

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

A clínica da delicadeza: atividades de vida diária no CAPS AD III

CAMPINAS – SP

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

KEZIA PEREIRA LOPES

A clínica da delicadeza: atividades de vida diária no CAPS AD III

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana T. Onocko Campos.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Ellen Cristina Ricci

CAMPINAS – SP

2019

## AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família, por sempre incentivar a menina sonhadora.

Ao grupo de supervisão da Bahia a Floripa, cada um apresentando sua singularidade e somando uma equipe de saúde mental potente.

Às irmãs que ganhei na residência, Angela e Kelly, gratidão por tantos momentos compartilhados.

As mulheres que estiveram presentes no meu processo de formação e transformação Rosana, Ellen, Eloisa, Jaqueline, Juliana e Sandrina. Mostrando o quanto somos fortes.

Aos trabalhadores do CAPS AD Antônio Orlando, por apoiar os meus primeiros passos na Saúde Mental.

Aos trabalhadores do CS Vista Alegre por toda confiança.

Aos trabalhadores do Centro de convivência Tear das Artes.

Aos orientadores Bruno, Ellen e Rosana, por todo conhecimento compartilhado.

E principalmente a todos os usuários do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial, pela confiança e a construção do cuidado.

## RESUMO

No contexto político brasileiro o cuidado do aos usuários de substancia traz a mudança de paradigma com a implantação da Redução de Danos como abordagem norteadora a essa população. O Terapeuta Ocupacional que trabalha na clinica AD trabalha a relação do uso dentro do cotidiano do sujeito, bem como processos de reinserção social e autonomia. Diversos são os desafios a ser enfrentados, iniciando da política de drogas que atualmente temos e a formação dos profissionais para tal área. Considerando a relevância do tema, este trabalho apresentará um estudo de caso como meio norteador vivenciado pela residente, terapeuta ocupacional, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UNICAMP em 2017. Pretende tecer reflexões sobre a atividade de vida diária como forma de cuidado e redução de danos partindo da clínica da Terapia Ocupacional em Saúde Mental.

## ABSTRACT

In the Brazilian political context the care of the users of substance brings the paradigm shift with the implementation of the Reduction of we give as a guiding approach to this population. The Occupational Therapist working in the AD clinic works on the relationship of use within the subject's daily life, as well as processes of social reinsertion and autonomy. Several are the challenges to be addressed, beginning with the drug policy we currently have and the training of professionals for this area. Considering the relevance of the theme, this work will present a case study as a guiding medium experienced by the resident, occupational therapist, of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health and Collective Health of UNICAMP in 2017. It intends to provide reflections on the daily life activity as a form of care and harm reduction starting from the Occupational Therapy in Mental Health clinic.

## SUMÁRIO

Apresentação	7
Introdução	9
Política sobre drogas	11
Objetivo	14
Metodologia	14
Resultados	15
Breve relato do encontro	15
O Banho	18
Alimentar-se	20
Recursos para as ações de RD	21
O CAPS AD III	23
Conclusão	24
Referências	25

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”  
Carl G. Jung

## **Apresentação**

O presente trabalho representa parte do processo ao longo dos dois anos vividos como residente no programa Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp.

Como descrito por Oury (1991) nossa escolha profissional passa por diversos eventos em nossas vidas. Sendo assim, durante o processo de formação no programa de Residência de Saúde Mental da Unicamp, somos convocados a refletir sobre o nosso itinerário, compreendendo como nossas experiências íntimas e coletivas refletem nas escolhas que fazemos sobre os campos profissionais.

Vinda da periferia de São Paulo, formada em escola estadual, bolsista da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, engajada no movimento estudantil e na defesa do Sistema Único de Saúde, experimento durante a faculdade de Terapia Ocupacional o atendimento a pessoas em vulnerabilidade social entre outras situações, após diversas experimentações escolho aprimorar minha clínica na área da saúde mental. Estando na residência multiprofissional da saúde mental da Unicamp pude experienciar na prática e na teoria o que me toca, assim como nos relata Bondía (2002), somos território de passagem, marcado e deixando marcas, formado e modificado a partir das escolhas feitas.

Em meu primeiro ano escolho me inserir no CAPS AD III, localizado na região noroeste de Campinas. O CAPS AD Antônio Orlando nasceu através da luta dos moradores da região do Campo Grande, periferia de Campinas, que também faz apoio à região Sudoeste, visto que, não há CAPS (espaço físico) para essa região. No período em que estive o serviço dividia seu dispositivo de Leito Noite com o outro CAPS, que no momento estava com o seu funcionamento na modalidade de CAPS II.

Aqui destaco o momento político vivenciado nesse período, para além da questão nacional e o retrocesso da política de saúde mental, enquanto município a rede

de saúde mental de Campinas vivenciou cortes nos orçamentos, ocasionando restrições de gasto e conseqüentemente gerando demissões de profissionais, restrições das refeições para os usuários dos CAPS, diminuição dos materiais, resultando em mudanças cruciais para a qualidade do cuidado ofertados aos usuários.

