

CAPS-AD ALAMEDA: um trabalho orientado pela psicanálise no  
campo da Saúde Mental

Tatiana Lins Serra Cattapan

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Fernanda Costa-Moura

Rio de Janeiro  
2013

CAPS-AD ALAMEDA: um trabalho orientado pela psicanálise no  
campo da Saúde Mental

Tatiana Lins Serra Cattapan

Dissertação submetida ao Programa de Pós-  
graduação em Teoria Psicanalítica do  
Instituto de Psicologia da UFRJ como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do grau  
de Mestre em Teoria Psicanalítica .

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Fernanda Costa-Moura (orientadora)  
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Anna Carolina Lo Bianco  
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicácio  
Escola de Serviço Social - UFRJ

Rio de Janeiro / 2013

## Ficha Catalográfica

**Cattapan, Tatiana L.S.**

CAPS-AD ALAMEDA: uma experiência de trabalho orientado pela psicanálise no campo da Saúde Mental/ Tatiana Lins Serra Cattapan. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2013.

96 f.; 29,7cm

Orientadora: Fernanda Costa-Moura

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2013.

Referências Bibliográficas: f. 93-96

1. Psicanálise 2. Toxicomania 3.Saúde Mental. I. Costa-Moura, Fernanda. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto de Psicologia/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título

Ao meu querido marido Pedro, pois sua ajuda e incentivo foram essenciais para a realização desta pesquisa. Agradeço pelo amor e compreensão nas horas em que estive ausente. À minha filha querida e pequenina Carolina, que nasceu durante o período do mestrado, e ao meu filho amado Marcos, por terem aceitado, mesmo que a contragosto, que mamãe não estivesse tão disponível por algum tempo para que este trabalho fosse realizado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à CAPES pela bolsa de estudos a mim concedida, tornando possível esta pesquisa.

À minha orientadora Fernanda Costa-Moura pela escuta, paciência e sabedoria.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica pelas aulas que incentivaram a minha reflexão.

A Francisco Leonel Fernandes, supervisor do CAPS-AD Alameda, que me fez gostar da clínica com alcoolismo e toxicomania.

A toda equipe do CAPS-AD Alameda, em especial Elisângela Onofre e Maria Alice B. Silva, pelas trocas de experiência no cotidiano do CAPS e pelo investimento no meu trabalho.

Ao Dr. Eduardo de Carvalho Rocha, que com toda sua dedicação, faz trabalhar a rede de Saúde Mental de Niterói.

## Resumo

Cattapan, Tatiana L. S., CAPS-AD ALAMEDA: um trabalho orientado pela psicanálise no campo da Saúde Mental, Brasil, 2013, 98f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A Dissertação propõe uma articulação entre a Psicanálise e o campo da Saúde Mental, distinguindo o campo da Saúde Mental, orientado por princípios como a ressocialização e a cidadania, da psicanálise, que incide sobre a relação do sujeito com seu desejo. Ao definir alguns pressupostos do campo da Saúde Mental, construídos no movimento da reforma psiquiátrica, pretende-se mostrar de que forma o CAPS AD foi concebido e inserido no campo da Saúde Mental. A contribuição da psicanálise para o campo da Saúde Mental é discutida a partir de uma investigação sobre os conceitos de demanda e desejo, apoiada nos trabalhos de Freud e Lacan. Ressalta-se a importância do aspecto imperativo da pulsão, visto na compulsão à repetição em sujeitos toxicômanos. A partir destes fundamentos retoma-se uma experiência de trabalho orientado pela psicanálise no CAPS AD-ALAMEDA, dispositivo da Rede de Saúde Mental do município de Niterói - Rio de Janeiro, na qual se evidenciaram, em situações da prática cotidiana do processo de recepção neste serviço, as dificuldades da entrada em tratamento de pacientes toxicômanos. Através de fragmentos de situações clínicas discute-se a dificuldade de adesão do paciente usuário de álcool e drogas ao tratamento oferecido no CAPS-AD ALAMEDA, bem como a fragilidade na ligação com o terapeuta que coloca em risco todos os ideais da reforma psiquiátrica. Enfatiza-se a dificuldade de incidência das políticas públicas de tratamento e prevenção na vida desses sujeitos.

Palavras-chave: psicanálise; saúde mental; demanda; desejo; toxicomania.

## **Abstract**

Cattapan, Tatiana L. S. CAPS-AD ALAMEDA: an experience of work oriented by psychoanalysis in the field of mental health  
Tutor: Fernanda Costa-Moura

The Dissertation searches to articulate psychoanalysis and the field of mental health. We intend to distinguish the field of mental health, oriented by principles like ressocialization and citizenship, from psychoanalysis – which deals with the relation between the subject and desire. Defining some of the fundamental concepts of the field of mental health which were built along the so called psychiatric reform movement, we intend to show how the CAPS-AD units were conceived and included in the field of mental health. We aim for the contribution of psychoanalysis to the field of mental health, through an investigation of the concepts of demand and desire in psychoanalysis, based on the works of Freud and Lacan. Especially with respect to the constraining aspects of instinct (trieb), as they appear in the repetition compulsion of the drug addicted patients. Considering an experience of work at CAPS-AD ALAMEDA, a mental health service unit at Niterói - Rio de Janeiro, we try to show the obstacles that have to be dealt with upon the starting of treatment, for these patients. Discussing some situations that normally happen through the routine practices of reception in this service, we try to reflect about the difficulties these patients have to start and engage in the treatment, and the fragility of their link with the therapist. We therefore question the effectiveness of the ideals of the psychiatric reform with this sort of pathology and emphasize the risks and hardship there is on public policies attempting to treat and/or prevent these patients' troubles.

Key-words: psychoanalysis, mental health, demand, desire, drug addiction.

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	página 09
1- O CAMPO DA SAÚDE MENTAL, A PSICANÁLISE E A REDUÇÃO DE DANOS.....	página 16
O Campo da Saúde Mental .....	página 16
A desinstitucionalização e o resgate da cidadania .....	página 19
A Reabilitação Psicossocial .....	página 20
Autonomia .....	página 22
O trabalho de reinserção social .....	página 23
A direção de trabalho das oficinas do CAPS AD Alameda .....	página 25
A função do CAPS-AD .....	página 27
Reflexões sobre as conseqüências da criação do CAPS-AD .....	página 30
A Política do Ministério da Saúde para a <i>Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas</i> .....	página 32
A Saúde Mental e a Psicanálise .....	página 34
A Política de Redução de Danos .....	página 38
A Redução de Danos e a Psicanálise .....	página 40
Experiências com Redução de Danos .....	página 42
A prática de Redução de Danos .....	página 44
2- A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE À PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL: DEMANDA E DESEJO .....	página 48
Contribuições freudianas: a satisfação pulsional em relação às toxicomanias .....	página 53
A demanda e o desejo no campo do sujeito .....	página 56
Circulando entre o bem e o desejo .....	página 61
3- O CAPS-AD ALAMEDA E A CLÍNICA COM ALCOOLISTAS E TOXICÔMANOS .....	página 66
O CAPS-AD Alameda .....	página 66
Entrevistas preliminares com toxicômanos .....	página 76
Articulações da demanda e do desejo na clínica com toxicômanos .....	página 78
CONCLUSÃO .....	página 89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	página 93

## **Introdução**

O tema de interesse desta pesquisa surgiu a partir da minha prática clínica como psicóloga inserida em uma equipe do CAPS-AD Alameda, serviço de Saúde Mental em Niterói.

Atualmente, o campo da Saúde Mental é formado por uma rede de serviços que disponibiliza seus atendimentos em dispositivos variados, como hospitais gerais e psiquiátricos, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Serviços Residenciais Terapêuticos. Desta rede, convém destacar o CAPS-AD como um recente serviço de Saúde Mental destinado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Considerando a Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, o CAPS foi pensado na lógica antimanicomial. O objetivo principal do CAPS é promover a inclusão da loucura na sociedade, atuando contra o asilo e a segregação do louco. Conseqüentemente, o CAPS-AD seguiu os princípios da Reforma Psiquiátrica. No entanto, foi somente com a Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002, que o CAPS-AD foi apresentado como um dos serviços a serem implantados na rede de Saúde Mental endereçado a essa clientela e tendo como um dos objetivos a reinserção social.

Além disso, uma das vertentes fundamentais do CAPS-AD é o trabalho intersetorial. A lógica intersetorial busca promover a responsabilização dos parceiros de trabalho no que se refere a esta clientela, além de não restringir o tratamento com uma única e exclusiva resposta baseada na terapêutica. O CAPS-AD tem como missão incentivar a inclusão desta

clientela em outros espaços sociais além de, na articulação com a sociedade promover uma discussão acerca do uso de álcool, das drogas e de toda a complexa trama de transformações culturais ligadas a estas práticas.

Observando que, hoje, a prática psicanalítica vem acontecendo em diferentes espaços e não só no ambiente circunscrito do consultório, pode-se dizer que o psicanalista não pode ser definido por seu lugar de trabalho, mas sim a partir de que lugar ele intervém; ele é aquele que trabalha com a palavra e os efeitos que esta imprime no paciente.

Desta forma, a relação do sujeito com a palavra é algo a ser escutado não só em encontros a dois, mas também em espaços coletivos e de convivências. É a partir deste trabalho que o psicanalista pode ter uma função em uma equipe multidisciplinar. Sua especificidade está em recolher a fala do paciente, situando para a equipe a posição subjetiva deste e os efeitos transferenciais decorrentes desta posição. Assim, a psicanálise insere uma posição específica de trabalho na Saúde Mental que provém do sujeito e da clínica.

Durante a minha passagem pelo CAPS-AD ALAMEDA, surgiram algumas questões relacionadas à experiência cotidiana deste serviço. Sob orientação de uma supervisão institucional com uma abordagem psicanalítica, estas indagações apareceram juntamente com as próprias dificuldades do trabalho, no exercício da psicanálise, e no direcionamento do tratamento dos pacientes que acompanhava.

Dentre as questões que surgiram, privilegiei algumas que atravessam toda a pesquisa: quais as marcas da psicanálise no campo da Saúde Mental? O que diferencia um trabalho orientado pela psicanálise em relação ao trabalho da Saúde Mental?

Escolhi estudar os conceitos de demanda e desejo articulados a esse primeiro momento do tratamento - as entrevistas iniciais de recepção dos pacientes que procuram o

CAPS-AD - acreditando que através deles algo de específico da psicanálise se evidenciaria para mim.

Apesar de não trabalhar no CAPS-AD ALAMEDA desde 2007, essa experiência foi tão marcante que os questionamentos que surgiram nesta época me acompanham até hoje, causando muito investimento de minha parte no que se refere à prática que exerci e, mais atualmente desembocando em estudos específicos neste campo como esta dissertação de mestrado. É nesta direção que inicio esta pesquisa visando dar prosseguimento a esses impasses que se apresentaram na clínica.

Sendo o CAPS-AD um local de tratamento que privilegia a discussão desta clínica<sup>1</sup>, torna-se então, não só um ponto de partida, mas também um lugar de endereçamento das questões que pretendemos trabalhar nesta pesquisa. Apesar de nos atermos mais à clínica do que ao funcionamento institucional deste serviço, não podemos desconsiderar que os encontros aconteceram neste âmbito.

Também poderíamos acrescentar como espaço de encontro com a clínica de alcoolistas e toxicômanos, os ambulatórios públicos - a Policlínica Itaipu e a Policlínica Carlos Antônio da Silva - onde tive a oportunidade de trabalhar sendo referência para atendimentos com esta clientela específica. Realizei durante o período de trabalho, discussão de casos, agenciamentos na rede e atendimentos, que aconteceram concomitantemente com o período da experiência no CAPS-AD ALAMEDA.

---

<sup>1</sup> Dispositivos como os Alcoólatras Anônimos, as Comunidades Terapêuticas (locais de internação onde alguns são associados ao SUS e outros são totalmente isolados da rede de saúde pública, com iniciativas privadas), e os hospitais e clínicas de internação, quase todos operam a partir de outras lógicas - na maioria das vezes, incluindo a importância da abstinência para o tratamento -, o que além de propor um bem para o sujeito, já constrange a discussão em um aspecto comportamental, se distanciando de uma abordagem psicanalítica. Já os CAPS-AD e ambulatórios da rede pública, pelo menos no estado do Rio de Janeiro, sofrem grande influência da psicanálise, e por isso permitem expandir essa discussão sob o olhar analítico. São, deste modo, lugares privilegiados para se pensar a relação entre psicanálise e a clínica das toxicomanias.

O atendimento desta clientela em um serviço da Saúde Mental, como o CAPS-AD, é uma prática muito nova e com muitos desafios ainda por vir. É neste sentido que uma pesquisa a partir desta clínica neste contexto específico pode elucidar novos modos de tratar e acolher, levando em conta o que a psicanálise tem a contribuir.

