentes nos serviços de saúde era "história de vida". A partir dessas experimentações de campo, busca-se delinear algumas possibilidades sobre como se fundam coletivamente estas "histórias de vida" dos usuários de droga em tratamento.

Palavras-chave: drogas, história de vida, saúde mental

Quem ouviu a história também está na história, são várias versões da história
Djonga

Quem conta um conto aumenta um ponto
Ditado popular

Em minha pesquisa de doutorado em andamento, intitulada "uma anarqueoetnografia entre hábitos, adições, dependências e prazeres com drogas e/ou substâncias", parti de experimentações de campo realizadas em duas diferentes instituições de tratamento para dependências com drogas, cada qual vinculada a duas grandes Universidades da cidade de São Paulo. Este tipo de espaço perpassa por um

¹ Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF.

misto entre tratamento de saúde, ensino e pesquisas universitárias. Ambos os serviços são atrelados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, gratuitos. Estas instituições serão aqui chamadas respectivamente de A1 e A2; e o nome das pessoas ali envolvidas será mencionado por suas iniciais ou por sua profissão, entendidas como uma posição, um ponto geográfico em meio as relações existentes.

Cada ambulatório tem uma especificidade. A1 está instalado em um hospital psiquiátrico, cravado no coração de um enorme complexo hospitalar. No hospital, os ambulatórios são realizados somente às terças-feiras, e os pacientes ficam em tratamento a partir do fim da manhã, quando começam terapias individuais e grupos terapêuticos. A chegada ao prédio do hospital-escola psiquiátrico se dá com uma apresentação na recepção, que distingue cada pessoa por meio de um adesivo que diferencia os tipos de pessoas autorizadas a circular por ali entre visitante – etiqueta que recebi durante um ano – ou paciente, que recebe um código de barras e uma numeração chamada de Rgx², isto após registro e cadastro realizado posteriormente ao processo de triagem, o que produz um paciente.

Este ambulatório tem uma premissa teórico-terapêutica mais unitária: a Teoria Cognitivo-comportamental. A abstinência também aparece como o resultado terapêutico mais desejável, embora não apareça como uma exigência por si só no campo discursivo. Ela é requerida por uma “segurança diagnóstica” capaz de classificar o momento atual de um tratamento de saúde mental. Os pacientes, da entrada pela triagem até a possível alta, perpassam grupos específicos seguindo uma ordem dada para todos. Respectivamente: grupo de motivação, grupo de tratamento e grupo de cuidado. Os deslocamentos são realizados por meio de uma avaliação baseada em critérios de análise motivacional³.

² X assume aqui o lugar do nome do hospital.

³ A motivação é avaliada por categorias da Teoria Cognitivo-comportamental, divididas em: pré-contemplação, contemplação e ação. O estágio pré-contemplativo se define pela não-intenção em alterar o comportamento de uso de drogas. A contemplação implica na consciência do problema, reconhecimento dos prejuízos e falta de compromisso para a ação. Entre a contemplação e ação, pode existir uma fase de preparação, onde a intenção de tomar a ação se forme. A ação é uma modificação ativa do comportamento, no caso, o estabelecimento da abstinência ou estratégias concretas para alcançar este fim. Após a fase da ação, deve-se dar a manutenção do comportamento, e por fim, como aprendi no grupo de família com uma explicação dada pela assistente social coordenadora do grupo, acontece a recaída e o usuário volta a usar o que chamam de “substância de escolha”. A recaída é parte do tratamento e este movimento se dá em forma de uma espiral ascendente em que se deve aprender com cada nova recaída. O Sujeito acaba sendo produzido no interior de um circuito ininterrupto de seu comportamento que termina com uma queda, ou, mantém uma queda iminente nas suas proximidades.

Já A2, está incrustado em meio a um complexo hospitalar, mas também vincula-se a um hospital universitário, com menos verbas do que o primeiro. O bairro em que está localizado é povoado de pequenos ambulatórios, cada um localizado em uma casa com aparência relativamente comum, espalhados e descentralizados, misturando-se com lanchonetes, restaurantes, serviços de comércio, obras do metrô, vida universitária, etc.; estar no meio do bairro já é como estar dentro de um complexo ambulatorial-hospitalar.

O ambulatório possui dois pilares. O primeiro, a compreensão psicodinâmica, que entende a dependência como parte da vida do sujeito, o que exclui a droga como um problema em si. Esta explicação coloca o problema em um contexto. Por psicodinâmica, também se entende tudo que é uma *percepção-psi* não médica. O segundo, a redução de danos, que compreende o uso de drogas como prática que pode causar danos a si mesmo, mas que pode ser manejado por meio de uma ética de cuidado. Isto pode incluir ou excluir a abstinência como resultado desejável. É um serviço de porta semi-aberta, que funciona de segunda a sexta. Costuma abrir pelo período da manhã e encerrar as atividades à noite, em horários flexíveis.

Nesta comunicação não detalharei o funcionamento de cada ambulatório. Este texto parte de uma mistura com base em um tema recorrente nos dois espaços, um tipo de experimento de escrita mais relacional. Em ambos os ambulatórios fala-se o tempo todo da “história de vida” de um paciente. Tal expressão designa uma linearidade que une acontecimentos de um tempo cronológico vivido a um corpo designado por um nome próprio. Nesta perspectiva, as reuniões de equipe operam como espaço comum à presente análise.