Pude experimentar a dinâmica do serviço 24 horas, o papel de referência, terapeuta ocupacional em atendimentos de grupo e individual, além dos matriciamentos e atividades no território com os Redutores de Danos.

No segundo ano vivenciei os espaços de entrada da rede de cuidado em saúde, estive no Centro de Saúde Vista Alegre região sudoeste, sendo ele um dos primeiros centros de Saúde de Campinas, que também nasce com a luta dos moradores do território. Conta com 4 de equipes, que atende o dobro do número de população que é recomendado pelo ministério da saúde, localizado em uma zona periférica, de grande vulnerabilidade social e diversas ocupações e também estive no Centro de Convivência Tear das Artes. Estando em outra lógica de atuação sentia-me interessada a desenvolver ações aos usuários de substâncias de outras formas, utilizando os ensinamentos do CAPS e a potência do território, conhecendo novos modos de vivenciar nessa clínica. Experimentei grupos no Centro de Saúde e a construção de um grupo de comunicação em parceria com o CAPS AD Sudoeste e o Centro de Convivência, além dos acompanhamentos de referência e atendimentos individuais.

Desafiada pela clínica AD, elenco vivenciar meu eletivo em Portugal e Barcelona, focando nas abordagens internacionais de redução risco e minimização de danos, assunto esse de grande questionamento no nosso país, e extremamente necessário o desenvolvimento e avanços para qualificar o cuidado de qualidade aos usuários de substâncias. No compilado dessas experiências transcrevo reflexões de uma jovem Terapeuta ocupacional no cuidado aos usuários de substância a partir da redução de danos.

A escolha do tema diz respeito à vivência de situações que me marcaram, meu afeto na clínica AD diz do espaço de vulnerabilidade e onde os sujeitos em sua maioria estão, bem como os serviços em que escolho ser inserida, a complexidade da clínica que passa das questões biológicas e torna-se política e social. Afetada com a proposta

da redução de danos e o diálogo que vejo entre a RD e a clínica da terapia ocupacional, me desafio a transcrever e compartilhar minha experiência.

## **Introdução**

A Redução de Danos (RD) é uma abordagem utilizada internacionalmente em relação ao uso das drogas, que visa minimizar os danos sociais e de saúde causado pelo uso de substâncias, respeitando o direito do indivíduo e a sua autonomia, partindo da não obrigatoriedade da extinção do uso. (É de lei, 2014).

O modelo da Redução de Danos traz a mudança do paradigma do cuidado aos usuários de substâncias, no ponto clínico, ético e político, centrando suas ações nos direitos humanos, rompendo com a idealização de exterminar as drogas e seus usuários, entendendo que as substâncias sempre estiveram presentes no nosso cotidiano e o uso pode ser ou não prejudicial. Tornando-se uma estratégia de vinculação de acesso aos usuários a rede de saúde, contrapondo as práticas de exclusão ou internações compulsórias, tendo compromisso com a saúde pública, é uma terapêutica de baixa exigência, pois não há requisito de abstinência obrigatória para o acompanhamento (Teixeira et al, 2017).

As ações de Redução de Danos estão regularizadas a partir da portaria do ministério da saúde nº1. 028 de Julho de 2005, na contramão temos às contradições da legislação penal sobre drogas no Brasil, de teor proibicionista e centrada na abstinência do consumo.

As demandas no campo do cuidado aos usuários de substâncias são multidisciplinares, entre estes estão os profissionais de Terapia Ocupacional. A formação do Terapeuta Ocupacional abrange os pressupostos da política e da necessidade da clínica de Álcool e outras drogas, visto que estão aptos a atuar na área da saúde, da educação e no campo social. (Silva et al., 2015)

O Terapeuta Ocupacional analisa o cotidiano e a atividade humana, entendendo-a como um conjunto de ações que demandam capacidade e materialidade, que estabelecem mecanismo interno para sua realização. Pensa-se no homem como ser social e singular e no processo terapêutico estabelece um sistema de relação, que

envolve a construção da qualidade de vida cotidiana, de acordo com a percepção subjetiva do indivíduo sobre seu bem-estar, cidadania e empoderamento em relação ao seu direito enquanto pessoa civil em uma determinada sociedade. (Brunello, Lima e Castro, 2001)

Entendendo que a substância faz parte do cotidiano do sujeito, a Terapia Ocupacional partindo da lógica de redução de danos trabalha a relação da substância e do sujeito dentro das suas atividades cotidianas, como melhor gerenciar o uso e buscando novos interesses e ocupações que podem estar desfavorecidas ampliando o repertório ocupacional e habilidades sociais, visando sempre autonomia e independência do sujeito e sua ocupação no meio social. (Silva et al., 2015)

A visão em relação às substâncias parte de uma construção social. As substâncias psicoativas sempre estiveram presentes na nossa sociedade, a aceitação das substâncias está relacionada aos valores culturais, históricos, sociais e políticos, não necessariamente ao risco e propriedades da droga representa.