A psicanálise tem uma posição específica em relação a outros campos de conhecimento, e reconhecendo a importância de um trabalho multidisciplinar, pretendemos pesquisar a contribuição desta. É necessário um aprofundamento teórico que sustente uma prática tão recente neste serviço de Saúde Mental. Assim, esta pesquisa objetiva circunscrever algumas contribuições da psicanálise para o tratamento de toxicômanos em um serviço de Saúde Mental.

É nesta mesma via que, no primeiro capítulo, partiremos do campo da Saúde Mental, passando pelos pressupostos básicos da reforma psiquiátrica. Através de um recorte sobre o percurso do movimento da reforma psiquiátrica chegaremos à criação dos dispositivos CAPS-AD, delimitando seus objetivos e funções. Será também através da luta pela desinstitucionalização que caracterizaremos os ideais presentes no campo da Saúde Mental. A defesa de uma política humanista, o investimento na melhoria dos serviços e na oferta de possibilidades para os usuários, são “bandeiras levantadas” na Saúde Mental. A psicanálise se apresenta como uma realidade já presente neste campo, marcando sua diferença ao introduzir a dimensão do sujeito em relação à demanda e ao desejo. Nesta visada, a práxis psicanalítica pretende intervir sob o modo de funcionamento do paciente. Apresenta-se deste modo, um conflito entre o discurso da Saúde Mental, que de alguma forma pressupõe que há um bem a ser alcançado para aquele sujeito e a psicanálise que pretende incidir sobre a relação do sujeito com seu desejo.

Considerando que na experiência prática de trabalho no CAPS-AD ALAMEDA esses dois campos vêm entrelaçados, esta pesquisa concerne ao trabalho de deixar decantar o que é próprio da psicanálise.

Ainda no primeiro capítulo, abordaremos a relação da psicanálise e da redução de danos. É também a partir do trabalho prático cotidiano que a construção de uma política como a redução de danos surgiu, defendendo um cuidado próximo dos usuários, a prevenção e a qualidade de vida destes. A idéia principal desta abordagem desvia o objetivo final do tratamento entendido como a cura através da abstinência de drogas, e defende a possibilidade de redução do consumo sem que, necessariamente, se atinja por completo a interrupção do uso de drogas. Uma proximidade desta última abordagem em relação à psicanálise está no fato de que esta reconhece que não há como prescindir de algum prazer, e, neste ponto, também acredita que a solução do problema não se concentra somente na abstinência do uso de drogas. Ao mesmo tempo, a psicanálise difere por não se definir como um campo de saber a priori, uma estratégia ou uma política. Ela se faz a cada relação única e singular, é contingente e cheia de tropeços.

É justamente na problematização do trabalho que se realiza no CAPS-AD que a psicanálise pode mostrar sua diferença em relação a uma expectativa de conquista dos ideais do campo da Saúde Mental como Bens.

É desta maneira que, no primeiro capítulo, as convergências e divergências desses diferentes enfoques – Saúde Mental, redução de danos e psicanálise - que se fazem presentes no CAPS-AD, estarão nesta investigação, lado a lado e em cotejamento com o que há de particular em um trabalho psicanalítico.

Alguns princípios da Saúde Mental versam sobre a autonomia, a cidadania, a ressocialização, em prol de uma maior qualidade de vida daqueles que procuram

atendimento, porém o material com que a psicanálise trabalha diz respeito ao que se escuta do sujeito e não ao que, de antemão, já é proposto como um bem para ele. Nesta direção, o que os profissionais esperam como efeito do tratamento?

Esta discussão demonstra que pretendemos sinalizar as dificuldades que os profissionais envolvidos com o campo da Saúde Mental encontram por conta de suas expectativas de que alguns ideais esperados muitas vezes são frustrados. Falamos dos ideais de autonomia do sujeito, de auto-gestão de uma oficina, de retorno à família e ao trabalho. Este problema aparece, sem dúvida, também no tratamento com alcoolistas e toxicômanos no CAPS-AD.

Então, as questões que se colocam são: o que podemos fazer diante destes sujeitos no CAPS-AD ALAMEDA? E de que forma podemos intervir neste momento tão importante de chegada a um tratamento? Será em nome dos ideais de autonomia e ressocialização, ou alguma interferência se dá aí, quando se introduz a escuta psicanalítica?

Caminhando em direção ao que é específico de um trabalho psicanalítico, juntamente com as dificuldades de receber esta clientela, chego às noções de demanda e desejo em psicanálise. Este é o segundo capítulo, que pretende se concentrar nas contribuições da psicanálise ao enfatizar a relação do sujeito com o desejo. A introdução do campo simbólico e, portanto, da marca do significante, inaugura um sujeito afetado pelas leis da linguagem. A este sujeito abre-se a possibilidade de demandar a um outro, comparecendo o campo do desejo como esta hiância entre o sujeito e o objeto de satisfação. É destacando a importância do pulsional que chegamos à impossibilidade de uma satisfação completa, na perspectiva de que o objeto é sempre perdido. É nesta vertente que sublinho uma das contribuições principais da psicanálise ao enfatizar a compulsão à repetição, como

uma expressão da pulsão de morte, caracterizando o movimento repetitivo de destruição presente nesses sujeitos toxicômanos.

No terceiro capítulo, circunscrevo as dificuldades de manejo em relação à demanda do paciente toxicômano e sua família, que desemboca neste primeiro momento de chegada dos pacientes, que chamamos de recepção no campo da Saúde Mental, e que trata das primeiras entrevistas e início do tratamento.

É desta forma que o terceiro capítulo se detém a destacar os impasses referentes à chegada destes sujeitos ao CAPS-AD ALAMEDA, e ao mesmo tempo, articulando as relações entre o sujeito, a demanda e o desejo. Através de um fragmento clínico, abordaremos a dificuldade de ligação de um paciente toxicômano, o endereçamento que é feito ao CAPS-AD problematizando o conceito de demanda em psicanálise. Com isso, destacaremos o que marca um trabalho com uma visada psicanalítica desde a chegada desses pacientes.

## Capítulo 1

### O campo da Saúde Mental, a psicanálise e a redução de danos

“1920, 4 de janeiro.

O Pavilhão e a Pintel

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pelas mãos da polícia. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos nem tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram esta peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria. Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, delírio.” (Barreto, 1881-1922, p.23)

A realidade relatada acima no livro de Lima Barreto caracteriza o hospital psiquiátrico não somente como um lugar de tratamento dos loucos, mas também daqueles que ainda não eram diferenciados da loucura: os alcoolistas e toxicômanos. O autor conta sua experiência de isolamento enquanto estava internado no hospício onde hoje é o Campus da Praia Vermelha, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Será necessário retornar aos princípios que fundam este campo relativo ao tratamento das doenças mentais desde o seu surgimento para situarmos como a problemática relativa aos usuários de álcool e drogas se tornou algo específico na Saúde

Mental. A partir daí, tentaremos circunscrever as particularidades de um trabalho orientado pela psicanálise, com esta clientela em um dispositivo tão atual da rede de Saúde Mental como um CAPS-AD.

## **O Campo da Saúde Mental**

Segundo Lancetti e Amarante (2006), uma forma de melhor circunscrever a expressão “Saúde Mental” é identificá-la como um campo de atuação ou de conhecimentos relacionados à Saúde Mental das pessoas, que leva em consideração a inter e a transdisciplinaridade, bem como a intersetorialidade, e por isso desenha um campo complexo, amplo, difícil, e perpassado por diferentes variáveis como, por exemplo, o contexto sócio-cultural de nossa época.

A partir desta concepção, estes autores propõem três vertentes de acepções do termo Saúde Mental: as origens da história da psiquiatria, as reformas psiquiátricas e a ruptura com o paradigma psiquiátrico. Neste trabalho, vamos nos ater à segunda acepção, na medida que, revisitando-a, de alguma forma também tocaremos em pontos que concernem às outras duas.

As primeiras experiências de reforma psiquiátrica se iniciaram no pós-guerra (fim dos anos 40 e início dos anos 50), dentre elas estão a Psicoterapia Institucional na França e a Comunidade Terapêutica na Grã-Bretanha, onde a preocupação principal era o fracasso no modelo assistencial tradicional na forma de gestão do hospital e o objetivo era introduzir mudanças na instituição de modo que esta pudesse ser efetivamente terapêutica. No final dos anos 50 e início dos anos 60, temos notícias de outras experiências singulares ainda

reconhecidas atualmente através de suas influências, como a Psiquiatria de Setor, na França; a Antipsiquiatria, na Inglaterra; a Psiquiatria Preventiva, nos EUA e a Psiquiatria Democrática, na Itália. Todos estes movimentos tinham como pano de fundo uma insatisfação com o modelo hospitalar e/ou com o paradigma psiquiátrico tradicional da época. O manicômio era o lugar privilegiado de tratamento onde os doentes eram confinados, esquecidos e abandonados, e onde o cuidado era precário chegando à violência e aos maus-tratos. Foi diante desta mesma situação que os trabalhadores de Saúde Mental no Brasil se organizaram iniciando um movimento político em prol da reforma na assistência psiquiátrica brasileira.

O movimento dos trabalhadores de Saúde Mental no Brasil, em 1978, inaugurou um processo de grandes transformações no campo da Saúde Mental através de reivindicações trabalhistas e da valorização dos direitos humanos. Houve, então, a iniciativa de reformulação do sistema nacional de saúde e com isso, a criação de uma rede de serviços alternativos. Foi a partir daí, que criou-se novas formas de cuidado em Saúde Mental. A princípio, os ambulatórios foram investidos como os principais dispositivos, e depois - com a evidência de um fracasso na mudança da hegemonia asilar apenas com estes dispositivos - surgiram os chamados NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) que se transformaram em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), inaugurando uma nova lógica, com o intuito de substituir o hospital psiquiátrico. Veremos adiante o que inclui esta nova lógica, mas antes nos deteremos às idéias principais da reforma psiquiátrica.

Segundo Tenório (2001), o que se pretende avançar com a reforma psiquiátrica é a exclusão social do louco, concretizada em dois planos: a anulação simbólica do poder de verdade de sua palavra e a prática recorrente da internação asilar.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve fortes influências dos movimentos de reforma internacionais e podemos dizer que grande parte de sua ideologia foi importada, e talvez transformada ou ressituada na nossa realidade brasileira. Veremos a seguir alguns de seus pressupostos básicos que concernem ao campo teórico-prático da reforma psiquiátrica brasileira.

### **A desinstitucionalização e o resgate da cidadania**

A desinstitucionalização, entendida como um conjunto de ações que permitem ao paciente retornar à sociedade e sair do hospital psiquiátrico, além da valorização e do resgate da cidadania do louco, foi o mote principal da reforma psiquiátrica.

Na Itália, Basaglia defendia “colocar a doença entre parênteses” (Bataglia, 1981, p. 514-5) para tratar e lidar com os sujeitos em sofrimento, no intuito de fazer resistência ao saber psiquiátrico que, em sua visão, reduzia as pessoas às doenças mentais. Assim, os pacientes passaram a serem chamados de usuários, pois foram ressituidos como cidadãos que utilizam um serviço público. Há aí um movimento de resgate da cidadania e dos direitos daqueles que estavam internados no hospital psiquiátrico. A estigmatização tão freqüente nas práticas dentro do hospital psiquiátrico, inculcida pelo saber da psiquiatria passou a ser questionada e novos modelos assistenciais surgiram. Foram criados cooperativas de trabalho, residências terapêuticas, projetos culturais, associações de usuários e familiares, e centros de Saúde Mental com a proposta de substituição do manicômio, abrindo assim a possibilidade de quem estava institucionalizado há muitos anos habitar a cidade como qualquer cidadão.

Rotelli propõe a expressão “empresa social” (Rotelli, 2000, p.301) enfatizando o trabalho realizado no território, colaborando com esta idéia de desinstitucionalização e sublinhando a importância de atuação justamente onde o cidadão vive e as trocas sociais acontecem.

“Denominamos de empresa social aquela que ‘faz viver’ o social, o que é distinto, portanto, da situação precedente, na qual o social era expropriado de suas contradições, delegado aos psiquiatras, recluso nos muros do manicômio. (Rotelli, 2000, p. 301)”.

## **A Reabilitação Psicossocial**

Resgatando os diversos conceitos sobre o que se entende por reabilitação psicossocial, encontramos uma definição com Ana Pitta:

“No seu sentido instrumental a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental” (Ana Pitta, 1996, p.19).

Em uma definição clássica da Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial, esta seria concernida como:

“... o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (*id*, p.20).”