As reuniões dos profissionais da saúde para discussão de casos, por mais que apresentem suas singularidades, parecem compor certo tipo de mitologia do paciente, para dela partir e então estabelecer um fundamento. As discussões de caso comumente se iniciam partindo do prontuário médico do paciente, no entanto, cada profissional também traz outras histórias, provenientes do contato que tiveram com o paciente em atividades terapêuticas anteriores, numa caminha pelo corredor, ou em conversas com as secretárias. Em alguns casos, o prontuário é abandonado neste momento inicial, e mesmo quando não o é, dele se desfazem a todo instante, pois não é a escrita que está em jogo, mas a fala e a escuta entre os profissionais de saúde repercutindo aquela entre profissionais e pacientes. A grafia é importante, traz uma visualidade ao par fala-escuta. A percepção ganha outras modulações. O prontuário acumula informações vindas de todos os profissionais, produzindo o que em conversa com um psicólogo desta

instituição, chamamos conjuntamente de “ficção coletiva”. Registram-se diagnósticos, reações, relatórios de serviço social com moradia e renda, medições de exames, consultas com terapeutas diversos... O prontuário também tem uma função jurídica de proteger tanto o profissional de saúde, quanto a instituição, de possíveis acusações no âmbito legal. Este documento pode ser reivindicado pelo paciente para utilização de qualquer fim. “O prontuário é do paciente”, dizem nos serviços. Documento ao mesmo tempo, jurídico e de saúde, ficcional em sua realidade.

Os prontuários entram como registros das discussões: para deixar arquivado e também criar uma historicidade clínica capaz de fundar um procedimento terapêutico, com controle de oferta do serviço em relação a demanda do paciente. O registro é também parte das discussões, ajuda a fixar a enorme circulação de palavras que ocorre em um ambiente de saúde mental. Mesmo quando dele se parte, é preciso abandoná-lo em alguma medida para que se faça o fluxo de palavras se deslocar em variação. A fixidez quebra a produção, por isso o prontuário é consultado; um entrecorte entre a circulação de palavras com aumento de velocidade e o resgate do projeto que quebra. Até para produzi-lo é preciso abandoná-lo. Ele é apenas ponto de partida para reuniões. Sem abandonar o registro, não se avança em sua própria produção. As discussões e a circulação de palavras o ultrapassam, e ultrapassam a própria reunião. Elas estão nos corredores, nos cafés, nos locais autorizados para consumo de tabaco, do lado de fora da instituição.

Cada uma das histórias e perspectivas evocadas para a “ampliação do entendimento do caso”, expressão que ouvi em ambos os ambulatórios, parte de um discurso inicial do paciente, do que ele próprio fala. Sua própria perspectiva entra neste jogo. O que se fala sobre o paciente varia o tempo todo, as palavras que o próprio paciente diz se alteram minimamente, as roupas que usam podem ser trocadas, algumas de suas habilidades podem ser evidenciadas ou esquecidas, os próprios diagnósticos psiquiátricos ressaltados ou não.

No A2, por exemplo, criou-se a aparência de A., paciente usuário de cocaína que cursa faculdade de Agronomia, a partir de um apelido dado internamente: Agrobay. Chegou-se a falar, em uma reunião, que ele usava botas, cintos com fivelas grandes e roupas típicas de um peão de Barretos, entretanto, nunca observei tal paciente entrando no serviço com uma vestimenta que não fosse calça jeans e camiseta preta. Se algum dia ele usou aquelas roupas, já não usava mais. O exemplo parece banal, muito corriqueiro, mas chama a atenção exatamente neste ponto: como elementos mais cotidianos vão se

transmutando nesta confecção falada do paciente. Partir deste ponto não significa atribuir à mitologia um falseamento da realidade. Trata-se de pensar a variação discursiva em tradução. Realidade como produção na variação dos enunciados e circulação das palavras.

Outro relato que me chamou atenção, ocorreu também em A2. Uma psicóloga relatou uma história de recaída de M. da seguinte maneira: “Teve uma vez que ele recaiu, mas foi só um dia. Não sei nem se dá pra chamar de recaída. Um amigo foi na casa dele e ele disse até que quando olhou pro amigo viu uma cerveja gigante.”. Eu estava no grupo em que a situação ocorreu. M. era usuário de álcool e foi encaminhado para tratamento de dependência com esta substância diretamente da enfermaria do Pronto Socorro Psiquiátrico. Tentou se matar logo após a empresa que abriu com o seu filho entrar em falência. Tomou vários remédios para isso. Seus dois filhos não falavam mais com ele, embora um morasse em sua casa. Segundo ele, a experiência de quase morrer o tinha deixado mais vivo. Após um mês em abstinência, um amigo que não via há muito tempo foi a sua casa fazer uma visita. Quando abriu o portão disse, pelo que consta em meu caderno: “Quando vi ele pensei que queria tirar um dia e tomar um porre com ele. Eu não sabia outra coisa para fazer com ele que não fosse beber cerveja”. A parte da cerveja gigante foi um comentário da própria psicóloga em tom de humor: “Olhou pra ele e viu uma cerveja gigante, né?”. A interpretação se misturava à história.

Aqui, os comentários parecem diferentes. Um invoca uma representação de uma pessoa na figura da cerveja. Coloca a cerveja no centro da relação. A outra coloca um problema relacional. O amigo queria beber com ele. Ele não sabia outra forma de estabelecer uma relação com aquela pessoa que não passasse por uma ação específica, a de beber cerveja. A cerveja ganha estatutos diferentes também. Na primeira, ganha a forma de uma representação sobre o amigo – “ele é como se fosse uma cerveja gigante”. Na segunda, aparece a ação de um objeto virtual que compõe a relação da amizade junto às duas pessoas. Outros pontos de vista que partem do mesmo enunciado ainda podem ser considerados. O próprio caderno de campo entra na transformação dos fatos. Sem a intenção de chegar ao fato social - o exterior da relação -, cabe pontuar que existe um Wander que escreve agora sobre tudo isso, nome colado a uma área de saber chamada Antropologia.