Em relação ao campo da saúde, se faz necessário entender os impactos do uso sobre a vida dos indivíduos e às diferenciações entre os padrões de consumo. Entendo que existem usos diversos das substâncias, que podem levar a problemáticas diferenciadas, dependendo do sujeito e do contexto onde este está inserido, sendo assim inspiram cuidados diferentes.

Nota-se que a complexidade desta questão nem sempre é considerada e, para diversas abordagens neste campo, a diferenciação entre usuários e dependentes é associada à noção de “falta de limites”, que pode ser influenciada pelo julgamento moral, construído socioculturalmente (Marques e Mângia, 2010)

## Política sobre drogas

Historicamente a política estabelecida no Brasil posiciona-se ainda retrógrado de combate às drogas. Retomando a política nacional sobre drogas observam-se medidas judiciais focando a repressão e criminalização, como por exemplo, a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização em 1980, dirigido pela secretaria de segurança. Partindo da lógica de controle e criminalização sem quer envolver a saúde e o cuidado amplo a essa temática (Tedesco e Souza, 2009). Em 1998 cria-se a Secretaria Nacional *Antidrogas*, vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República, mostrando assim o modelo em que o país lidava com a questão das drogas.

Com o movimento da reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, pós-ditadura militar, como resultado das lutas sociais temos os novos modelos de atenção à saúde implantado, em 1988 legalizado na constituição federal a Lei 8080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e em 2001, a Lei 10.216, que marca a mudança no cuidado em saúde mental, contra o modelo manicomial. Embora ainda se trate especificamente da temática de drogas a partir dessa lei definem-se os tipos de internações: voluntária, solicitada pelo paciente; involuntária, pedida por terceiro; e a compulsória, determinada pela Justiça (Teixeira et al, 2017).

Já em 1989, deu-se à primeira tentativa brasileira de fazer funcionar um programa de trocas de seringas entre usuários de drogas injetáveis, em Santos - SP. No momento havia um aumento na prevalência de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis, essa foi a primeira ação de Redução de Danos no Brasil, sobre coordenação do ministério da saúde (Andrade, 2011).

Em 2001 foi instituída a Política Nacional Antidrogas do país. Apresentando esse prefixo *anti* drogas, que denota uma posição proibicionista visando uma *sociedade livre do uso de drogas* ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Paralelamente ocorria a III Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foi deliberado à necessidade da elaboração de uma política para a atenção à saúde de pessoas usuárias de

substâncias, juntamente com as estratégias de cuidado humanizado e territorial aos usuários da saúde mental.

Somente em 2003, o tema das drogas, foi reconhecido como problema de saúde pública, a partir da publicação da “Política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas/MS”, dialogando com o modelo de saúde mental, visto que usuários de drogas eram internados em hospitais psiquiátricos. Surge a necessidade de pensar o cuidado a esses no novo modelo de saúde, adotando a Redução de Danos como estratégia de intervenção prioritária (Teixeira et al, 2017). Com isso, em 2004 foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política instituída em 2002, por meio de fóruns e dados epidemiológicos, sendo aprovada uma nova Política Nacional sobre Drogas em 2005. Modificando o prefixo “anti” para “sobre” drogas, refletindo nova compreensão técnica-política.

No ano seguinte 2005, as ações de RD foram regulamentadas pela Portaria nº 1.028/MS10, apostando num modelo direcionado à oferta de cuidados, que minimizem as consequências adversas do uso de drogas para o indivíduo e a sociedade; reduzindo riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo de drogas (Teixeira et al, 2017).

Suscitando mudanças na abordagem às drogas, provocando realinhamentos do título de políticas e setores governamentais afins: de Política Nacional Antidrogas para a Política Nacional sobre Drogas; de Secretaria Nacional Antidrogas e da Política Nacional Antidrogas, podendo assim partir de uma nova identidade na abordagem ao tema, movimento consolidado com o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas resultando explicitamente em 2006, com a Lei 11.34316, que extinguiu a pena de prisão no caso de posse de substâncias ilícitas para uso próprio, com ênfase às ações de prevenção, tratamento e reinserção social.

Já nos alertava Lancetti (2014) sobre o desafio da Redução de Danos, enquanto política esta é fortemente divergente da política de combate às drogas, no âmbito da saúde, está em sintonia com as experiências sanitaristas em defesa da vida.

Observa-se que a política de drogas e de redução de danos no Brasil teve seus momentos de avanços e recuos, conforme o momento político do país. (Andrade, 2011). Em 2011 com a Portaria 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, fica

evidente o financiamento e incentivo para abertura de novos serviços, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), referência no cuidado dos usuários de drogas e seus familiares, o qual oferta acompanhamento clínico e terapêutico no território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (Brasil, 2011).

Em 2018 foi aprovada a resolução que prevê a realização de estudos para realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL). Fica o fio da esperança para novos avanços clínicos, políticos e sociais.