Neste modo de entendimento, este processo de reabilitar contém uma pretensão de esgotar as vertentes que podem integrar aquele indivíduo à sociedade, acreditando que pode haver um caminho possível para voltar à normalidade. Esta noção parece partir do pressuposto de que há uma deficiência no indivíduo a ser concertada, algo que solucionado permitiria uma convivência social.

No entanto, como destaca Tenório (2001) a impossibilidade está na coexistência da suposta subordinação à singularidade e a definição a priori do objetivo de reinserção na comunidade. Segundo o autor, essa pode não ser a demanda do paciente.

Este paradoxo entre as demandas singulares e os objetivos a priori de inserção social, encontra-se também no trabalho com os alcoolistas e toxicômanos, pois a sociedade espera que eles sejam produtivos, reabilitados no mercado de trabalho e, muitas vezes, não nos encontramos com este pedido vindo dos pacientes. Assim, no CAPS-AD, a equipe pode pensar o encaminhamento a uma oficina no próprio dispositivo sem que o paciente peça para fazer, por exemplo, mosaico ou teatro. Em sua maioria, eles não têm afinidade com essas atividades e pode-se oferecer esses lugares de trabalho em função de um cuidado mais intensivo de tratamento. Um encaminhamento a uma oficina pode ser algo oferecido pela equipe com o propósito de reabilitar.

Ana Pitta (1996) comenta que, para pensar a reabilitação social, é necessário que se defina quem será o sujeito das políticas e práticas reabilitadoras.

A reabilitação psicossocial talvez encontre mais entraves justamente com esta clientela. Como muitos são marginalizados e envolvidos em atividades ilícitas - é verdade que, por vezes, também excluídos como loucos -, a concepção de que este é um problema de saúde e precisa ser tratado como uma doença encontra resistência, sendo mais frequente o julgamento de que eles optaram por uma vida de vagabundagem. Assim, trabalhar com a

idéia de uma reabilitação psicossocial para esta clientela é talvez, mais difícil, pois, no senso comum, não compreendemos porque muitos destes indivíduos escolhem um lugar à margem da sociedade. Há uma moralidade contida neste pensamento tão comum quando falamos sobre os alcoolistas e toxicômanos: “é preciso que eles voltem ao mercado de trabalho” - é uma idéia que ganha um peso social que nem sempre considera as possibilidades e demandas subjetivas daquele que está em tratamento.

Em outra vertente, a reabilitação psicossocial também é uma atitude política em prol daqueles que necessitam de cuidados complexos.

“... a palavra Reabilitação impõe um sentido de recobrança de crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade. Recupera faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados e é este sentido ortopédico de reabilitação de funções físicas o que mais facilmente ocorre no imaginário brasileiro” (Ana Pitta, 1996, p.23).

Assim, a reabilitação psicossocial caminha ao lado da utopia de uma sociedade justa e democrática, e valoriza os projetos terapêuticos com esta intenção.

## **Autonomia**

O conceito de autonomia na Saúde Mental direciona o trabalho com o paciente no sentido dele gerir sua vida. Ações como sair sozinho, manusear dinheiro, fazer algum trabalho assistido ou mesmo ter um emprego, dependem das possibilidades de cada paciente, porém a intenção do trabalho realizado neste campo é que ele tenha cada vez mais

liberdade de viver sem necessitar de ajuda institucional, de profissionais de saúde ou mesmo depender de suas famílias.

Tykanori (1996) apresenta uma formulação diferente que vai acrescentar uma outra perspectiva no trabalho com os pacientes. Ele parece questionar a possibilidade de uma autonomia idealizada, na qual não dependeríamos de ninguém. Partindo do pressuposto de que somos todos dependentes, sobre os pacientes psicóticos especifica que eles são dependentes de poucas coisas ou pessoas, e que, na verdade, a direção do trabalho de atingir mais autonomia seria depender de mais pessoas ou coisas, pois, com isso, a aposta é que outros caminhos possam surgir para o estabelecimento de novos sentidos para a vida.

Avançando um pouco mais, e pensando sobre o trabalho com os usuários de álcool e drogas, temos como resistência à idéia de autonomia o automatismo. Esse automatismo, esse empuxo à droga - poderíamos dizer com alguns pacientes - essa robotização, ganha espaço contra o trabalho na direção da autonomia dos pacientes. O movimento automático de buscar a droga e de se lançar à destruição e à morte é algo que se repete nesta clínica. Dessa forma, encontramos um real desafio quando almejamos certa autonomia para esta clientela.

### **O trabalho de reinserção social**

Em relação aos pressupostos da Saúde Mental, um CAPS-AD se propõe a se responsabilizar por esta clientela, com o objetivo central de re-inserir esta clientela usuária de álcool e drogas. Mas, o que está em jogo nesta inserção? Sabemos que um dos critérios clínicos para se aceitar um paciente em tratamento no CAPS-AD é o fato de ter seus

vínculos sociais, familiares e de trabalho enfraquecidos ou até mesmo rompidos. No CAPS-AD ALAMEDA, em Niterói<sup>2</sup>, há, entre os usuários, pessoas que moram nas ruas, não têm ou nunca tiveram um vínculo de trabalho formal, se ocupam de serviços temporários, ditos “biscates”, ou “flanelinha” (guardador de carro), e, ainda, alguns trabalham em um estaleiro próximo. Em geral, são pessoas excluídas do mercado de trabalho, mas nem sempre do laço social. Neste sentido, o CAPS-AD tem uma função político-econômica de re-inserção no mercado de trabalho. Mas, como realizar esta função sem trabalhar na perspectiva do sujeito em psicanálise? De qual forma a relação do sujeito com o Outro, na perspectiva lacaniana, nos ajuda a pensar como realizar este trabalho de reinserção social?

Veremos adiante, no segundo capítulo e de forma mais aprofundada, que é justamente considerando a posição do sujeito, a forma como ele se endereça ao outro/Outro, que a psicanálise vai poder fazer diferença em um diálogo com a Saúde Mental.

Este trabalho de reinserção social corre o risco de não acontecer porque se parte do pressuposto de que é dando oportunidades que o outro vai se incluir e fazer parte de uma vida social. O que vemos na prática é que não basta dar um lugar ao sujeito, mas, pelo contrário, abrir a possibilidade para que ele tome lugar, acompanhando seus efeitos. Assim, este é um trabalho muito lento realizado nas oficinas de um CAPS-AD, em que fazer determinado objeto inclui a relação com este, além da relação com o grupo e com o coordenador da oficina.

Será que a relação com um objeto produzido em uma oficina pode proporcionar uma experiência diferente daquela que o usuário tem com a droga? O próprio fato de se lançar em um fazer que não se sabe fazer, não conhecendo de antemão nenhuma referência

---

<sup>2</sup> Dispositivo da Saúde Mental onde trabalhei em Niterói.

a este trabalho, nem mesmo à palavra que o representa (por vezes, eles não sabem pronunciar-la)<sup>3</sup>, já me parece uma abertura ao novo.

Um outro elemento, é que não se trata de uma alienação no trabalho proposto com um fim utilitarista, ter lucro e ganhar dinheiro, apesar de todos nós estarmos preocupados com esse discurso capitalista em nossas vidas. No entanto, neste contexto o que é inserir? Inserir em determinada forma de funcionamento, em determinada forma de satisfação, que dá lugar ao trabalho.

### **A direção de trabalho das oficinas do CAPS-AD ALAMEDA**

A oficina é uma das práticas que mais caracteriza um CAPS. O que pode operar numa oficina? O que o fazer papel reciclado, por exemplo, direcionado sob certas condições, pode operar em cada participante?

Uma direção deste trabalho no CAPS-AD ALAMEDA é a aposta em algum movimento do sujeito que caminhe para a tentativa de possibilitar uma outra forma de satisfação. Recebemos, muitas vezes, pessoas fragilizadas e com poucos recursos para subjetivação das propostas e tarefas. Há uma grande dificuldade de instaurar uma relação de trabalho em que exista um comprometimento, um envolvimento, e uma ligação com a atividade proposta em sujeitos sugados pela droga. Podemos tomar o lugar das oficinas como uma oferta para cada um poder se incluir no trabalho, se inscrever no trabalho do CAPS-AD.

---

<sup>3</sup> Por exemplo, muitos pacientes não sabem de que se trata o nome “mosaico” ao iniciar esta oficina.

Uma das questões apontadas a partir da reflexão que surgiu com as oficinas no CAPS-AD ALAMEDA refere-se às especificidades deste trabalho com esta clientela. Quais os efeitos desse trabalho acontecer numa instituição como um CAPS-AD?<sup>4</sup> Elas teriam um cunho mais terapêutico ou mais assistencialista do que quando ministradas desligadas do campo da saúde? Seríamos mais protetores que outra instituição, por se tratar de um local de tratamento? Será que esses sujeitos vão poder prescindir do CAPS-AD em algum momento? Diante de um ideal de autonomia observamos uma decalagem enorme na prática.

Neste sentido, apostar nas oficinas seria fazer desse lugar um espaço em que funcione outra lógica, uma lógica na qual não é possível ter prazer o tempo todo, e que provoque uma interrupção dessa satisfação atrelada ao objeto droga. Todo o trabalho é tornar possível que a oficina provoque ligações, que eles se liguem ao próprio fazer da atividade, uns aos outros e ao coordenador da oficina, e torná-los sensíveis à pequena experiência de prazer que é fazer um objeto, isto é, no mesmo tempo que experimentar um ganho por algo que realizaram com as próprias mãos, também perderiam alguma coisa que vai com este trabalho. A regularidade, a presença de todos os dias, o tomar a palavra para falar com o outro sobre o que vão realizar, a responsabilização inerente ao manusear materiais, participar de eventos, se expor, enfim, o compromisso e a própria repetição de um fazer pode tornar a experiência de uma oficina uma experiência de trabalho<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>. A partir da minha experiência no CAPS-AD ALAMEDA e em outros serviços da Saúde Mental pude observar algumas diferenças. Uma delas refere-se à direção de trabalho que o CAPS-AD propõe aos seus usuários. Parece-me que a equipe acredita que os produtos confeccionados durante uma oficina, realmente tem possibilidade de alcançar um lugar no mercado, através do resultado estético e de qualidade destes.

<sup>5</sup> Não foi possível, nesta pesquisa, desenvolver este assunto de forma mais aprofundada. Somente como referência, menciono Freud, em uma nota de rodapé no capítulo 2 de “O Mal estar na civilização” (1930, p.88), onde comenta a importância do trabalho como um dos caminhos possíveis de investimento libidinal. Assim, o trabalho é entendido como possibilidade de constituir fonte de satisfação na vida, ligando o

## **A função do CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial destinados a alcoolistas e toxicômanos)**

O CAPS-AD é um dispositivo recente no campo da Saúde Mental que se insere na lógica da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a criação deste dispositivo faz parte deste caminho relatado acima que se iniciou no Brasil com o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental inconformados com as condições dos pacientes psiquiátricos em asilos. A partir da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e pela defesa da inclusão destes na sociedade, terminando com os manicômios e abrindo novos serviços, é que os CAPS foram criados. Primeiramente, os CAPS destinados aos pacientes com transtornos mentais graves, psicóticos, e somente depois a implantação de CAPS destinados a uma clientela mais específica, como os CAPSi<sup>6</sup> e CAPS-AD.

O que justifica criar um CAPS-AD, este tipo de serviço específico para acolher pessoas que fazem um uso de álcool e drogas de forma prejudicial à saúde? O que mobilizou as autoridades envolvidas nesta problemática para que criassem um serviço destinado a esses usuários?

Na portaria GM 816 de 2002, há alguns pontos a serem destacados como o aumento de doenças como a Aids e sua relação com as drogas injetáveis, o aumento dos problemas relacionados ao uso de drogas pela população ativa e adulta, aumento do consumo de

---

indivíduo à realidade. Lacan também observa que todo trabalho é perda de gozo (1968-1969). É neste sentido, que nos apoiamos a esses autores para pensar o trabalho possível em uma oficina no campo da Saúde Mental.

<sup>6</sup> Centros de Atenção Psicossocial destinados à clientela infanto-juvenil.

drogas por crianças e adolescentes, a lei 10.216 que marcou a reforma psiquiátrica brasileira e confirmou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo aos usuários de serviços de Saúde Mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, a integralidade, a descentralização do modelo de atendimento e a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, organizando redes assistenciais considerando as desigualdades existentes.

A política nacional antidrogas valorizou a redução de danos e as intervenções preventivas, e a III conferência nacional de Saúde Mental em dez de 2001 reafirmou a elaboração de estratégias e propostas para efetivar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além de algumas iniciativas criadas já direcionadas para esta clientela como: o programa nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas, relatório final do seminário nacional sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, e a reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário.