As histórias também circulam pelos corredores. Algo ouvido você conta para o outro. Uma vez brinquei com o psicólogo amigo de A2 que não se fazia saúde sem fofoca. Além das risadas, ele concordou comigo: “Sem dúvida!”. Isto porque, o que se

faz na instituição, é exatamente falar sobre a vida de alguém. Contar o que se contou. Relembrar a mesma história pela quinquagésima vez. A memória é uma ilha de edição, como lembra o poeta Wally Salomão.

Os próprios pacientes, às vezes, podem contar a história de um jeito e enfatizar menos um tópico em outra sessão. Um destes contou que o irmão havia se suicidado e que lembrava constantemente disso. Na outra semana, quando questionado sobre isso, disse que nem lembrava mais desta história. Ac. chorou em outro grupo ao contar sobre a morte do cachorro de sua mãe, falando que estava mal com o ocorrido. Na outra sessão, mencionou que não havia sido nada demais.

Isso também coloca a questão da simulação. No caso de Ac., a terapeuta que acompanhava o grupo cogitava manipulação, performance, querer chamar atenção e coisas neste sentido. Quando se entra no jogo de fabricação de histórias de vida, há um *a priori* de que existe algo a mais, de que existe outro sentido, de que os pacientes mentem, que não conseguem falar sobre certas questões, etc. Colocá-las em termos de produção não é inverter a dissimulação do paciente para o profissional, estabelecendo um regime de mentiras, e sim, observar como uma história de vida é produzida sob um regime de variação da oralidade.

Para Lévi-strauss:

(...) todo mito é, por natureza uma tradução. Origina-se de outro mito proveniente de uma população vizinha mas estrangeira, ou num mito anterior da mesma população, ou ainda contemporâneo, mas pertence a outra subdivisão social (...) que um ouvinte trata de demarcar, traduzindo-o a seu modo, em sua linguagem, pessoal ou tribal, ora para dele apropriar-se ora para desmenti-lo, e deformando-o sempre, portanto. (...) Encarado de um ponto de vista empírico, todo mito é a um tempo primitivo em relação a si mesmo e derivado em relação a outros mitos; não se situa *em* uma língua e *em* uma cultura ou subcultura, mas no ponto de articulação destas com outras línguas e outras culturas. De modo que o mito não é jamais de *sua língua*, é uma perspectiva sobre uma *língua outra* (...) (LÉVI-STRAUSS, 2011: 621-622).

Os mitos que Lévi-Strauss estudou foram produzidos por meio de regimes da oralidade, apesar de colhidos por antropólogos e convertidos em textos escritos. Pode-se pensar, por aqui, que esta fala variada, este telefone sem fio terapêutico, é produzido também por esta questão oral. Relaciona-se ainda com a escrita, quando pensamos nos registros de prontuário. É um regime da fala sob variação que aparece internamente aos ambulatórios. Produção de histórias de vida como mitologias que produzem e se

referem a um Eu individual, ao mesmo tempo em que estão circulando com seus efeitos semióticos por um âmbito coletivo.

Um dos pacientes do A1 entrou no serviço para interromper seu uso de cocaína. À revelia da intenção do serviço, usou a maconha como automedicação para segurar momentos de fissura com a cocaína. Em um grupo de motivação informou que enrolava um cigarro de maconha e dava de “2 a 3 pegadas por dia”. Na sala de supervisão estavam debatendo se ele ainda fumava maconha. Um psicólogo disse: “Está usando sim e o seu uso é intenso.”. No entanto, 2 a 3 pegadas em um baseado é uma quantidade, uma amostra de tipo quase estatístico; “intenso” já é uma qualidade atribuída.

Pode-se também colar ou não em um discurso de um familiar, e variar com isso o discurso do próprio paciente. No A1, o paciente C., jovem de 18 anos e usuário de maconha havia saído de casa por discussões com a mãe e estava dormindo na casa de um amigo. A mãe foi ao serviço e falou que o filho comprava grandes quantidades de maconha e estava traficando drogas. A equipe aderiu ao discurso da mãe momentaneamente na discussão de caso sobre C., no entanto, quando abordado, C. afirmou que comprava grandes quantidades para não ter que ir à “biqueira”⁴, pois considerava um ambiente desagradável. Esta informação começa a perder importância ao longo das reuniões, mas sem que uma discussão ponha fim no assunto, apenas se adentra em uma dinâmica de variação contínua da fala na produção do caso do paciente.

No A2, E. foi a consulta com a mulher. Ambos haviam perdido um filho que teve um problema genético na gestação e obtiveram uma autorização judicial para o aborto do feto. Na consulta, a mulher disse que brigavam muito, discutiam, e que ele algumas vezes falava em se matar caso houvesse uma separação. Por sua vez, nos grupos de acolhimento, E. relatava o mesmo tipo de briga, com a mulher gritando que iria matá-lo. A história da mulher mobilizou toda uma reunião como verdade, orientando medidas e aconselhamentos por parte da Assistente Social sobre violência contra a mulher. No entanto, nas reuniões seguintes, esta questão perdeu importância para o seu caso e, todas as vezes que isso foi discutido outros aspectos eram ressaltados.

A diferença para com as mitologias compreendidas a partir de Lévi-Strauss é a de que o enunciado varia na tentativa de que ele se acople a um fundamento oriundo da prática científica, mesmo que fugaz. Nas *Mitológicas*, os mitos variam entre si e por si, são as suas forças de aliança que interessam. Por isso que Lévi-Strauss pode afirmar que

⁴ local para compra de drogas.