Tedesco e Souza (2009) retomam a questão clínica e política, sendo estâncias que se distinguem, mas não se separam, sendo assim necessário questionarmos quais políticas estamos afirmando quando adotamos um determinado modelo de clínica. Questão essa de grande valia no âmbito da saúde mental.

Em decorrência das políticas que tornam as drogas ilícitas, impede o controle de qualidade das substâncias e impondo condições inadequadas para o seu consumo, além de disseminar o discurso homogêneo sobre os malefícios das drogas, dificultando o diálogo e a busca de informações mais ampla. Além de dificultar a procura por assistência e estigmatiza os consumidores, não aborda o uso recreativo e, nesse circuito, a maconha mais próxima de sua condição natural tem se constituído em um meio, explorando a dualidade que a droga impõe de ser remédio e veneno, de trazer prazer e sofrimento. (Lima, 2010)

A sociedade deposita nas drogas todos os males, subentende que a pessoa que faz uso de drogas está infringindo a regra social, sendo um cidadão inferior, fraco, inadequado, pois o modelo de cidadão moralmente bem sucedido não deve depender de uma substância. (Tedesco e Souza,2009)

A partir da portaria 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 o CAPS AD III torna-se lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares de substâncias, de base comunitária, aberto, com o funcionamento na lógica do território, e com disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de

semana e feriados, por 12 (doze) horas ininterruptas diurnas, oferecendo o cuidado no leito noturno em momentos de crise (Brasil, 2012). Contando com a Rede de atenção psicossocial e o SUS trabalhando na lógica da redução de danos, este e outros equipamentos como o consultório na rua passam a ocupar o papel de grande cuidado em saúde dos usuários bem como potencializar seus projetos de vida e reinserção social.

Estando nesse espaço enquanto Terapeuta Ocupacional, realizei intervenções em grupos e individuais, explorando a potência do sujeito e seu repertório de vida.

## **Objetivo**

Objetiva-se, a partir das experiências no cuidado aos usuários de substâncias, apresentar reflexões em relação à contribuição da clínica da Terapia Ocupacional através das atividades cotidianas e o seu diálogo com a Redução de Danos.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo qualitativo, partindo da análise da minha experiência nesses dois anos enquanto residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental, através dos registros do diário de campo. Além da realização do levantamento bibliográfico nas bases de dados: Scielo e Lilacs. No âmbito da Terapia Ocupacional foram consultados os acervos da Revista de Terapia Ocupacional da USP e os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. A busca foi baseada nos seguintes descritores: Terapia Ocupacional e Drogas, Redução de Danos, Terapia Ocupacional e CAPS AD.

Minayo (2001) aponta que a abordagem qualitativa aprofunda-se nos significados das ações e relações humanas, que permite com que o pesquisador entre em contato com histórias e representações dos sujeitos. Em relação ao trabalho de campo, é o resultado das inquietações da pesquisadora, que nasce da vivência cotidiana resultando então em sua pesquisa.

## **Breve relato do encontro**

*Estava eu no espaço de convivência do CAPS, era a minha primeira semana no serviço, observando todas as atividades que ali ocorria me deparo com a cena de uma conversa entre um usuário e um profissional da equipe, a comunicação não verbal de ambos os corpos demonstravam uma conversa conflituosa, ambos de braços cruzados, com um distanciamento significativo, semblantes sérios, uma conversa pontual, logo o usuário sai do serviço e tal profissional volta aos seus afazeres do plantão de um CAPS AD.*

*O usuário será chamado de Canarinho, rapaz de aparência jovem, loiro, olhos azuis, magro, não tão alto, andava com sua mochila azul, calça jeans, camiseta e chinelo em condições precárias de higiene. Seu corpo parecia ter mais anos que seu rosto, apresentava uma deambulação prejudicada, devido às feridas no pé, cabisbaixo, com pouco contato visual, a tensão muscular era evidente por todo seu corpo.*

*No dia seguinte Canarinho volta ao serviço procurando pela profissional, me aproximo e convido-o para o grupo de música que estava ocorrendo no momento ele aceita participar do grupo. Canarinho acompanha o grupo cantando, não aceita tocar instrumento ou escolher uma nova música, em alguns momentos fica somente observando e por vezes questiona quando iria ocorrer a conversa com a profissional. Após esta conversa Canarinho vai embora.*

*Intrigada com esse modo de usar o serviço, pergunto a profissional quem é o Canarinho, a profissional que é sua referência, relata que Canarinho é um usuário antigo do serviço, mas, com pouca vinculação às atividades, está em situação de rua em um bairro afastado do CAPS e isso prejudicava seu acesso, além da dificuldade de vincular com os profissionais da equipe. Recorro ao prontuário, Canarinho é o filho mais novo de uma prole de 4, sendo seu irmão mais velho já falecido, por questões com o tráfico, tem 23 anos, nascido em Campinas, perdeu sua mãe aos 9 anos e foi criado pela avó e seu padrasto, sofreu violências físicas quando criança pelo padrasto, motivo pelo qual iniciou seu percurso na rua, com 13 anos foi detido por tráfico de drogas.*