Seguindo esta reformulação proposta, o CAPS-AD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, e oferecendo atividades terapêuticas, de prevenção e promoção da saúde. Além disso, uma de suas principais funções é a construção de uma rede intersetorial justamente para que aconteça a assistência integral ao usuário considerando as diferentes áreas de conhecimento e prática. Tem como diferencial de outros dispositivos o atendimento à crise, o acolhimento às diversas demandas do social e a tentativa de inclusão da sociedade na discussão da problemática relativa a álcool e drogas, e ainda propõe estratégias de atenção, ouvindo o usuário em sua singularidade.

Em sua conceituação, os CAPS têm a premissa de responder à crise, se diferenciando da estrutura dos ambulatorios que, na prática, já não corresponderam a este objetivo em sua criação. Os CAPS têm o dever de evitar internações, oferecendo a possibilidade de acompanhamento diário (modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva) dentro da lógica de redução de danos, propõe através do 'leito crise' condições para o repouso e desintoxicação, além de uma maior estrutura física e pessoal para receber, acompanhar e tratar a clientela que precisa de um tratamento mais intensivo. Oferece cuidados aos familiares dos usuários criando espaços diferenciados para receber uma certa parcela - dita grave - da população, tornando possíveis visitas domiciliares quando necessário.

Desta forma, o funcionamento de um CAPS conta com diversos dispositivos, dentre eles: a recepção, os grupos e oficinas, o atendimento psicológico e psiquiátrico, e o 'leito crise'. Possui uma equipe multidisciplinar: psicólogo, psiquiatra, assistente social, auxiliar de enfermagem e enfermeiro, por vezes musicoterapeutas e oficinairos em suas diversas especificidades, na intenção de realizar diversas ações que envolvam a reinserção social dos usuários. E conta com a articulação de diferentes áreas, como trabalho, cultura, lazer, e educação. Utiliza, portanto, recursos intersetoriais de campos como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas.

Nesta perspectiva, os CAPS-AD têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas dentro do seu território de atuação. De forma geral, a direção é que ele possa ser a porta de entrada da rede de Saúde Mental supervisionando outros dispositivos de cuidados a usuários de drogas, capacitando equipes de atenção básica e de programas como o do médico de família, que conhece a população e

mantém proximidade da comunidade, facilitando o acesso ao usuário que não chega ao serviço de Saúde Mental.

### **Reflexões sobre as conseqüências da criação do CAPS-AD**

Um serviço destinado a acolher pessoas que façam uso prejudicial do álcool e de outras drogas circunscreve um lugar para receber certas demandas. Desta forma, incentiva uma discussão sobre esta problemática, tomando para si a responsabilidade por territórios mais precários onde ocorra o uso de drogas de forma mais intensa. Reconhecer que há um trabalho específico a fazer com a sociedade e a população que faz uso de drogas de forma prejudicial a sua saúde, é um dos desafios do CAPS-AD.

Porém, o fato de criar um local para esses sujeitos se tratarem tem como pressuposto a existência de algo em comum entre eles (a dependência às drogas). No entanto, partindo da experiência no CAPS-AD ALAMEDA, recebemos pacientes com características clínicas tão diversas sob o nome de toxicomania, que perguntamos a que visa o CAPS-AD diante de singularidades tão diferentes?

Quais conseqüências podem existir no social pelo fato do CAPS-AD circunscrever uma clientela, oferecendo um espaço específico para esses pacientes? A resposta da sociedade depende de como esses locais de tratamento podem trabalhar com o que for endereçado ao CAPS-AD, através dos próprios pacientes, familiares, parceiros nas diversas áreas, e até vizinhos do bairro, provocando a exclusão ou a inclusão de alcoolistas e toxicômanos da sociedade.

A identificação a estes significantes ‘álcool’ e ‘drogas’ pode fazer com que o usuário se insira nesta cadeia: “eu sou toxicômano, eu sou alcoolista, eu sou do CAPS-AD”, o que já é um enorme trabalho para a equipe. Construir este sentimento de pertencimento e inserir-se naquele espaço aceitando que esses nomes o representam, pode vir a fazer parte do trabalho. Ao mesmo tempo, será que também não faz uma marca de exclusão em relação à sociedade? Em que medida, o rótulo de “alcoolista”, “toxicômano” (ou outro qualquer que o denomine), reconhecido pelo campo da saúde, pode vir a estigmatizar o paciente?

Desta forma, a fundação de um CAPS-AD em uma história do movimento da Saúde Mental, inclui a inserção destes significantes – álcool e drogas – como algo específico.

A especificidade da toxicomania é justamente a aderência do usuário à droga (diferente de alguém que usa droga em determinado contexto ou época de sua vida). A singularidade desta clínica estaria presente na forma em que através da qual cada paciente apresenta esse empuxo à droga, no seu meio sócio-cultural, com a sua expressão, significantes, e modo de se apresentar no exercício da fala.

A especialidade é uma das demandas que se dirigem ao CAPS-AD, ou seja, “vocês sabem sobre isso e só esta equipe pode tratá-lo”, a este tipo de endereçamento procuramos trabalhar no sentido oposto, ou seja, de construir parcerias no sentido de potencializar os recursos já existentes na rede social capacitando os serviços a acolher os usuários de drogas e seus familiares.

Na prática cotidiana, recebemos pacientes encaminhados de outros serviços da rede de Saúde Mental e nos é demandado uma especialidade, ou seja, um saber específico que responda a um problema relacionado a álcool e drogas. Como responder a esta demanda, de forma que possamos acolhê-la, mas não respondê-la e devolvê-la, no sentido de dar um

retorno a esta posição que acredita em um saber especializado? É verdade que há situações específicas nesta clínica, como a síndrome de abstinência, os efeitos das drogas no organismo, a busca por uma forma de prazer através da droga, mas isso não impossibilita descentralizar essas informações e compartilhar com os serviços parceiros.

### **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, (independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo) e essa realidade também é encontrada no Brasil.

O aumento do uso de álcool e drogas tomou a proporção de um grave problema de saúde pública no Brasil observado em diversos níveis sociais e sendo comprovado pela relação entre o consumo e os agravos sociais. Assim, foi necessário enfrentar este problema de forma a criar uma política pública acreditando que desta forma poderia-se reduzir os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Procurou-se estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais.

No entanto, um desafio para as práticas de saúde é aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva.

“O primeiro tem como seu foco as manifestações individuais das alterações da saúde, enquanto que o segundo efetua um outro tipo de corte, tomando a incidência e a prevalência das alterações em plano coletivo (Ministério da Saúde, 2003, p.9)”.

Esta separação entre a clínica e a saúde coletiva tem como consequência embates de saber/poder que reafirmam suas verdades em campos distintos e na maioria das vezes contrárias (2003, Documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas). Esta lógica binária caminha inversamente ao que propõe a política vigente que valoriza a transversalidade. Tornando-se um grande desafio implementar uma atitude que:

“... garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (Ministério da Saúde, 2003, p.9)”.

Na direção do conceito de transversalidade proposta pela política do ministério da saúde para usuários de álcool e drogas, encontramos dois campos distintos que nos interessa destacar nesta dissertação e que convivem nas equipes que trabalham nos CAPS-AD: o campo da Saúde Mental e a psicanálise. No momento nos deteremos a um recorte mais abrangente dessas duas formas de intervir e compreender o sofrimento psíquico.

## **A Saúde Mental e a Psicanálise**

A experiência como psicóloga realizada especificamente no município de Niterói foi uma experiência de trabalho que deixou como marca uma prática de orientação psicanalítica no âmbito público. Esta direção de trabalho abrangia toda a equipe nos diversos dispositivos em que trabalhei e tinha uma presença importante, de tal forma que, para mim, os dois campos - Saúde Mental e psicanálise – foram se apresentando simultaneamente entrelaçados. Por vezes ouvia falar de uma “terapia com base analítica”, uma tentativa de discernir que não se trata de psicanálise nos moldes tradicionais, uma vez que a psicanálise precisou sofrer modificações para que seja possível um trabalho em uma instituição pública<sup>7</sup>.

Observando os diferentes paradigmas entre a Saúde Mental e a psicanálise, decidi nesta pesquisa sublinhar a especificidade da psicanálise considerando a direção de trabalho da Saúde Mental. A Saúde Mental tem como objetivo a reabilitação psicossocial enquanto que a psicanálise não tem por intenção atingir este fim, mesmo que através do trabalho com o sujeito em sua relação com seu desejo, este possa ser um efeito do tratamento. Portanto, a psicanálise no CAPS-AD é inserida em um contexto específico, que é o de uma instituição pública promotora de Saúde Mental a qual observamos uma sobreposição de conceitos e práticas oriundos de ambos os lados.

Articulando ao que já foi apresentado em relação à Saúde Mental, chegamos a uma proposição de que este campo versa sobre um bem estar do paciente visto que o seu

---

<sup>7</sup> Temos uma diferença bem conhecida: em consultório particular, o paciente paga por sua análise diretamente ao próprio analista, que tem o poder de decisão de receber ou não este em tratamento. Já no âmbito público, o analista não recebe seu pagamento do paciente e, além disso, o tratamento é visto como um direito deste último.

surgimento aconteceu com um movimento político de melhorias na rede de saúde. Isso equivale a dizer que as ações propostas se baseiam em um cunho humanista, atravessado pelo idealismo de que a oferta de possibilidades cria condições para que o paciente melhore sua qualidade de vida. Este tipo de trabalho se baseia no assistencialismo, em uma luta política pelos direitos humanos e na disponibilidade pessoal de acolhimento. Assim, cabe destacar alguns aspectos que problematizam o trabalho orientado pela psicanálise na Saúde Mental.

A psicanálise se direciona em outro sentido quando procura que o paciente avance através de um encontro com o seu sofrimento. No artigo “O Mal estar na Civilização” de 1930, Freud traça os caminhos que o sujeito busca para abrandar os sofrimentos que estão presentes na vida. Neste percurso, ele constata a impossibilidade do ser humano ser feliz - a felicidade plena e satisfatória - através do que ele observa no funcionamento psíquico. Veremos no segundo capítulo como o conceito de pulsão se relaciona com o mal estar, na medida em que não há objeto que satisfaça completamente o ser humano.

Assim, o trabalho psicanalítico considera um funcionamento psíquico inconsciente direcionando o sujeito ao encontro desse mal estar, inerente a todos nós e que inclui o sofrimento.

O conceito de inconsciente funda um outro campo, o qual não temos acesso de forma direta, que nos surpreende e inaugura a idéia de que há desejos inconscientes que não temos conhecimento pela nossa consciência e que comandam nossa vida. E, mais que isso, nos determinam. Freud demonstra em sua obra, através da análise de sintomas, sonhos e atos falhos que o nosso pensamento segue trilhas e marcas presentes nessas produções. Desta forma, esses fenômenos não acontecem ao acaso, mas são produtos do inconsciente.

Em 1915, seu artigo “O Inconsciente” apresenta a crença na melhora do paciente através da tradução realizada no processo de análise de um pensamento consciente, superando as resistências, e chegando ao conhecimento de algo antes inconsciente. Assim, uma idéia consciente teria sido rejeitada e transformada no que anteriormente era material inconsciente. O desejo inconsciente, já na teoria freudiana, teria então lugar central no aparelho psíquico, fazendo movimento, produzindo conflitos e discursos.

Na teoria lacaniana, partimos do ponto em que o desejo é o que funda o sujeito, ou seja, sendo o inconsciente estruturado como uma linguagem é imprescindível que haja uma falta constitutiva para que exista uma cadeia de significantes<sup>8</sup> onde o sujeito do inconsciente aparece como efeito deste movimento. Os significantes em cadeia seguem uma associação e uma organização própria, porém não há um fechamento, não existe uma palavra que nos representaria de forma total. Desta maneira, é com esta falta constitutiva que compartilhamos o mundo da linguagem e o funcionamento pertencente à convivência social. A palavra que circula entre nós e que é recebida no campo de uma lei comum é compartilhada através dos significados.

O campo da Saúde Mental supõe este compartilhamento imaginário através das relações de cuidado e formas de agenciar a vida dos sujeitos que se apresentam nos serviços de saúde, promovendo soluções. Já a psicanálise, trabalha com registros diferentes da palavra, considerando a posição subjetiva de cada paciente e trabalhando com o sujeito do inconsciente, “sujeito, aí, é esse modo singular no qual ele está preso à palavra”. (2004/ Rocha, E. e Tenório F.).

---

<sup>8</sup> Significante é um dos elementos da cadeia associativa que não está fixado em somente um significado, por isso traz a riqueza da dimensão simbólica da palavra.