“Não pretendemos, portanto, mostrar como os homens pensam nos mitos, mas como os mitos se pensam nos homens, e à sua revelia” (Idem, *ibidem*: 31), e ainda ir mais além ao propor que o sujeito poderia ser dissolvido e assim, os mitos se pensariam *entre si*. O mito do qual Lévi-Strauss parte para derivar os livros destas sequências é apenas um mito de referência, não é um mito de origem de todos os outros mitos, é apenas uma variação sobre a variação, agenciamento da multiplicidade.

Nos serviços de saúde a questão poderia ser traduzida da seguinte forma: Como dar à multiplicidade um fundamento? Fundar é “fundar a representação”, entendendo a diferença como “mediatizada, submetida, acorrentada, em suma *fundada*” (LAPOUJADE, 2015: 48). As diferenças correm soltas por trás do fundamento, sem que isto implique na profundidade do fundamento, mas em um sem fundo do fundamento. Estas diferenças estão em um âmbito pré-individual, “onde não existe o genérico”. É uma questão propriamente ontológica.

Estas diferenças ressoam a de um mito maior e um mito menor:

E se o mito da grande tradição, o mito submetido a uso maior pelas filosofias e religiões do mundo (o mito bíblico que Ricouer joga contra Lévi-Strauss) é o portador do dogma e da fé, do *credo quia absurdum*, o mito menor de Lévi-Strauss (o mito ameríndio em seu devir feiticeiro) ilustra a máxima duplamente inversa de Henri Michaux: “é mentira mesmo quando é verdade”. Como podemos testemunhar (...) a distância entre religião e magia é muito maior do que aquela entre religião e ciência. (VIVEIROS DE CASTRO, 2015: 171).

Viveiros de Castro faz referência à distinção de Gilles Deleuze, onde a diferença não se dá por uma questão numérica. “O que define a maioria é um modelo ao qual é preciso estar conforme: por exemplo, o europeu médio adulto macho habitante das cidades... Ao passo de que uma minoria não tem modelo, é um devir, um processo. Pode-se dizer que a maioria não é ninguém.” (DELEUZE, 2008: 214). O mito menor é arrastado por uma conexão de alianças incessantes; devir-feiticeiro que é abertura, descentramento, dissipação, mistura. O mito maior passa por este modelo conformativo, pelas vias das escrituras, pelas vias do fundamento da interpretação. Tudo com uma vinculação a uma grande unidade que se reencontra por todo lugar, e com a qual tudo deve se ligar. Transcendência das alturas.

O filme *Rashomon*, de Akira Kurowawa, lançado em 1950, também explora uma variação discursiva ao estilo da elaborada por Michaux. A história é sobre um estupro e

um assassinato, contado por meio de *flashbacks* conforme a versão de quatro personagens: o acusado, o samurai assassinado, a esposa do assassinado e um lenhador sem nome. Ao mesmo tempo, a história também é recontada para um plebeu por um lenhador e por um sacerdote. O interessante da sucessão de histórias é que elas variam e se desencontram. O espectador é incapaz de determinar uma verdade em si. A verdade fica vinculada a um ponto de vista.

Esta vinculação com as escrituras pode ser estabelecida pelo fundamento primeiro dos diagnósticos se encontrarem em manuais estatísticos de procedência científica. Comum nos serviços de saúde mental brasileiros, temos a referência dupla do CID-10⁵ e do DSM-5⁶. O CID funciona para uma padronização burocrática, enquanto o DSM compõe a racionalidade e a análise dos transtornos para produzir um diagnóstico. Nos prontuários são registrados os transtornos e as patologias, a partir da nomenclatura desenvolvida no CID, entretanto, nas discussões de caso, corriqueiramente, evocam-se critérios de análise provenientes do DSM-5.

O diagnóstico pode aparecer por esta ação de fundar. Em ambas as instituições pesquisadas, discute-se que o problema com as drogas remete, ou pode remeter, a outros problemas de ordem psíquica. Aí entram as comorbidades psicopatológicas e outros problemas da ordem da psiquê. M., do A1, tem parte de seu problema com cocaína articulado por meio de um transtorno de ansiedade generalizada anterior; F. e Cr., do A2, por conta de abusos sofridos na infância, respectivamente, por um familiar nunca mencionado e pela tia. Diversos outros processos se articulam ao porque uma pessoa desenvolve tal comportamento, reescrevendo a história e aglutinando o que se foi ao que se é, na produção do eu e sua respectiva psiquê⁷.

⁵ A primeira revisão ocorreu em 1900 e, até a sua quinta versão, o manual trata das causas de morbidade (LAURENTI, 1994). A partir da sexta edição, são incorporados vários novos tópicos, tais como: nascido vivo, perda fetal, períodos e mortalidade infantil, neonatal, perinatal, materna... Passa-se a incluir doenças não fatais, deslocando-se de uma preocupação central com a morbidade para uma preocupação do âmbito dos “problemas com a saúde”. Por meio destas alterações a classificação passa a ser chamada de “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde”. O CID-10 é a sua décima revisão, versão em vigência no momento em que realizou-se a pesquisa de campo.

⁶ A American Psychiatric Association (APA) produziu o *Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais*, o DSM, no ano de 1950. O DSM trouxe uma maleabilidade ao conceito de doença mental com a introdução da expressão “mental disorder” - traduzida no Brasil como transtornos mentais. O Manual encontra-se atualmente em sua quinta versão, chamada de DSM-V (Cf. SIQUEIRA, 2009).