*Participava do grupo de culinária e liang gong no CAPS. Observo que sua passagem pelo CAPS era dada sempre próxima ao seu aniversário e após passava meses sem vir, voltando somente no fim do ano. Há relatos da dificuldade de vincular com Canarinho, sendo ele uma pessoa quieta, mas, por vezes agressivo, tendo episódio de levar uma faca ao CAPS e ameaçar alguns usuários.*

*Aproximo-me de Canarinho, o mesmo não tinha uma constancia de dias e horários para estar no serviço, então sempre que o avistava na convivência tentava conversar, a princípio ele questionava a presença da sua referência, quando dizia o horário no qual ela trabalhava ele dizia ser difícil essa dinâmica, aponto que poderia ajudar também, mas, Canarinho diz que sou jovem e ele é difícil que não iria suportar ser a referência dele, digo que podemos tentar e convido para o grupo de culinária que iria acontecer o qual eu participava, ele diz não ter interesse e que iria embora, tento fechar um próximo encontro dizendo os dias que estou no CAPS.*

*No dia seguinte Canarinho retorna com o mesmo pedido de conversa com sua referência e aceita que eu participe desse momento, sua demanda para a referência vinha do desejo de tomar banho e fazer sua barba, a mesma relata que precisaria passar esse pedido para o plantão e isso iria ser no horário do almoço, mas, ele poderia esperar no serviço, Canarinho se irrita com a devolutiva dizendo que não poderia esperar que por vezes já fizesse esse pedido e sai do serviço.*

*A profissional referência relata que é assim que Canarinho se coloca no serviço e isso dificulta a vinculação. Converso sobre o desejo que Canarinho relata a importância dessas AVD no cotidiano do sujeito, além de ser um meio de vinculação no serviço e uma ação de redução de danos e então levamos para a passagem do plantão com a proposta de ofertar esse cuidado caso canarinho volta-se ao serviço.*

*Em seu retorno, após alguns dias, converso com Canarinho que de forma bem expressiva relata como foi sua infância, detalha as violências que sofreu do padrasto, como foi visitar sua mãe no hospital, a notícia de sua morte e como é estar na rua, nesse momento ele utiliza o corpo para conta toda a história, uma grande encenação que me leva a imaginar com riqueza tudo que Canarinho me apresentava, ora meu corpo também participava das cenas, sendo o meu corpo o corpo do Canarinho para*

*mostrar onde seu padrasto batia e onde os policiais o agredia. O que me deixava assustada, mas, intrigada com a forma que Canarinho se comunicava e vinculava.*

*Digo que ao imaginar tudo isso foi bem doloroso e o quanto ele é forte e quantas coisas já passou, reafirmo a importância de estar no CAPS para o seu cuidado, e, além disso, relato a ele o quanto ele consegue expressar pelo corpo e se ele já fez alguma atividade de teatro, destaco que no CECO existe essa oficina e poderíamos ir conhecer, Canarinho ri da minha proposta e diz que irá pensar.*

*Conta também que estava em uso de múltiplas substâncias, questiono o consumo, o mesmo relata usar crack todos os dias, cocaína pela manhã e algumas noites, uso de álcool em noites frias ou quando fez uso intenso do crack - o que seria todos os dias- e maconha quando deseja dormir mais rápido. Questiono sobre o meio de alimentar-se e sua hidratação, Canarinho relata sobre a dificuldade de realizar essas ações e que estava há 2 dias sem comer, mas, por conta do uso de crack não sentia a necessidade.*

*Pede para tirar uma foto dele e ao ver a foto espanta-se diz o quanto ele está destruído pela droga, retoma o desejo do banho e de fazer a barba, pois não gostava dela grande do jeito que estava, pergunto sobre sua rotina e outras AVD'S que estariam prejudicadas e quais poderiam auxiliá-lo no momento. Digo a Canarinho que iria passar o pedido na passagem de plantão e peço para que ele espere o mesmo aceita.*

*Retomo com a equipe o combinado de ofertar tal cuidado, que passa pelo corpo, pela clínica da Terapia Ocupacional e ações de Redução de Danos, após longo processo de justificar a necessidade de tais ações a ser realizadas dentro do serviço CAPS AD III.*

*Questionada se esse seria o espaço? Seria nossa função? O usuário vai entender essa ação?*

*Após longas conversas em relação ao pedido retorno a convivência, mas, Canarinho já não estava lá.*

*Canarinho fica longos meses sem aparecer no serviço, nesse período solicitamos busca ativa, contando com a parceria do S.O.S Rua, nossa equipe de redução de danos, idas ao território e consultório na Rua, sem sucesso. Ficamos sem localizar Canarinho até o período final da minha residência no serviço.*

*Somente esse ano o CAPS recebe a notícia de que Canarinho havia sido assassinado.*

Apresento previamente meu encontro com Canarinho com o objetivo de abordar a importância das atividades cotidianas como forma de cuidado e redução de danos aos usuários de substâncias.