O sujeito do inconsciente é um fato de discurso e efeito de palavra. Ele é afirmado com o trabalho que a psicanálise realiza através da fala, concebendo-a e lhe dando um lugar diferenciado de outras disciplinas. Assim, o sujeito se localiza dependendo de como o discurso está articulado e o funcionamento da cadeia, por sua vez, depende desse lugar vazio e dessa falta em que se instala o sujeito. A psicanálise, conta então com um campo que se perde, pois o inconsciente, na visada de Lacan (1964a), abre para se fechar, e o comparecimento do sujeito passa a ser pontual. Desta forma, todas essas conseqüências sobre o inconsciente a partir de Freud e Lacan fundam um campo de atuação muito diverso daquele que relacionamos à Saúde Mental.

Com estas colocações, um primeiro impasse já se coloca: como trabalhar com o conceito de autonomia em Saúde Mental, àquele que traz em si a idéia de liberdade e independência pessoal<sup>9</sup>, partindo do ponto de vista da psicanálise?

Nos fundamentos da psicanálise encontramos justo o pensamento contrário através deste conceito desenvolvido por Freud que é o da sobredeterminação inconsciente. Como somos livres e independentes, donos de nossa vida, se processos inconscientes estão presentes o tempo todo direcionando nossas decisões?

Nos deparamos com uma questão quase filosófica se introduzirmos uma discussão sobre a liberdade do sujeito. Sujeito este produzido pelo inconsciente e sobredeterminado, mas que a psicanálise não isenta da responsabilidade em seu surgimento. Assim, responsabilidade e implicação do sujeito andam juntas, no entanto sempre trabalhadas no a posteriori do aparecimento deste sujeito do inconsciente, que é efeito do trabalho de fala.

---

<sup>9</sup> No campo da Saúde Mental, trabalha-se com o conceito de autonomia significando independência do paciente, mas há também a definição de Tykanori que direciona o conceito para múltiplas dependências, como já citei neste capítulo. O conceito de autonomia que me refiro acima é aquele relacionado ao significado de independência do usuário.

Há uma problematização segundo a psicanálise sobre o conceito de autonomia tal como idealizado na Saúde Mental, cindindo os campos com a dimensão do inconsciente.

### **A Política da Redução de Danos**

Acompanhando o movimento mundial em relação às políticas públicas associadas ao uso de álcool e outras drogas, observamos que em oposição a uma visão proibicionista e puramente moralista que propõe “guerra às drogas”, vemos surgir uma outra forma de conceber esta problemática nomeada como redução de danos.

A redução de danos se insere paralelamente ao movimento da Saúde Mental onde há uma história de luta política defendendo os direitos dos excluídos, o resgate da cidadania primeiramente dos loucos, porém mais recentemente dos toxicômanos. Valoriza a responsabilidade individual, a liberdade de escolha e a descriminalização. Além disso, contribui para diversificar as formas de atendimento e de tratamento, transformando os objetivos e a direção destes, e ainda articulando-os aos variados dispositivos intersetoriais. Assim, a redução de danos prioriza o cuidado, a saúde e a inserção social.

Em 1926, na Inglaterra houve uma primeira intervenção com esta visada quando foi estabelecido no relatório Rolleston, o direito a profissionais da saúde de prescreverem opiáceos aos usuários dessa droga, desde que observados alguns critérios como o paciente não conseguir manter uma vida normal e produtiva sem uma dose mínima da droga administrada regularmente, ou ainda como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com o objetivo de cura após várias tentativas ineficazes de tratamento pela abstinência. Porém só em 1985, em Liverpool, que as estratégias de redução de danos foram reconhecidas como um modo de conter a epidemia de aids. (1994/Bastos, F.I.).

No Brasil, a estratégia de redução de danos também iniciou com esta proposta de conter a epidemia de aids que eclodia e junto com ela a preocupação com os modos de transmissão onde um deles era através do uso compartilhado de drogas injetáveis. Essa experiência foi expandida para o uso de outras drogas, compreendendo uma forma de aproximação do usuário sem discriminação, e respeitando a sua liberdade de escolha. Outra prioridade foi a divulgação de informações sobre os danos causados pelo uso de drogas, e os riscos que atingem os outros e a si próprio. (2006/ Cruz, M.) Assim, nos parece que o fato de a medicina lidar com o tratamento da aids de um modo a aceitar que não há cura (e sim redução de danos) foi transportado para o tratamento das toxicomanias, passando a ser entendida como uma doença sem cura.

Ao mesmo tempo, a redução de danos inaugurou uma forma de entender toda a problemática referente ao uso de drogas de modo mais flexível chamando a atenção para a prevenção, questionando consensos colocados a priori ao redor do usuário e das drogas, e se tornando mais uma referência na escuta de quem continua envolvido com as drogas (2004/ROBERTO, C.).

“Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.(Ministério da Saúde, 2003, p.11)”

Podemos dizer que o trabalho realizado pelos redutores de danos respeita os usuários, ouvindo-os, resgatando histórias de vida, construindo vínculos, e ainda facilitando

o acesso a informações e orientações, possibilitando a ida ao serviço de saúde. Neste sentido, pode ser visto como um trabalho preliminar de cavar um pedido, qualquer que seja ele, e estaria provocando uma abertura para quem sabe um posterior trabalho terapêutico.

### **A Redução de Danos e a Psicanálise**

Em 2007 tive a oportunidade de conhecer um trabalho realizado pela organização chamada “Médecins du Monde” em Paris, França. Esta organização tinha um ônibus muito bem equipado a fim de distribuir principalmente a medicação substitutiva da heroína, a metadona. As pessoas estavam em fila esperando o seu remédio a cada ponto de ônibus. Este “ônibus-ambulatório” circulava pelos arredores de Paris mais freqüentados pelos toxicômanos. Cada paciente tinha o seu registro, a sua identificação no computador moderníssimo do “ônibus do futuro”. Pois bem, essa era uma medida que visava o bem, a estabilização do paciente com a substituição da heroína. E ainda tinha a intenção de melhorar a qualidade de vida, tendendo a uma estabilização maior, daqueles que usavam drogas. Porém, esta ação aplacava também o mal estar social que os toxicômanos provocam nas ruas. Essa condução não tem em si uma medida moral? Acreditava-se que essa prática era o melhor para todos. Isso não quer dizer que alguns pacientes não usem essa oportunidade para mudarem suas vidas, para estarem no laço social de uma outra forma, e realmente se beneficiarem com esta intervenção. O uso da metadona pode abrir uma possibilidade de ligação com o outro, mas essa não é a via que a psicanálise se utiliza. Ou seja, através de uma medicação, ou da mesma droga, inserir uma regulação. Perguntei –me: “quantos continuariam com suas vidas mortas e saudáveis?”

A primeira diferença da psicanálise que logo se apresenta tem relação com o fato da redução de danos ser uma política, uma concepção formada que aparece com a idéia de um controle social. Neste aspecto, a psicanálise estaria bem distante do que supomos uma política pública que é pensada “para todos” em contraposição com a singularidade presente no trabalho psicanalítico com cada um.

Ainda nesta discussão, Freud ao falar de uma *Weltanschauung* (Conferência XXXV) localiza a psicanálise fora de “uma construção intelectual que soluciona todos os problemas de nossa existência”. (Freud, 1933[1932], p.155) Como ele mesmo mostra em seu texto, a psicanálise se distancia de um sistema religioso, e em contraposição, ele determina que a psicanálise “tem de aceitar uma *Weltanschauung* científica” (id, ibid.). No entanto, logo depois de aproximá-la da ciência, identifica que esta última “diverge muito de nossa definição” (id, ibid.). Mesmo com o esforço de Freud em situar a psicanálise como uma parte da ciência e com isso compartilhando uma *Weltanschauung* científica, fica evidente a dificuldade de encontrar um lugar para esta de forma a inseri-la em um campo de saber pré-estabelecido.

Assim, a psicanálise escaparia a um saber sabido, como uma estratégia a ser utilizada ou uma política a ser seguida a priori, se distinguindo mais ainda quando entra em cena o saber inconsciente: aquele que não sabemos, mas que nos rege e determina. Não há um objetivo a ser seguido antes do caminhar do tratamento, mas sim uma direção que surge através da transferência, da relação que se constrói a cada atendimento. Então, como “programar” um tratamento, a favor da redução de danos, de antemão?

Pode ser injusto exigir que alguém que nos procura com uma dificuldade que é esta - dependência de drogas -, “abra mão” literalmente do seu objeto, para iniciar o tratamento. Este funcionamento tão arraigado ao sujeito, ele não larga de forma tão fácil. Assim, a

psicanálise também partiria deste mesmo ponto inserido na concepção de redução de danos que é o de reconhecer que não há como prescindir de algum prazer.

Então, a questão que se coloca é a seguinte: como trabalhar nesta intersecção, entre o paradigma da Redução de Danos e a Psicanálise? Algo destas duas proposições vão na mesma direção? Quais as diferenças que se colocam?

A concepção de redução de danos pode ser utilizada por diversos profissionais de formações bem diferentes, o que amplia ainda mais a complexidade das ações. Desta maneira, um dos pontos que diferencia um trabalho orientado pela psicanálise depende de uma certa posição de sustentar, além de uma prática através da fala do paciente, também um lugar de intervenção que não obedece a uma lógica da reciprocidade, da dualidade e da compreensão.

### **Experiências com redução de danos**

No CAPS-AD ALAMEDA, em Niterói, trabalhei recebendo usuários através desta noção de redução de danos. Trabalhar partindo da noção de redução de danos, resultava em acolher quem me procurava mesmo que este estivesse sob o uso de álcool ou drogas. Parece que esta noção nos retira de uma certa moralidade onde não exigimos abstinência para o início do tratamento. No entanto, como pano de fundo, esta expectativa de que este que nos procura diminua ou pare o uso da sua droga, continua existindo. Podemos compreender que todo o mal, ou pelo menos um entrave ao tratamento e à vida provém deste uso. Neste sentido, é muito difícil não ser influenciado pela idéia de que aquele paciente, estando abstinente, estaria melhor se não utilizasse drogas. Outra idéia de influência da política de

redução de danos é querer conduzir o tratamento na direção do “bem” do paciente. Na prática, somos levados a aceitar a condição dele, sem saber o que daí pode advir.

Enquanto o Ministério da Saúde adverte “faz mal à saúde”, a psicanálise nos adverte “não há uma completude ou felicidade alcançada com a abstinência”. E qual seria o lugar da redução de danos? De uma certa maneira, concorda com as duas advertências quando aceita que o usuário continue fazendo o uso da droga.

Chamou-me muita atenção uma outra experiência na cidade de Paris, França, mais particularmente em um serviço chamado “*boutique*”, dispositivo que faz parte da rede de saúde destinado a acolher os usuários de álcool e drogas, em suas mais diversas necessidades. Havia ali uma equipe multiprofissional, compreendendo enfermeiros, plantão jurídico para esclarecimentos, psicólogos, etc. e ao mesmo tempo, este dispositivo era localizado em uma área com maior número de usuários de drogas. Neste lugar, kits com seringas e material preventivo eram distribuídos, e justamente estes eram os pedidos mais frequentes de quem os procurava. Impressionou o fato de, mesmo para aqueles que chegavam muito drogados, era oferecido, sem hesitação, o tal kit. E poderíamos nos perguntar, por que não? Este precisaria mais que qualquer outro. A questão que se colocou foi: por que não seria interessante, não dar o kit antes de tentar uma outra forma de aproximação? Assim, acompanharíamos uma experiência de mal estar ao invés de ceder a um pacto de bem estar com aquele que nos procura. Em outros termos, como ajudá-lo a deslocar sua aderência à droga? Dar o kit sem nenhuma palavra, com um certo automatismo, é fazer o quê? Isso não garante que ele vá utilizá-lo. Mas é esse o paradoxo que se coloca. Não se espera que o usuário pare o uso de drogas, mas a expectativa é que ele possa ter mais cuidados com sua saúde e com a de outrem ao utilizar as drogas. Em última instância, espera-se a redução do uso.

Ao mesmo tempo, não podemos deixar de considerar que esse atendimento em que se dá o que o usuário pede já é uma aproximação... talvez, na mesma forma de relação com a droga. O kit é só um meio para se drogar. No entanto, este meio pode se desdobrar em vínculos estáveis com profissionais, em ligações de confiança, e em aproximação da saúde de uma forma geral.

### **A prática de Redução de Danos**

A prática de redução de danos faz referência a um trabalho “comportamental”? O trabalho de “educar” o paciente a beber menos ou de forma mais regrada, e menos prejudicial?

Encontramos em Freud, no seio da psicanálise, algumas idéias que parecem nos aproximar de uma idéia de redução de danos, porém não comportamental:

“O trabalho psicanalítico continuamente se defronta com a tarefa de induzir o paciente a renunciar a uma dose imediata e diretamente atingível de prazer. Não se pede a ele que renuncie a todo prazer; talvez não se possa esperar isso de nenhum ser humano...” (Freud, S., 1916, p.326).