⁷ Outros povos produziram a personalidade em relação a multiplicidade de forma bem diferente. No lugar da identidade do EU, os ameríndios – principalmente os amazônicos -, possuem um pensamento conceitual expresso em seus mitos que coloca cada pessoa diferindo de si mesma. No pensamento selvagem, a “auto-diferença é a propriedade característica dos agentes cosmológicos” (VIVEIROS DE

Este ser anterior, constituído pelas comorbidades psiquiátricas ou pelos desarranjos e traumas psicossociais, pode ser encontrado em ambos os ambulatórios. Uma psicóloga do A2 referenciou em uma sessão: “É preciso ver o que vem antes da droga, quais são as comorbidades, e daí ver uma medicação. Se a pessoa não quiser tomar medicação também é possível, mas aí tem que se implicar ainda mais no tratamento”. Do outro lado, no A1, o uso de cocaína de H. aparece como resultado de uma busca individual para conquistar uma habilidade social que não possui. H. é muito tímido, começou a trabalhar muito cedo, e não consegue se relacionar com outras pessoas quando não está sob efeito da cocaína. Por mais que um diagnóstico de fobia social estivesse sempre rondando o paciente (do ponto de vista da equipe, não externado, tal qual a maioria das hipóteses diagnósticas), a possibilidade de uma timidez não patológica também anda junto com a análise.

AC. era usuário de crack e costumava fumar umas pedras, penhorar seus bens – como seu notebook e outros objetos – e passar até três dias na cracolândia. Isto se dava porque AC entra em contato com uma entidade quando fuma crack. Quando tinha nove anos, havia bebido quando entrou em contato com essa entidade pela primeira vez. Depois, descobriu que a ligação com esta entidade era mais rápida quando fumava crack. Entrou nesse processo de viver na relação com a entidade de forma intensa. Traduzia muito pouco da experiência e do momento que vivia o encontro, era avesso a passar pelo médico, indo apenas a grupos de acolhimento. Tinha muito receio do diagnóstico. Mesmo não diagnosticado oficialmente, a psicóloga coordenadora tratava internamente a entidade como fruto de uma experiência psicótica, que segundo o coordenador do A2 é a “quebra com a realidade partilhada com nós”. Se a unidade da realidade se mostrar quebrada é preciso refundá-la, mediando a experiência por meio da compreensão diagnóstica da psicose.

A psiquiatria ocupa o centro dos serviços de saúde, pois, no fim, ela é a fiadora do diagnóstico que se extrai e produz a realidade (por mais que os diagnósticos acabem se dissolvendo, se reencadeando, ou mesmo deles fugindo em alguns momentos). Em uma aula que assisti durante a liga de farmacodependência⁸ foi ensinado aos estudantes como

CASTRO, 2015: 57). Não uma natureza invariável com uma diversidade de pontos de vistas, mas um mundo que varia mediante posição do sujeito em determinado momento. São outros regimes ontológicos, outras forças, outro corpo pleno estabelecido.

⁸ Liga são instituições de estudantes de medicina que, com supervisão muito próxima de médicos já formados e/ou residentes mais experientes, começam a atender pacientes para o aprendizado do tratamento. Existem ligas de *n* especialidades médicas. Esta liga faz parte de A2.

realizar um exame psíquico, correlato do exame físico de outras áreas da medicina. Este procedimento avalia certo número de tópicos específicos da pessoa, dentre eles: atitude, memória, humor, pensamento, apresentação, linguagem, orientação e consciência.

Para esta análise, um dos tópicos é de suma importância: a unidade do EU. Este item está contido na avaliação de orientação, dividida em dois outros itens: avaliação alopsíquica e autopsíquica. A alopsíquica corresponde à orientação tempo-espacial fora do psiquismo, relativo muito mais a geografia. A autopsíquica divide-se em três novos itens. O primeiro é a identidade do EU, correlativo a: “Responda a esta pergunta, quem é você? Eu sou fulano, tenho 33 anos.... ontem eu era eu, hoje sou eu, amanhã serei eu, sou uma pessoa só”. O segundo é a atividade do eu: “Eu vim até aqui, não existe força incontrolável que me mova”. E o terceiro e último é a oposição eu-mundo: “Eu sou eu, vocês são vocês. Não existe correlações cósmicas, energéticas entre eu e você. É preciso separar o eu das coisas”.

Apesar desta unidade, é preciso ver também um discurso circulando que diferencia mundos. Ouvi a expressão “o mundo da droga”, por mais de uma vez, em um grupo de acolhimento de A2. Cr., após ter usado crack depois de meses de abstinência, o que considerava pelo conceito de recaída, dormiu três dias na rua novamente, vendeu seu celular e seu relógio para comprar mais crack, e assaltou um supermercado para comer. Segundo ele, este é o “mundo da droga”, e quando saiu deste mundo, voltou para o “mundo da sociedade”. O conceito foi amplamente debatido e creditado pelos pacientes que acompanhavam o grupo, desenvolvendo novas conexões possíveis. “O mundo da droga tem outras regras, como lidar com o traficante, onde se pode fazer xixi na cracolândia, por exemplo” disse E. O pensamento foi se deslizando no sentido de uma imaginação conceitual.