O cotidiano é particularmente significativo na Terapia Ocupacional. Na medida em que o eixo central da profissão está ancorado nas ações e atividades, ao observar e compreender os pequenos deslocamentos diários, suas repercussões, as ações e gestos da rotina, a interação social cotidiana torna-se uma estratégia de abordagem terapêutica. (Marquetti, 2012)

Sendo o cotidiano e o contexto recursos do Terapeuta Ocupacional e sendo ambos parte inerente do cenário de drogas, a abordagem desse sujeito deverá, considerar a droga como parte integrante do processo de cuidado e intervenção (Santos e Silva, 2013).

## **O Banho**

Retomando o desejo que Canarinho apresenta em tomar banho na unidade e fazer sua barba, busco novamente na portaria 130 de 2012 que apresenta na atenção integral ao usuário:

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, **autocuidado**, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros.

O banho e a barba são atividades de autocuidado, sendo elas atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

O aparecimento do desejo de Canarinho em realizar tal atividade nos coloca a pensar a forma em que o mesmo solicita o cuidado. Através do seu corpo e a importância dessa atividade de vida diária em seu cotidiano.

Sua reação ao ver sua barba grande nos diz da autoimagem, após dias sem ao menos olhar-se Canarinho mostra desconectado do próprio corpo.

O corpo é a entrada para alma da dor e do prazer, “o corpo é o lugar da batalha eterna entre Eros e Tanâtos, a força do amor que faz viver e a força do ódio que dilaceram (Alves,1983, p.52).

Como já dito anteriormente Canarinho utiliza seu corpo para comunicar-se e vinculou aos grupos do CAPS que trabalhava a corporeidade. Convocando o cuidado através do corpo e as atividades de vida diária.

No contexto psicanalítico, Winnicott, nos relata a importância da corporeidade para uma existência saudável. Compreendendo que, o corpo seria essencial para a psique na medida em que ela era vista fundamentalmente como uma organização proveniente da elaboração imaginativa do funcionamento corporal. Winnicott destaca três aspectos fundamentais: a entrada em contato com a realidade externa, o sentimento de que se vive no próprio corpo e a integração da personalidade.

Ao realizar atividade de autocuidado o sujeito coloca-se no lugar de olhar para si e as marcas do seu corpo, que representa a marca de sua história, bem como seu contexto, o uso de substância e o morar na rua marcou Canarinho, fisicamente e simbolicamente.

Ao possibilitar que o sujeito realize atividades de autocuidado estamos na clínica com o corpo, na criação de uma corporeidade, entendo que todo o novo corpo é um novo sujeito no mundo. Experiência a atividade de autocuidado no corpo o qual se apresenta, esquecido, desagregado, estaremos lidando com um novo corpo e em processo de potencializar-se e significar-se. Exercendo uma ação de Redução de Danos, causando um desvio que consiste em criar uma experiência de vida ali onde o empreendimento é mortífero. (Lancetti, 2014)

O autocuidado de por vezes passa despercebido no cotidiano dos sujeitos, torna-se grande potência de uma clínica que visa a saúde integral do usuário, possibilitando o resgate de sua história de vida e o surgimento de seus desejos de cuidado, tornando uma estratégia de vinculação ao sujeito.

### **Alimentar-se**

Canarinho fazia uso de álcool, cocaína, crack, maconha e tabaco. Se atentar as combinações das substâncias feitas pelos usuários se faz importante para o cuidado qualificado, a portaria 130 de 2012 nos orienta nesse sentido a partir da Redução de Danos. Para um cuidado qualificado precisamos entender o funcionamento das substâncias fisiologicamente, assim como a relação que cada sujeito tem com o seu uso.

O uso álcool (etanol) no caso de Canarinho era cotidiano, desde 13 anos faz uso dessa substância e agora associa a cocaína, quando está muito agitado faz uso do álcool para acalmar-se. Sendo essa uma droga depressora do sistema nervoso central tem o efeito de lentificar o sujeito, assim causando a impressão de estar mais calmo. É uma substância tóxica para os neurônios e funcionamento do cérebro, prejudicando a memória, aprendizagem, memória e tomada de decisões. O álcool é diurético, causando desidratação. O uso abusivo prejudica a qualidade do sono, tornando mais leve causando irritação e cansaço. (Araujo, 2012)

Enquanto ação de Redução de Danos orientou em relação à desidratação a necessidade de beber água, durante o consumo e após, além de alimentar-se antes de fazer uso do álcool, pois, com o estômago cheio desaceleramos o processo de absorção da bebida alcoólica.