E continua mais adiante:

“Não, apenas se pede ao paciente que renuncie às satisfações que inevitavelmente trarão conseqüências prejudiciais. Sua privação deve ser apenas temporária; ele só tem de aprender a trocar uma dose imediata de prazer por uma mais segura, ainda que adiada. Ou, em outras palavras, sob a orientação do médico, pede-se a ele que avance do princípio do prazer para o princípio da realidade pelo qual o ser humano maduro se distingue de uma criança” (id, p.326).

Freud chega a nomear esse processo de educativo dizendo que o médico desempenha o papel “eficaz estranho”, fazendo uso da influência que um ser humano exerce sobre o outro. Continua ressaltando que o médico, neste trabalho educativo, faz uso de um dos componentes do amor, parecendo fazer referência à transferência<sup>10</sup>.

Em que sentido essas indicações se diferenciam de um trabalho de redução de danos, já que Freud chega a falar de uma face educativa?

Freud lembra que quando pedimos ao paciente que renuncie a alguma satisfação, que aceite um sofrimento ou mesmo que se submeta a uma necessidade que se aplica a todos, encontramos pessoas que resistem dizendo que já sofreram bastante e têm o direito de serem poupados de outras exigências, se tornando exceções.

Observamos que mesmo com todas as informações educacionais e “conscientes” de que o uso de drogas “causa danos”, isso não parece suficiente para barrar este uso. A dependência de drogas não é solucionada pela vertente da educação ou do acesso à informação. Uma referência bem próxima ao nosso cotidiano traz essa idéia em evidência: apesar de uma imagem horrorosa na caixa de cigarros alertando o fumante dos danos causados, ele não prescinde de seu prazer.

A abordagem psicossocial inserida na Saúde Mental tende a desconsiderar a existência de um funcionamento que considere a proposição freudiana que impele o sujeito a repetir o desprazer levando-o a sua autodestruição. A concepção de saúde conta com um movimento do sujeito ligado à vida, tendo como objetivo um ideal de equilíbrio, rejeitando a dimensão dessa repetição destrutiva, que em última instância tem relação com o que

---

<sup>10</sup> Conceito psicanalítico em que o paciente transfere experiências infantis inconscientes para o analista, experimentando uma relação afetiva estabelecida antes em geral com seus pais.

chamamos de gozo, na medida em que o gozo constitui a satisfação selvagem e paradoxal da pulsão.

Nesta perspectiva, a redução de danos estaria mais próxima da psicanálise na medida em que alguns ideais não são impostos ao sujeito, no mesmo tempo que trabalha com as possibilidades reais deste.

No entanto, a política de redução de danos vem complementar os objetivos já colocados no campo da Saúde Mental: a reinserção social e uma maior qualidade de vida. Utiliza uma estratégia intersetorial onde o principal desafio é trabalhar em parceria, buscando o bem estar biopsicossocial dos usuários dos serviços de saúde. Assim, a redução de danos aponta para um movimento do sujeito ligado à vida, enquanto que a psicanálise nos mostra que nem sempre é este o movimento que está em jogo. Veremos no segundo capítulo, que uma força muito mais destrutiva no ser humano coexiste.

Isso não inviabiliza o entrelaçamento dessas práticas, mas as distancia e as caracteriza como campos bem diversos. No entanto, no que se refere a uma intersecção, as duas vão em direção oposta às práticas de anulamento do sujeito, questionando ideais de abstinência.

A psicanálise trabalha no sentido de buscar uma implicação do sujeito e sua responsabilização, fazendo resistência a um certo assistencialismo, a busca de uma resposta medicamentosa que traga uma solução, ou ainda a um ideal harmônico. Neste sentido, a psicanálise visa trabalhar com o funcionamento psíquico inconsciente de cada um em sua singularidade, considerando que não sabemos a priori quais caminhos tortuosos foram trilhados e serão atualizados na transferência com o analista. Com a psicanálise temos uma dimensão da intervenção menos diretiva, objetiva e concreta do que com a redução de danos, porém não deixando de apresentar seus efeitos no real.

Desta maneira, surgem algumas questões que nos remetem ao campo da Saúde Mental, e mais especificamente à estratégia de redução de danos. Será que esta concepção também tem, como consequência uma intervenção sobre o gozo, muitas vezes sem limites, que encontramos com os alcoolistas e toxicômanos? Até que ponto um trabalho interfere no outro?

Em que a psicanálise talvez possa contribuir refere-se ao fato de que nem todos os pacientes são beneficiados por este “método” orientado pela estratégia de redução de danos. A redução de danos parece ter uma abordagem visando principalmente um objetivo: a melhoria da qualidade de vida do paciente através de uma intervenção no seu prazer imerso pelo uso de drogas e que leva à destruição. A psicanálise, diferente de um objetivo claro a cumprir de antemão, é um fazer em ato. A intervenção do terapeuta orientado pela psicanálise é sempre uma aposta. Há a incerteza, e a decisão de uma intervenção que pode provocar uma experiência de perda dos dois lados, do terapeuta e do paciente. O que caracteriza um trabalho orientado pela psicanálise é o recolhimento da fala, que situa, a posteriori, os efeitos de sujeito.

Resta ainda uma questão: A intervenção do terapeuta na direção de limitar este prazer sem limites é de alguma forma almejar o bem do paciente? Esbarramos neste ponto com a difícil posição do analista, segundo Lacan, de causa de desejo (1969-1970/Lacan, J.), ou seja, causar trabalho subjetivo a partir do oferecimento de uma escuta, na posição de resto, e não de uma intenção a priori.

Vejam no segundo capítulo o que orienta essa escuta através dos conceitos psicanalíticos de desejo, demanda e pulsão. E ainda o que está em jogo na economia subjetiva desses sujeitos alcoolistas e toxicômanos.

## Capítulo 2

### **A contribuição da psicanálise à problemática da Saúde Mental: demanda e desejo**

“- Deixe me ter meu pequeno círculo vicioso. Sabe, o círculo é a figura geométrica perfeita. Sem fim, nem começo” (o personagem do filme “Farrapo Humano”, após um primeiro gole de bebida alcoólica, dirigindo-se ao garçom que o serve em uma bancada de bar).

Um CAPS-AD tem como pressuposto intervir no uso que o paciente faz das drogas de modo a fazer com que este seja menos prejudicial. Pretende oferecer oportunidades e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. A partir desses pressupostos, tem como direção de trabalho alguns ideais já mencionados no primeiro capítulo, dentre eles a reabilitação. Desta forma, o campo da Saúde Mental é orientado pelos princípios de ressocialização que tem como objetivo a inclusão do usuário na sociedade (2001/Figueiredo).

Ao mesmo tempo, a psicanálise se apresenta como uma realidade já presente neste campo, como um discurso que contribui marcando sua diferença ao introduzir a dimensão do sujeito em relação à demanda e ao desejo. Nesta perspectiva, a práxis psicanalítica pretende intervir sob a economia psíquica e o modo de funcionamento do paciente. Apresenta-se então, um conflito permanente entre o discurso da Saúde Mental, que de

alguma forma pressupõe que há um bem a ser alcançado para aquele sujeito e a psicanálise que pretende incidir sobre a relação do sujeito com seu desejo.

Para pensar a problemática que envolve o alcoolismo e a toxicomania, não podemos prescindir do que a psicanálise traz como contribuição a este campo, já que somente ela favorece esse tipo de reflexão onde a ênfase é colocada na relação paradoxal do sujeito com o desejo. A psicanálise torna-se, então, uma abordagem importante para a compreensão do que se passa com os alcoolistas e toxicômanos a partir de um ponto de vista que leva em conta o funcionamento pulsional do sujeito. É nesta visada que vamos nos deter neste capítulo, desenvolvendo os conceitos de pulsão, desejo e demanda.

A relação do sujeito com o desejo, implica na problemática da pulsão. Freud observa que diferente do instinto dos animais, o homem, na sua relação com o objeto obtém uma satisfação que não cessa de querer satisfazer-se. Ele considera a pulsão um conceito obscuro em seu artigo de 1915 “A Pulsão e seus destinos”, mas tenta distingui-lo formalizando algumas características. Situando a pulsão na fronteira entre o somático e o mental, ele a diferencia de um estímulo fisiológico (Freud, 1915, p.118). Assim, um estímulo pulsional é proveniente de dentro do próprio organismo, atuando como uma força constante, exercendo pressão e necessitando de satisfação. A finalidade de uma pulsão é sempre a satisfação através de um objeto que originalmente pode não estar ligado a ela. O objeto é o que há de mais variável (1915/Freud).

Através da satisfação de nossas pulsões experimentamos o sentimento de felicidade. Freud coloca ênfase nos sentimentos de prazer e desprazer quando sublinha a importância do princípio de prazer atuando no ser humano de forma tão evidente. Este princípio regula o funcionamento psíquico na medida em que as sensações de prazer acontecem quando a energia do aparelho diminui e as sensações de desprazer quando elas aumentam. O aparelho

mental se esforçaria por manter tão baixa quanto possível a energia psíquica, ocasionando uma tendência no sentido do princípio de prazer. No entanto, essa tendência é contrariada, por vezes, por outras forças ou circunstâncias de forma que, por fim, nem sempre estejamos imersos em sentimentos de prazer. Ao contrário disso, a sensação de mal estar é freqüente e essa tendência na direção do objetivo de afastar o desprazer é, muitas vezes, atingível apenas por aproximações. Observamos também que não é possível que a energia do aparelho psíquico seja descarregada por inteiro porque isso equivaleria à morte. Ele observa que o princípio de prazer não pode ser executado apesar de sua eficácia no funcionamento psíquico. Deste modo, a vida inclui o desprazer e o mal estar.

É neste sentido que o ser humano procura a sua felicidade, com o movimento de afastar o desprazer e buscar sensações prazerosas. A pulsão, ela sempre procura uma forma de ser satisfeita. A questão é que essa força nunca cessa, e este é um fato que contribui para a sensação de mal estar na vida.

No artigo “Além do Princípio de Prazer” em 1920, Freud questiona o princípio regulador do aparelho mental: o princípio de prazer. O funcionamento do sujeito em buscar sempre experiências prazerosas e afastar o desprazer estava sendo revisto através de observações e constatações clínicas de que algo desprazeroso se repetia.

Analisando as repetições incluídas nas brincadeiras infantis – o fort-da<sup>11</sup>, os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas, e a própria experiência da transferência que acontecia no tratamento psicanalítico com neuróticos, Freud se pergunta como situações tão

---

<sup>11</sup> Brincadeira repetitiva de desaparecimento e retorno de um objeto que se relaciona ao momento de renúncia à satisfação pulsional da criança ao deixar a mãe ir embora. Simboliza a repetição de um momento desprazeroso, porém se difere das outras experiências acima porque a criança consegue extrair algum prazer desta brincadeira e nos fornecem provas do funcionamento de tendências para além do princípio de prazer.

aflitivas se conjugam com o princípio de prazer. Ou seja, por que algo tão desprazeroso continua se repetindo.

Freud chega à transferência como uma atuação que pode evocar situações desprazerosas na relação com o analista. A transferência ganha o estatuto de uma das expressões da compulsão à repetição onde os pacientes repetem as emoções penosas e desprazerosas que estão recalçadas e inconscientes. A compulsão à repetição acontece através da rememoração de experiências que não incluem alguma possibilidade de prazer e que nunca trouxeram satisfação. Acrescenta dizendo que a experiência de ter vivido essas situações desagradáveis não ajudou em nada que elas não se repetissem sob a pressão de uma compulsão. E conclui que a compulsão à repetição parece um funcionamento “mais primitivo, mais elementar e mais instintual do que o princípio de prazer que ela domina” (Freud, 1920, p.34).

Ele chega a uma formulação que revirou seus fundamentos. Através das manifestações da compulsão à repetição (incluindo o fenômeno da transferência que ocorre no tratamento analítico) e ao mesmo tempo se servindo do exemplo do funcionamento biológico quanto ao curso da vida de alguns organismos, desemboca em um modo do aparelho psíquico funcionar onde o que estaria vigorando seria a tendência das pulsões a retornar a um estado anterior de coisas. Freud enuncia que “o objetivo de toda vida é a morte” (Freud, 1920, p.49).

No entanto, analisando as células germinais entende que há um grupo delas que tende a preservar a vida e nomeia as pulsões que cuidam dos destinos desses organismos como pulsões sexuais. Assim, as pulsões sexuais têm a função de preservar a vida, e por isso são incluídas no que vai chamar de pulsão de vida.

Continua dizendo que elas operam em contraposição às outras pulsões que conduzem à morte, as chamadas pulsões de morte. Assim, é no jogo das forças pulsionais entre pulsão de vida e de morte que Freud vai explicar o progresso e a continuidade da vida.