Usuários de drogas chegam a afirmar com certa frequência uma outra percepção temporal no uso de sua droga: “comecei a beber e quando vi já tinha bebido muitas garrafas”, afirmou LD., no A2. No outro ambulatório, LC. disse “fumo a primeira pedra [de crack] e quando vejo já estou há dias, mas não percebo os dias passando”. LD. ainda expande o seu enunciado: “É uma relação de intensidade, o amanhã simplesmente não existe naquele momento”. Este tipo de fala é bastante corriqueiro; um tempo comprimido ou mesmo estendido. William Burroughs (2005), nos anos 1940, ao escrever o seu livro *Junky* e relatar seu uso com opioides, chegou a falar que os *Junkies* viviam outra temporalidade, o tempo da *Junk*. *Junkie* era o termo de sua época para tratar daqueles que usavam opioides como um “estilo de vida” e *junk* o termo para se

referir aos opioides propriamente ditos. Não se trata apenas de regras, mas aparece nos discursos uma diferença de tempo e de mundo.

O filme *T2- Trainspotting*, lançado em 2017 sob direção de Danny Boyle, prossegue com os personagens do primeiro filme, lançado durante a década de 1990. A apresentação do personagem Spud, usuário de heroína, coloca as questões nestes termos. Spud estava contando como voltou a usar a substância em um grupo de apoio formado somente por usuários. Conta que estava trabalhando na construção civil, realizando trabalhos manuais que oscilavam entre carpintaria e consertar encanamentos. Não era o que sonhava, mas fazia, pois precisava de algum rendimento. Voltou a encontrar com o filho e manteve a vida “segurando as pontas”. Um dia chegou ao trabalho e foi demitido por ter chegado uma hora atrasado. Depois, chegou uma hora atrasado no INSS para explicar que havia perdido o emprego, depois chegou uma hora atrasado no recurso contra a perda dos benefícios. Narra outros atrasos até perceber que o problema era o relógio. Eles estavam adiantados para o horário de verão. Não reparou no ajuste anual do horário. Diz que esta não é uma prioridade quando se está no uso. Útil para fazendeiros, não para *junkies*. Tempo de utilidade e tempo no uso.

Uma história, narrada comumente por um psicólogo e que ganha um estatuto de exemplo: “Fulano me disse que quando bebia uma cerveja, de repente se vivia bebendo vinte, falei para ele que não é isso que ocorre, mas ele para e abre uma lata, bebe uma cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, e assim vai até a vigésima lata.” Ocorre aqui a operacionalidade de uma máquina de tradução e conversão, no estabelecimento de um fundamento, o tempo cronológico. O tempo não é somente sequencial, ele também varia e se produz em relações. Conversão de uma realidade em outra. Encadear acontecimentos no tempo e vinculados a um sujeito compreendido como substância, espécie de essência de uma singularidade corpórea, pode ser entendido como parte deste jogo que consolida mais ou menos esta unidade do EU.

Uma variação temporal, que no ocidente normalmente chamamos de história, tem sua tradição na Antropologia. Pode-se pensar nas diferenças de passagem do tempo histórico apresentadas por Lévi-Strauss (1993b) em *Raça e História*. Ele fala de histórias quentes e frias, segundo um critério de lentidão, diferença de velocidades entre o que entendemos por mundos modernos e ameríndios. Latour fala sobre a ciência como produtora de temporalidade e escala:

“A maior parte das dificuldades que temos na compreensão da ciência e da tecnologia provém da nossa crença em que o espaço e tempo existem independentemente como estruturas inflexíveis de referência em *cujo interior* ocorreriam acontecimentos e lugares. Essa crença impossibilita entender que diferentes espaços e diferentes tempos podem ser produzidos (...). (LATOUR, 2011: 356).

Impossibilidade de sintetizar os tempos de práticas científicas diferentes, de separar tempo e espaço, história e geografia. Espaços-tempos de mundos diferentes em agenciamentos com sua heterogeneidade de conexões. O que vai se constituindo entre a variação das falas, a tradução de mundos e a produção de um tempo é uma máquina de interpretação que atua para produzir uma estabilidade. Varia-se para fundar. O tempo tem muita relevância neste quesito. O tempo mítico dos povos estudados por Lévi-Strauss é próprio. Não existe um “quando do mito”. Não se vincula ao calendário. Mesmo quando se é um mito de origem, ele funciona como algo que dispara. No entanto, ele não é definido em uma linearidade do tempo, é apenas um começo.

Isso, eventualmente, também aparece na boca de profissionais da saúde. Em A2, discutia-se um caso sobre um homem que estava há cinco anos na instituição por problemas com álcool, oscilando entre períodos de abstinência e períodos de consumo diário, que chega a uma garrafa de cachaça. Nos últimos tempos, ele apresentava uma ressonância magnética de redução global do cérebro, o que significa um cérebro menor do que o tamanho convencional. No entanto, mesmo antes deste diagnóstico, ele mencionava que ficava abstinente por meses. Uma terapeuta ocupacional disse sobre sua fala: “ele vive em outro tempo, o que para ele são meses, para nós são dias”.

A unidade do EU, categoria do exame psíquico, também aparece vinculada a esta questão. Produz-se uma linearidade para se produzir um contínuo do eu, ligado a um nome próprio. Por isso, uma das atividades que pode se encontrar em um serviço de saúde mental é exatamente chamada de “linha do tempo”. Ela trata exatamente da produção de um *quando*. Coloca-se, distribuídos por datas, os acontecimentos da vida de uma pessoa, exatamente para poder observar este encadeamento. Outra variação desta atividade é produzi-la em função da trajetória dentro da instituição, indicando o dia em que chegou e o que foi acontecendo durante este período, a linearidade do tratamento e as correlativas transformações do sujeito.