Porém sabemos que, em casos de pessoas em situação de rua realizar refeições é uma atividade complexa, realizar refeição sempre antes do uso é por muitas vezes fora da realidade. Sabendo dessa necessidade e realidade social, os CAPS AD tem como desafio em sua clínica o alimentar-se enquanto cuidado e redução de danos, não só para o uso de álcool, mas sim para usuários de qualquer tipo de substâncias, pois

muitas vezes passam dias sem alimentar-se e chegam ao serviço sem energia física para realizar uma conversa.

Partindo-se das premissas de que a alimentação se constitui a um momento de contato afetivo e vínculo um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo, sendo a relação com ela estabelecida fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê desenvolveu com a mãe, a família e tudo ao seu redor. Lemos (2005) descreve a alimentação enquanto um misto de desejo e necessidade. O fator da necessidade fisiológica de alimentação, que implica na sobrevivência ou não do indivíduo; por outro lado, há a alimentação inscrita no desejo psíquico, visto então como um ato erótico.

Ao ofertar o alimento no CAPS estaríamos executando uma ação de redução de danos e vinculação com o sujeito cuidado, proporcionando momento afetivo e necessário para sua sobrevivência.

### **Recursos para as ações de RD**

Em relação ao uso de Cocaína de Canarinho, na qual teve início após sair do processo de privação de liberdade, relata utilizar para manter-se atento e sente seu corpo disposto após o uso, é sua droga de escolha (SIC).

Altas doses de cocaína podem causar hipertermia, convulsões, derrames, parada cardiorrespiratória e overdose. É comum a utilização de notas de dinheiro para fazer uso da substância, tendo o risco de infecção nas feridas nasais causadas pela diminuição da oferta de sangue a mucosa nasal. Como meio de Redução de Danos, é ofertada a nota de papel destinada ao uso, com o objetivo de diminuir as contaminações devido a grande quantidade de bactérias que se encontra em uma nota de dinheiro. Também pode ser utilizado um canudo, o qual não deve ser compartilhado, pois os fluidos da mucosa nasal contêm vírus e bactérias que podem gerar contaminações. Além da importante de apoiar a cocaína em superfície limpa. (Araujo, 2012)

Canarinho também relata fazer uso de Crack (cocaína sólida) há 3 anos diariamente, tal uso aumenta chances de ter insuficiência pulmonar e queimadura nas vias aéreas pneumotórax. (Araujo, 2012)

Para o uso do Crack é ofertado protetores laborais, com o objetivo de diminuir as feridas, pois o mesmo pode se tornar uma via de contaminação. É utilizado o canudo de silicone como piteira evitando transmissão de doença e não devem ser compartilhados, assim como os cachimbos.

Retomando a portaria 130 de 2012, esta apresenta em relação ao funcionamento do CAPS AD III:

X- adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, **recorrendo às tecnologias de baixa exigência**, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, **dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida** (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras. ( Ministério da Saúde, 2012).

Porém sabe-se que na realidade dos serviços nem sempre temos os insumos necessários, destaco aqui a importância do kit de redução de danos e a produção dos cachimbos. Para além as ações realizadas no território, importante ocorrerem ações no cotidiano do serviço e que todos da equipe saibam realizar ações de redução de danos e entrega de insumos.

O uso de cigarro e maconha, de canarinho estava no seu cotidiano. Tais substâncias causam problemas respiratórios, dessa forma ações de Redução de Danos para esse uso seria não compartilhar tanto o cigarro quanto a maconha, por conta da troca de saliva podendo transmitir contaminações, sendo também necessária a utilização da piteira, e a utilização da seda, para substituir a folha de caderno ou papel de pão, no processo de confecção dos cigarros. (Araujo, 2012)

Destaco aqui que somente citei ações práticas de redução de danos como à entrega de insumos, porém, a redução de danos amplia-se para além dos insumos, ela provoca o desfoque do olhar centrado na substância e passamos a cuidar do sujeito, assim ampliando nossa clínica e transformando novas produções de subjetividade. Ao

estar no território existencial do sujeito, mostrar que ele é cuidado e tem seus direitos utilizando ou não substâncias provocam um desvio, transformando construção de outros elos, a entrega do insumo para além de ser um cuidado clínico se torna nosso meio de vinculação e aproximação, nossa porta de entrada para o cuidado. (Tedesco e Souza, 2009).

### **O CAPS AD III**

Dada a complexidade da clínica, entendendo o sujeito como ser biopsicossocial, levando em consideração a realidade exterior e a psíquica, pois as necessidades humanas estão relacionadas tanto às questões básicas e concretas de existência, como o gosto pela vida, à percepção de seu estado de bem-estar e prazer, satisfação e o envolvimento emocional como pessoas e atividades. (Galheigo, 2003)

A criação dos CAPS tem como objetivo da reinserção social, na contramão do modelo manicomial. Devemos estar atentos à autonomia e independência do sujeito, mas, para tal ação faz necessário proporcionar um espaço para que a experimentação ocorra, experiência um serviço de acolhimento que considera o sujeito em sua totalidade.