É nesta dualidade que Freud vai considerar, de acordo com o autor que ele próprio cita: E. Hering, a pulsão de vida como uma força de união, “construtiva ou assimilatória” (Freud, 1920, p.60) e operando em direção contrária, a pulsão de morte, com a característica “destrutiva ou dissimilatória” (Freud, 1920, p.60). Assim, na vida e desde o início, haveria uma fusão dessas duas forças atuando ora no sentido da vida, ora no sentido da sua extinção.

A observação freudiana que conduz ao conceito de compulsão à repetição trouxe uma nova perspectiva de abordar a clínica com alcoolistas e toxicômanos, sendo impossível conceber a problemática desses sujeitos desconsiderando esse movimento de destruição repetitivo que Freud destaca como compulsão, expressão da pulsão de morte. Este olhar tão específico da psicanálise se presentifica no cotidiano desses sujeitos toxicômanos evidenciando algo de sua economia psíquica.

Lacan revisita o conceito de pulsão dizendo que é aquilo que todo analista conhece por experiência. Lembrando que se trata de uma força constante, ele interroga o que quer dizer a satisfação da pulsão. “... o uso da função da pulsão não tem para nós outro valor senão o de pôr em questão o que é da satisfação.” (Lacan, J., 1964a, p.158) E continua ressaltando que é nesse nível da pulsão que o estado de satisfação deve ser retificado.

Assim, se considerarmos que estes sujeitos funcionam de modo compulsório, se mantendo presos aos seus objetos de consumo (as drogas), podemos também supor que não é de outra maneira que eles se ligam a seus terapeutas, incluindo-os também ao seu circuito pulsional.

Tanto a droga como o terapeuta, fazem parte deste circuito pulsional do sujeito. Eles estão presentes na ordem da linguagem, significantes de circulação no qual o sujeito será seu produto. O sujeito do inconsciente parece estar presente desde o início na medida em que endereça algum pedido ao outro, e já apresenta a este outro, um funcionamento pulsional, “um sistema onde tudo se arranja, e que atinge seu tipo próprio de satisfação” (Lacan, J., 1964a, p.158).

É desta forma que o uso da droga pode funcionar como um tamponamento do sujeito, de fechamento da marca de sua falta. Porém, ao evidenciarmos uma busca incessante do sujeito em relação à droga se apresenta também uma procura contínua de satisfação. Assim, no mesmo tempo que o sujeito toxicômano busca tamponar a falta, também a revela.

### **Contribuições freudianas: a satisfação pulsional em relação às toxicomanias**

Na pré-história da psicanálise, Freud, em seu artigo “A sexualidade na etiologia das neuroses” (1898), ao tratar a masturbação como causa da neurastenia<sup>12</sup> compara este hábito aos outros vícios dizendo que os narcóticos servem de substitutos da falta de satisfação sexual. E sempre que a vida sexual normal não pode ser restabelecida, haverá com certeza uma recaída do paciente. “Entregue a si mesmo, o masturbador está acostumado, sempre que acontece alguma coisa que o deprime, a retornar a sua cômoda forma de satisfação.” (Freud, 1898, p.262) Salientando que a masturbação trata-se de uma atividade auto-erótica,

---

<sup>12</sup> Neurastenia é um quadro clínico que se caracteriza por diversos sintomas como fadiga, cefaléia, empobrecimento da atividade sexual, etc... Freud busca a sua etiologia na masturbação, funcionamento sexual incapaz de resolver adequadamente a tensão libidinal.

a auto administração das drogas também provocaria esta forma de satisfação voltada para si. Porém, observamos em alguns casos, uma satisfação que é compartilhada em grupo, como por exemplo, a freqüente reunião de alcoolistas bebendo juntos em um bar<sup>13</sup>.

Freud em seu artigo “Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor” (1912) refere-se a um modo excepcional de relação com o objeto a respeito da relação do bebedor com o vinho. Neste modo de ligação não haveria nenhuma disjunção entre o amor e o desejo nesta relação, assim como também não se trata de sempre buscar através da queixa um novo objeto que seria capaz de lhe completar. Nas palavras de Freud, fazendo menção ao que dizem os grandes alcoólatras, “... a respeito de sua relação com o vinho, ela aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz” (Freud, 1912, p.194) Desta forma, o casamento com o vinho é fora do comum, pois segundo Lecoeur (1992), não se importa com os impasses do sexo.

Então, Freud se pergunta porque a relação do amante com seu objeto sexual é tão diferente daquela que se refere à relação do bebedor com o vinho.

Tratando-se de sujeitos toxicômanos, parece surgir um funcionamento peculiar nestes, com a intenção de tamponar qualquer mal estar presente em suas vidas com a droga, se afastando do desprazer, e se direcionando em busca da substância. Freud comenta (1930 [1929], Freud) que diante da vida - que é árdua demais, e causa muitos sofrimentos - fazemos uso de medidas paliativas como as substâncias tóxicas que proporcionam o efeito de nos tornarmos insensíveis ao mal estar. Este “método” é destacado como o mais eficaz

---

<sup>13</sup> Charles Melman em seu livro “Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar” diferencia o alcoolismo da toxicomania. Quanto ao alcoolismo, faz referência a um gozo fálico que supõe um certo compartilhamento entre pares. Na toxicomania, observou-se um funcionamento mais próximo do autoerotismo. O autor identifica como um funcionamento relacionado ao gozo Outro.

contra as sensações desprazerosas. No entanto, o que eles encontram logo após o prazer obtido pela droga é o mal estar.

Freud comenta (1930 [1929]) a importância e o benefício que indivíduos e povos concederam às substâncias psicoativas na economia do sujeito e da cultura, quando o que se busca é a felicidade. Em seguida, no mesmo texto: “Mal Estar na Civilização” (1930 [1929]), o autor parece nos precaver quando observa que:

“Uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo (Freud, 1930a [1929], p.85)”.

Sobre os pacientes, Lacan comenta que eles se satisfazem pelas vias do desprazer. Por uma espécie de satisfação, eles se fazem sofrer demais, caracterizando uma satisfação paradoxal. A característica da pulsão é de ser uma força constante que pressiona por satisfação. A satisfação da pulsão é sempre satisfeita. Como a pressão não cessa, a busca da satisfação continua. Essa satisfação que se satisfaz sempre e não cessa, passando pelo desprazer, parece caracterizar o que é da ordem do gozo em Lacan.

Desta forma, veremos que a problemática da satisfação se coloca no momento que o significante faz a sua marca, subvertendo a natureza e fundando o sujeito na ordem da linguagem. É assim que Lacan destaca a montagem da pulsão, “como não tendo nem pé nem cabeça” (1964a/ Lacan, J., p.161). Ele recorta uma definição de Freud onde a pulsão define “todas as formas pelas quais se pode inverter um tal mecanismo” (ibid, p.161). Essa relação da pulsão com o objeto, Lacan concebe em termos de demanda.

## **A demanda e o desejo no campo do sujeito**

O conceito de desejo em Freud é essencial em sua obra inaugural da “Interpretação dos Sonhos” (1900). Neste momento, Freud já observa que os elementos triviais de um sonho são indispensáveis a sua interpretação. A lembrança do sonho é sempre inexata e fragmentada por conta da censura que há na elaboração onírica, onde há um trabalho de distorção do conteúdo inconsciente retirando seu valor psíquico (Freud, 1900, p.548). É a partir do trabalho de destrinchar o que é a elaboração onírica que Freud chega a um postulado conhecido de que todo sonho é uma “realização de desejo” (Freud, 1900, p.597). Os sonhos como produto do inconsciente, estão vinculados a este sistema que não conhece outro objetivo senão a realizações de desejos. Freud entende que a força propulsora do sonho é um desejo que busca realizar-se (Freud, 1900, p.564). Este desejo, além de inconsciente é também sexual e infantil (Freud, 1900, p.583). O sonho, então, é a expressão da condição mais primitiva do sonhador, onde ele revive sua infância e onde as moções pulsionais que a dominaram estão presentes.

É a partir deste ponto, que Freud entende o desejo como o motor da produção de um sonho. Com a hipótese de existir um sistema inconsciente, ele se pergunta por que os sonhos seriam sua única manifestação. Esta descoberta de um funcionamento inconsciente na base dos sonhos se estenderá ao entendimento dos sintomas histéricos. Os sintomas são a realização de um desejo inconsciente, porém para que ele exista será necessário o surgimento simultâneo de dois desejos opostos, cada um originário de um sistema psíquico diferente convergindo em uma única expressão sintomática. Assim, um sintoma é a

expressão de um conflito de desejos entre o sistema pré-consciente e o inconsciente, uma solução de compromisso.

Lacan colocou a descoberta freudiana - a noção de desejo - no centro da teoria analítica. Ele diz em seu seminário livro 5 (1957-1958) que não existe palavra para exprimir o desejo. Considera que não é tentando defini-lo teoricamente que teremos acesso ao que é da ordem do desejo. Há algo que passa pela experiência indizível, e escapa à própria linguagem. Lacan identifica o desejo enquanto “... aquilo que se produz na hiância aberta pela fala na demanda” (Lacan, 1957-1958, p.428).

O conceito de demanda em Lacan é construído se contrapondo ao de necessidade. A necessidade é satisfeita através de um objeto específico. Em oposição ao mundo animal, o homem depende, para suas necessidades essenciais de outros homens. O mundo humano impõe ao sujeito demandar a um outro a satisfação de suas necessidades.

É a mãe ou um substituto, que vai dar sentido ao choro do bebê, significando para ele, a sua mensagem na ordem da demanda e tentando responder satisfazendo-o. Neste encontro de demandas entre a mãe e a criança, a demanda oral se apresenta na forma de ser alimentado e se deixar alimentar.

Entre todo pedido da criança e sua satisfação, há um descontentamento, uma incompletude primária que tem relação com a entrada na linguagem. O que há, é um encontro de demandas, de forma que, há sempre algo faltando ou se excedendo. A criança não quer mais somente o alimento, mas a presença da mãe, o carinho, e suas satisfações evidenciam a passagem pelas intermediações da fala. É nesta estrutura simbólica que o significante faz a sua marca subvertendo a natureza. Este registro do significante está presente no conceito freudiano de pulsão e no conceito lacaniano de demanda.

É desta forma que a mãe, representante ao mesmo tempo do outro imaginário, e do Outro simbólico, através de sua própria relação com a linguagem permite também o campo do desejo, transmitindo essa hiância entre a demanda e sua resposta.

Para Lacan, toda demanda é demanda de amor, de reconhecimento, pois o que está em jogo é a própria dependência do sujeito a este outro/Outro. O que importa não é o que visa a sua necessidade, a apropriação de um objeto, e sim a resposta do outro. O que é pedido é que o outro/Outro dê o que está além de toda satisfação possível, seu próprio ser. É isto que é visado no amor (1957-1958/Lacan).

Lacan comenta que passar do trabalho com a demanda do sujeito para respondê-la, encerrando-a, leva a uma postura de sugestão, reduzindo o sujeito a repassar sua demanda. Assim, um perigo eminente para o terapeuta é o de reduzir a demanda às necessidades do paciente e sua família.

“É também isso, paixões do ser, o que toda demanda evoca para – além da necessidade que nela se articula, e é disso mesmo que o sujeito fica tão mais propriamente privado quanto mais a necessidade articulada na demanda é satisfeita (Lacan, 1958, p. 633)”.

A resposta a uma demanda parece produzir uma dualidade, um funcionamento específico como se nenhum mal entendido houvesse na linguagem. Responder um pedido pode proporcionar uma ligação com o paciente, porém, há um passo a mais quando esperamos uma outra relação deste com o outro que não seja somente fundada nas identificações imaginárias. Caminhar nesta direção é, em última instância, não abrir espaço

para o sujeito. A dimensão simbólica vem inaugurar uma outra relação do sujeito com sua própria palavra.

Respondemos à demanda acreditando que podemos ajudá-lo. É nesta resposta à necessidade que surge uma outra dificuldade que perpassa a formação do analista: sustentar uma posição que abra uma possibilidade do sujeito se encontrar com a sua condição. Acreditamos que podemos satisfazer o sujeito com a nossa resposta, que ele vai poder contentar-se. Além disso, ainda nos causa surpresa, que durante um tratamento orientado pela psicanálise, que as palavras podem causar efeitos de sujeito dependendo da enunciação que são ditas, e que elas podem transformar o real da vida daqueles que nos procuram.

Tentando circunscrever o que seria o desejo, Lacan situa-o entre a necessidade e o caráter incondicional da demanda de amor. Em seu seminário 5 (1957-1958), na parte sobre a dialética da demanda e do desejo na clínica e no tratamento das neuroses, considera que a demanda sempre pede alguma coisa que vai além da satisfação que ela mesma solicita. Assim, é que o sujeito, já instalado na dialética da demanda, se depara com um desejo, que ele reconhece para além da demanda. A relação com o outro acontece com uma tendência a reduzir o desejo à demanda. No nível da demanda, há uma reciprocidade entre o sujeito e o Outro, e é o desejo que permite a diferenciação entre eles.