Por este caminho, é possível entender porque as noções de cotidiano, rotina e dia-a-dia ganham muita força em ambos os ambulatórios. Em A1, acompanhei muitas falas sobre organizar o cotidiano do paciente, principalmente no ambiente de internação. Não

acompanhei os pacientes internados em suas rotinas hospitalares, mas ouvi o discurso sobre pacientes que conhecia do ambulatório e estavam internados naquele momento. Um destes era C., que não conseguia emprego e era usuário de crack. Morava em um quarto nos fundos de uma casa com a mãe, o padrasto e o irmão. A mãe era cuidadora de uma idosa que morava na frente. De tempos em tempos C. morava na rua consumindo crack e álcool, principalmente. Agora estava internado. A assistente social comentou com a residente de Terapia Ocupacional que ela deveria ajudar a organizar a rotina de C., para quando ele saísse da enfermaria. Isto é, ajudar a ocupar o tempo, no cotidiano, nos dias, nas semanas, nos meses, no calendário.

Neste sentido, a Terapia Ocupacional é um campo extremamente importante da saúde mental. Ela é descrita como aquela que atua “sob o fazer”. Pejorativamente, é retratada como aquela que faz massinha, pinta cartazes, monta cestinha com palito de sorvete. Não que estas atividades não estejam incluídas, mas, quando existem, elas estão vinculadas a uma proposta terapêutica em relação à ocupação, ao cotidiano e ao fazer. Diferem das psicoterapias porque essas atuam sobre a fala. Embora uma discussão sobre isso, em A2, tenha revelado que para a Terapia Ocupacional a fala também é um fazer. No entanto, nas psicoterapias é uma questão de linguagem. Trabalha-se sobre a fala a partir do dito e do não-dito, tentando extrair significado ou sentido também daquilo que não foi expresso.

Em A2, um dos grupos de motivação, coordenados por uma Terapeuta Ocupacional, estabelecia que cada um propusesse metas para serem realizadas em uma semana. Elas não deveriam ser relacionadas ao uso de substâncias. Parar com a droga não é uma meta válida. Com isto, produz-se no tempo. Não é dentro do serviço que a maior parte das coisas acontece, mas no movimento de dentro para fora.

A explicação para este tipo de atividade parece se encontrar em uma fala que apareceu em outra sessão do mesmo grupo. F, uma mulher que fazia tratamento para álcool e cocaína, frequentava o setor de adultos e morava com sua companheira. Era de classe média, tinha cerca de 40 anos, diplomada em Psicologia e trabalhava com culinária naquele momento. Disse, um dia, que o tratamento havia mudado totalmente sua vida, que estavam aparecendo oportunidades de trabalho. Sua vontade de cheirar cocaína havia passado. Considerava a bebida como um gatilho, algo que a disparava para a cocaína. A última vez que bebeu sentiu vontade, mas dizia que não era uma fissura, o que seria uma necessidade mais visceral. A coordenadora respondeu a sequência de seus comentários com: “É preciso cuidar no dia-a-dia”. É preciso produzir

um contínuo de cuidado sobre a sua saúde, ou sobre a sua saúde mental. É o contínuo do tratamento.

Uma comparação com um material que poderíamos chamar de “histórico-etnológico”, produzido por Michel Foucault, parece válida aqui. As análises de Michel Foucault (2012) sobre as instituições psiquiátricas estavam bem localizadas no que o pesquisador francês chamou de “Sociedades Disciplinares”, cuja extração de docilidade e utilidade dos corpos se dava em espaços fechados (hospícios, prisões, escolas, casernas) e cuja vigilância ocorria em um contínuo, isto é, valia-se da normatização disciplinar em um arquitetura específica de modo a se produzir um hábito (2007; 2010; 2012). O corpo, a vida e o tempo são alvos e objetos de ocupação. Para isto, se está perpetuamente sendo olhado por alguém; olhar, visibilidade e luz como percepção e materialidade desta maquinaria. Daí decorre uma importância da escrita, que tudo registra para uma informação sempre acessível, garantindo um princípio de onivisibilidade e produzindo um duplo com corpos revestidos pelo “plasma gráfico da escrita” (Idem, 2012: 61).

Este regime de visibilidade, de um olhar, mesmo que virtual, se relaciona a um aspecto individualizante deste tipo de poder. A função-sujeito se acopla a uma singularidade corpórea e projeta uma psiquê de fundo⁹. Produz-se um indivíduo que será observado. Na Sociedade de Soberania, o exercício de poder se dava pela individualidade do soberano e por alvos que são multiplicidades, como terras, pessoas, moinhos e estradas. Os corpos sobre os quais o poder é exercido são tidos muito mais por uma posição que ocupam – filho de alguém, burguês de tal cidade – do que em relação a uma individualidade. Nas disciplinas é preciso produzir essa individualidade observável, grafada. No limite, produção de respostas à pergunta: “quem é você?”.

Estas transformações vão ocorrendo de maneira lateral. Foucault (2012) utiliza muitas vezes a expressão “parasitar” para definir a entrada do poder disciplinar em meio

⁹ “Na verdade, o indivíduo é o resultado de algo que lhe é anterior e que é esse mecanismo, todos esses procedimentos que vinculam o poder político ao corpo. É porque o corpo foi subjetivado, isto é, porque a função-sujeito e fixou nele, é porque ele foi psicologizado, porque foi normalizado, é por causa disso que apareceu algo como indivíduo, a propósito do qual se pode falar, se pode elaborar discurso, se pode tentar fundar ciências”. (FOUCAULT, 2012: 69) Pode-se notar, por meio de trabalhos etnográficos, um “self” colocado ao conceito de psiquê, relacionado a uma singularidade corpórea e ao mesmo tempo dela descolado (renovação da antiga dualidade corpo e alma) foi um trabalho bem específico deste constructo que chamamos de ocidente. Strathern, por exemplo, a respeito dos povos melanésios do Monte Hagen comenta: “O EU interno é manifestado pelo corpo, não divorciado dele. Se as decorações comentam a relação entre o interior e o exterior, elas não implicam uma dicotomia entre espírito / corpo ou essência / matéria, de modo a tornar o primeiro mais crucial para a identidade pessoal do que o segundo” (STRATHERN, 1979: 250, tradução pessoal).