Retorno à importância do profissional Terapeuta Ocupacional, dada à necessidade de trabalhar o cotidiano que no geral é tomada como banal e muitas vezes desvalorizada, sendo esse cotidiano que constituem o sujeito.

O cuidado através das atividades de vida diária nos desloca para o lugar singular, regrados de identidade e história, compondo com grande delicadeza uma clínica de grande complexidade. Pede uma mudança do cuidado que ofertamos, como remédio e conversas, retorna o cuidado as questões básicas de vida que nós - profissionais - realizamos diariamente e essas contribuem para nossa saúde física e mental tanto quanto outros dispositivos de cuidado.

.A privação ocupacional está presente nas condições sociais nas quais os indivíduos enfrentam grandes dificuldades para a realização das ocupações pessoalmente gratificantes. Como a situação de pobreza, falta de oportunidades de emprego, analfabetismo, estigma, falta de moradia, incapacidade, violência ou outras

circunstâncias sociais como encarceramento ou institucionalização. (Mângia e Batista, 2018)

Contraponto o ponto que estaríamos institucionalizando quando permitimos que essas atividades ocorram dentro do CAPS.

## **Conclusão**

A vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de auto-cuidado e auto-manutenção, nas manifestações de solidariedade. O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito. O poder refletir a vida cotidiana e suas determinações, esse olhar estrangeiro para o que parece rotina imutável, contribui de forma marcante para os movimentos de autodeterminação do sujeito, de reorganização do coletivo e ressignificação do cotidiano. (Galheigo, 2003).

Ofertar cuidado através das atividades de vida diária dentro do campo da Saúde Mental e mais especificamente nesse caso no CAPS AD tem sentido e faz necessário, além de estar realizando ação de redução de danos estamos proporcionando vinculação do sujeito ao serviço, mudança de rotina, ressignificação da atividade, retorno dos desejos e identidade do sujeito, em uma clínica mortífera tais ações são de grande valia.

O grande desafio do CAPS e aqui convoco os profissionais da Terapia Ocupacional que tem o potencial de tornar visíveis as ocupações diárias que por vezes passam de forma despercebidas.

Inúmeros são os desafios e desmonte que sofremos reinventar-se e resistir para ofertar cuidado qualificado se faz necessário.

Concluo com a reflexão que Feriotti (2001)

“Se queremos transformar corpos sujeitados em corpos livres, parece que temos uma simples e completa tarefa, cuidar da ações desses corpos, oferecendo a possibilidade de resgatar sua história, sua identidade, sua necessidade, sua paixão e sua possibilidade. Desenvolvendo e ampliando o nosso próprio potencial de trabalho

buscando relações mais fecundas e criativas a fim de realizar a reinserção social.” (Feriotti, 2001)

## Referências

ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez.2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.

Araujo, T. Almanaque das drogas. Leya. são Paulo, 2012

Bondía J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev. Bras. Educ., n. 19, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRUNELLO M.I.B, LIMA E.M.F.A e CASTRO E.D: Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In CARLO, Marysia; BARTALOTTI, Celina (Org.). Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. Plexus Editora, P. 41-59. 2001. São Paulo.

É DE LEI. O que é Redução de Danos. 2014. Disponível em: <<http://edelei.org/pag/reducao-danos>>. Acesso em: 21 set. 2018.

FERIOTTI, M.L. Atuação da Terapia Ocupacional no corpo sujeito. O mundo da saúde, São Paulo, v. 25 n. 4. 2001

GALHEIGO, S.M. O social: idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional. In: PÁDUA E.M.M; MAGALHÃES L.V.(org) Terapia Ocupacional, teoria e prática. Papirus. Campinas, 2003

GALLASSI A,D; SANTOS V. A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p.1-4, 2014

<https://obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>  
senad . gov, 2018

LIMA R.C.C: Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. In VASCONCELOS, EM (org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. Hucitec editora, São Paulo, p.75-92, 2010.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. A construção dos conceitos.Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,v. 21, n. 1, p. 10-14, jan./abr. 2010.

MARQUETTI, F. C. et al. Inventário de potência, oficina de ação: estratégias em saúde mental. Rev. Ciênc.Ext. v.8, n.3, p.8-22, 2012.

MINAYO, M.C.S (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Oury J. Itinerários de Formação. Revue Pratique, n. 1, 1991.

Pelbart, Peter Pal. Prefácio. In: Lancetti, Antonio. **Clínica Peripatética**. Antonio Lancetti – 9ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

SANTOS, V; SILVA, G.G. Terapia Ocupacional na abordagem da dependência química. In:FERNANDES,S et al.. Abordagem multidisciplinar da dependência química. São Paulo:Santos,2013.

SILVA, C. R. et al. Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do interior do estado de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 321-334, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/941/613>>. Acesso em: 21 set. 2018.

TEDESCO, S; SOUZA, T. Territórios da Clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. Pp 141-156. In: *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade* / Sérgio Rezende Carvalho, Sabriga Ferigatto, Maria Elisabeth Barros. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

TEIXEIRA, M.B. et al . Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2018.