a soberania. Esta lateralidade era composta por uma série de “ilhas”, como instituições religiosas, monásticas, irmandades, oficinas... A centralidade do poder disciplinar se dá principalmente ao longo do século XVIII, mas a parasitagem ocorre paulatinamente. Um dos exemplos citados é o de que a disciplina militar só emerge na metade do século XVII, ou seja, um exército esquadrihado no quartel e sua derivada ocupação do tempo. No século XVIII, principalmente com o exército prussiano, surgem os exercícios corporais do exército: adestramento para a marcha, para a resistência corporal, para trabalhar os movimentos elementares. Não era uma imitação da guerra, mas o adestramento do corpo.

Há uma relação aqui com o hábito disciplinar. Este deslocamento por espaços fechados era importante para a produção de um hábito a partir de uma ocupação no espaço que era, também, uma ocupação do tempo. Tempo na fábrica, na escola, no asilo. Entretanto, o hábito disciplinar era produzido em uma interioridade fechada. Os ambulatórios são um espaço onde é possível ensaiar para fora. Isto envolve também uma racionalidade e um cálculo. A ocupação do tempo pode ser planejada dentro, mas, mesmo que apareça como uma repetição de exercício, faz-se lá fora. Com estas considerações, não pretendo afirmar que não existam aspectos disciplinares permeando os ambulatórios. Você chega a um serviço, fica sentado esperando, frequenta um grupo e permanece sentado por uma hora meia: é visualizado por profissionais. Não se toma remédios distribuídos pelo tempo sem uma produção de disciplina. São quatro, cinco, seis comprimidos ao dia, distribuídos por horários. São forças de produção disciplinar. No entanto, elas se recombinaem, deslocam, aglutinam-se, modulam. Esta importância dada ao falar e escutar investe em outra região ao mesmo tempo corporal e incorporeal. Nossa tradição associou o par fala-escuta à uma psiquê individual, que, clinicamente, pode ser chamada também de cognição. A região sobre a qual as forças incidem parecem estar deslocadas. Isso não impede que algo se conjugue.

Este fim está aberto, traz algumas hipóteses de uma pesquisa em movimento. A própria Terapia Ocupacional é mais importante do que consigo desenvolver. Isto porque não pude acompanhar atividades diretas desta área. Foi um dos poucos espaços que não tive autorização, em nenhum dos dois ambulatórios. Acompanhei apenas os resultados de suas discussões por meio das reuniões de equipe e convivência com as profissionais (sempre eram mulheres). Em A1, logo que comecei, a terapeuta ocupacional que fazia a supervisão da residência pediu demissão. Isso fez com que esta área ficasse sem supervisão durante um ano, o que também me impedia de ter muito contato.

De todo modo, parece que uma noção de tempo cotidiano parece fundamental para este funcionamento. Cuidar-se e Ocupar-se aparecem em relação. Quanto às drogas, separar o tempo que ocorre no uso de drogas, do tempo ele mesmo, como sinônimo de linearidade, é retirar a realidade do primeiro. Aqui, pode-se fundamentar as drogas como fuga da realidade, como ilusão. É preciso diferenciar um mundo de natureza única com o surgimento de um tempo natural, regulado por um fenômeno humano e cultural: o calendário. Hoje em dia o horário de verão já se atualiza sozinho nos aparelhos digitais. Talvez Spud não tivesse tantos problemas se tivesse acesso a este aparelho.

Bibliografia

BURROUGHS, William. 2005. *Junky*. Tradução de Ana Carolina Mesquita. Rio de Janeiro: Ediouro.

DELEUZE, GILLES. 2008. *Conversações*. Tradução de Peter Pål Pelbart. São Paulo: Ed. 34.

FOUCAULT, Michel. 2007. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Rio de Janeiro: Vozes.

_____. 2010. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 2012. *O poder psiquiátrico*. Tradução de Salma Tannus Muchail e Márcio Alves da Fonseca. São Paulo: Martins Fontes.

LAPOUJADE, David. 2015. *Deleuze, movimentos aberrantes*. Tradução de Laymert Garcia dos Santos. São Pauo: n-1.

LATOUR, Bruno. 2011. *Ciência em ação*. Tradução de Ivone C. Benedetti. São Pauo: Ed. Unesp.

LAURENTI, Ruy. 1994. “Pesquisa na área de classificação de doenças” in: *Saúde e Sociedade* v.3 n.2. São Paul: USP Faculdade de Saúde Pública

LÉVI-STRAUSS, Claude.1993. “raça e história” in: *Antropologia Estrutural Dois*. Tradução de Maria do Campo Pandolfo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____. 2011. *O cru e o cozido (mitológicas v.1)*. Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Cosac Naify

SIQUEIRA, Leandro Alberto de Paiva. 2009. *O (in)divíduo compulsivo: uma genealogia na fronteira entre a disciplina e o controle*. São Paulo: PUC-SP.
Dissertação de Mestrado

STRATHERN, Marilyn. 1979. "The self in self-decoration" in: *Oceania vol XLIX n.4*.
Sidney: Oceania publications.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2015. *Metafísicas Canibais*. São Paulo: Cosac
Nify: n-1