Há uma hiância entre as demandas que transborda num desejo, por exemplo, de não se deixar alimentar. Na verdade, o sujeito não quer que sua demanda seja satisfeita. No próprio fato da criança selecionar o que quer comer ou não, já comparece seu desejo como resistência à demanda.

Para Lacan, o inconsciente é estruturado segundo as leis da linguagem. O autor concebe o simbólico como Outro, o lugar da fala; onde se situa aquilo que é exterior e anterior ao sujeito, e que não obstante, o determina. É somente a partir do Outro que surge a

possibilidade do sujeito falante e de seu desejo. O Outro é também o lugar da alteridade mais radical, compreendendo tanto o eu, os outros semelhantes, a linguagem ou a cultura. Com a visada de Lacan, há a introdução de todo um aparato teórico que relaciona o desejo à função simbólica e ao que é da ordem do sexual.

Durante o seminário (1957-1958), Lacan enfatiza a importância da ordem simbólica na constituição do ser humano. Ele observa (Lacan, 1957-1958, p.406) que desde o início é preciso que a mãe, representante do Outro, fale com o bebê. É através do que a mãe pode oferecer de sua própria relação com o significante que o bebê é inserido neste mundo já marcado pela linguagem. Desde o seu nascimento, o Outro já se apresenta para o bebê, marcando uma dependência absoluta deste por relação àquele. Assim, desde o início, o que vem do Outro é determinante, e até mesmo o desejo depende deste Outro, na medida em que é a mãe, em resposta à demanda do bebê, que traz as insígnias de seus significantes primordiais. Segundo Lacan, “o sujeito quer ser o que é o desejo da mãe” (Lacan, 1957-1958, p.466). Desta forma o desejo é desejo do Outro.

“Primitivamente, a criança, em sua impotência, constata depender inteiramente da demanda, isto é, da fala do Outro, que modifica, reestrutura, aliena profundamente a natureza de seu desejo”.  
(Lacan, 1957-1958, p.370)

É também através deste Outro, que o desejo da mãe se coloca, transmitindo para o filho um certo desencontro entre suas demandas ligadas à necessidade e as respostas a elas. Esse desconcerto só acontece pela desnaturalização que o significante produz sobre a própria necessidade no mesmo tempo que faz surgir o sujeito. O sujeito marcado pela dimensão do desejo, não tem acesso direto ao objeto. Este será sempre parcial. É assim que

podemos entender que a pulsão circula o objeto. Para a psicanálise, que evoca a primeira experiência de satisfação como um momento mítico de satisfação plena, após os efeitos do significante, o objeto é perdido, sempre a redescobrir.

O Outro como lugar da fala é também o lugar de descoberta do desejo que é estranho ao sujeito, e que por isso ele encontra dificuldades em sua formulação. Assim, nós não sabemos como o Outro interpreta nossa demanda, pois há nele algo que não conhecemos, que é o seu desejo. A dimensão da presença do que o Outro deseja está para além da demanda, e isso é velado ao sujeito, mas presente na vida deste através de suas relações com os outros.

### **Circulando entre o bem e o desejo**

Existe uma dificuldade muito presente na prática no campo da Saúde Mental que é a de considerar que o movimento pulsional - que o sujeito é objeto, comandado e determinado por algo que ele não tem nenhum controle - é uma força imperativa que impele o sujeito a agir em sua vida.

Um exemplo que se apresentou na prática do CAPS-AD representa bem o imperativo da força pulsional e a dificuldade da equipe em conseguir manejar com as intervenções possíveis considerando esta compulsão proeminente nestes sujeitos.

A apresentação do grupo de música composto pelos pacientes do CAPS-AD ALAMEDA estava marcada em determinado dia. Seria a primeira apresentação ao vivo deste grupo composto por pacientes. Os profissionais e coordenadores do trabalho apostavam que eles conseguiriam se apresentar depois de muito esforço e preparação nos

ensaios. E este seria um passo importante. No entanto, ainda surpreendeu a equipe que eles “bebessem até cair” e que faltassem ao próprio show.

Muitas são as experiências que nós, profissionais da Saúde Mental, nos encontramos esperando que o paciente melhore, consiga um trabalho, uma casa, encontre uma companheira..., pare de se drogar.... etc... e na verdade o que comparece, ainda nos traz surpresa: uma total derrisão desses ideais que nós construímos para eles. Assim foi a experiência de dar uma casa para um paciente que morava na rua e, o que aconteceu é que ele a destruiu toda. Estarrecidos não entendemos, a princípio, o porquê.

Estas situações vividas na rede de Saúde Mental de Niterói e por mim compartilhadas sob supervisão, reunião de equipe, ou em maior amplitude, a reunião temática<sup>14</sup>, nos mostram que, querer o bem do paciente sem ouvir o sujeito, revestidos de uma boa intenção, pode ser uma violência por parte de alguns profissionais quando nos pautamos em nossos ideais.

Parece-me que é sobre isto que Lacan (1959-1960) trata em seu seminário livro 7 quando reconhece que estamos imersos nos problemas morais. Ele identifica que o que está em questão na moral é um ideal da conduta. Trata-se de acreditar que é possível uma adequação à realidade, e esta atitude é confortável na medida que confirma uma posição de mestria diante da realidade. Através de uma visada educacional, há um trabalho de domínio do ideal que é nomeado por Lacan como um “adestramento”. Ele assinala que a dimensão ética está para além de um sentimento de obrigação, ela caminha em direção oposta: no aprofundamento da noção de real<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Reunião realizada pela rede de Saúde Mental de Niterói.

<sup>15</sup> “O real é aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na palavra ou na escrita e, por conseqüência, não cessa de não se escrever.” (1995/Chemama,R., Dicionário de Psicanálise, p.182) A noção de real traz a dimensão do desejo do sujeito.

Preocupado com uma propensão dos analistas a reduzirem os paradoxos do desejo a uma harmonização, o autor chega a nomear o Bem como a “barreira”, uma “muralha poderosa” na via do nosso desejo. Para Lacan, “O idealismo consiste em dizer que somos nós que damos a medida da realidade, e que não se deve buscar para além disso.” (Lacan, 1959-1960, p.43).

Ele observa em seu artigo “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958), que sob o nome de psicanálise pode acontecer uma reeducação emocional do paciente. Teríamos como idéia subjacente que o “Eu deve desalojar o Isso”<sup>16</sup>. Essa tendência não parece datada nas críticas de Lacan aos pós-freudianos, em especial à psicologia do ego<sup>17</sup>, quando nos encontramos com os entraves que surgem com a chegada de pacientes alcoolistas e toxicômanos a um serviço de Saúde Mental, o qual se propõe uma terapia analítica.

Algumas dessas dificuldades dão margem ao exercício de poder que pode vir a prevalecer em uma análise. Isto é o que acontece quando o objetivo do tratamento gira em torno de “beber ou não beber”, “usar ou não usar a droga”. Geralmente, é a partir deste tema que o paciente se fixa no início do tratamento, e na melhor das hipóteses, chega a pedir para parar de usar a substância. Em resposta a este pedido, muito facilmente somos levados a concordar com ele que deve parar de fazer uso de tal paliativo. Assim, o tratamento já inicia fadado ao fracasso na medida que compreendemos que o que ele nos pede tem uma resposta que baste, e acabamos por responder muito concretamente ao seu pedido ou até fervorosamente na tentativa de fazer o bem para ele.

---

<sup>16</sup> Refiro-me a segunda tópica que Freud identificou três instâncias psíquicas: ego ou eu, id e superego. O id é o lugar, por excelência, dos impulsos pulsionais.

<sup>17</sup> A psicologia do ego coloca ênfase no tratamento das resistências do eu, caminhando na direção de uma adaptação do eu à realidade.

Lacan (1958) já nos adverte que a bondade não tem como curar o mal que ela própria engendra, quando o analista direciona o tratamento para o bem do sujeito repetindo, por vezes, a experiência em que foi formado.

Nesta perspectiva, estaríamos trabalhando no caminho de uma reeducação emocional na medida que damos ênfase a sua “disciplina” e “controle” - qualidades do eu – sem ao menos nos aproximar de sua economia pulsional. Através da dualidade e compreensão da qual todos nós estamos preocupados, respondemos a ele como se a essa situação complexa do toxicômano fosse possível uma resposta consensual que contasse com a boa vontade do sujeito. E o que observamos muitas vezes, é que isto não basta, há algo que se sobrepõe ao eu e faz vigorar as tendências pulsionais. Quando acompanhamos a frase gramatical seguinte que se desenrola em alguns casos, o paciente diz: “eu quero doutora, mas não consigo parar de beber”. O que a psicanálise evidencia é que não basta tratarmos o sujeito no nível de suas identificações egóicas, mas sim visando um descentramento que diz respeito ao sujeito do inconsciente e seu funcionamento pulsional.

Quanto aos bens e ao desejo, eles estão articulados. Neste sentido, Lacan nos lembra, seria uma imprudência colocarmos-nos na posição de ser a promessa de todos os bens. Seria esta uma demanda à psicanálise? Servir de acesso aos bens?

Em relação à demanda e aos ideais analíticos, Lacan nomeia três ideais situando essa dimensão de um registro moral. O “ideal do amor humano” que seria a suposição de que uma relação de objeto poderia ser inteiramente satisfatória. O “Ideal da autenticidade”, que é algo no nosso modo de ser que é reconhecido pelo outro, ali onde nos reconhecemos como ser. Neste sentido a análise estaria referida a um certo desmascaramento, pois não se trata de um auto-conhecimento, mas sim de reconhecer que algo pensa em mim, ou seja, a própria experiência de dar lugar e se responsabilizar pelas manifestações do inconsciente.

E o último ideal quanto a uma adequação as perspectivas morais é o “ideal de não-dependência”, seria possível a prevenção da dependência.

Quem chega a um CAPS-AD pode esperar do tratamento justamente essas respostas e a partir destes ideais supor que seria possível chegar a estes bens. Assim, não é somente a psicanálise exercida no consultório a destinatária desta demanda, mas também as instituições públicas no campo da Saúde Mental.

Parece-me que Lacan (1959-1960) situa a posição do analista ao dizer que é na direção de um repúdio radical de um certo ideal de bem que se pode apreender em que via se desenvolve a experiência psicanalítica. Não se trata de pensar que o terapeuta orientado pela psicanálise está livre de qualquer intenção em relação ao paciente, e que ele tem uma posição de neutralidade, ou de não desejar nada. Pelo contrário, o que ele pode dar vem de sua própria vivência, é seu próprio desejo, como Lacan o nomeia um “desejo avisado” (Lacan, 1959-1960, p.360). Esse “avisado” parece fazer referência à experiência do terapeuta na relação com seu próprio desejo, inacabado e incompleto, e que remete sempre à outra coisa. Quanto à felicidade, não há como os terapeutas orientados pela psicanálise se comprometerem com essa promessa.

A dificuldade de sustentar uma análise e de manter uma posição analítica se origina nesta relação de cada um com seu desejo. É neste ponto crucial que apostar que algo daquele sujeito possa advir, que experimentar que a demanda nunca é respondida pela sua própria impossibilidade, pode registrar em um serviço da Saúde Mental uma marca da psicanálise.

## Capítulo 3

### O CAPS-AD ALAMEDA e a clínica com alcoolistas e toxicômanos

“Amigo, acabou-se o meu dinheiro  
Amigo, se és amigo verdadeiro  
Paga um copo, eu preciso beber mais  
Só um trago, é bem que você me faz  
Não censures o pedido deste amigo  
A bebida para mim é um lenitivo  
Se eu não beber, fico louco  
Se eu não beber, desespero  
Só bebendo eu esqueço a mulher  
A mulher que eu quero”. (Mais um trago, Lupicínio Rodrigues)

#### O CAPS-AD ALAMEDA

O CAPS-AD ALAMEDA, no qual trabalhei em Niterói, propunha a recepção individual realizada por um psicólogo e por vezes um residente de psicologia ou psiquiatria, ou estagiário de psicologia ou assistência social. Através de algumas entrevistas, onde escutávamos quem nos procurava<sup>18</sup>, fazíamos uma avaliação situacional percebendo o contexto sócio-cultural do usuário, a frequência do uso da droga, qual o tipo da droga, a

---

<sup>18</sup> O CAPS AD - ALAMEDA recebe usuários, em sua maioria adultos, que chegam por livre e espontânea demanda ou encaminhados por diversas instituições: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Emergência, Internação masculina e feminina, Setor de Álcool e Drogas), Ambulatórios e Caps da própria rede de Saúde Mental, Justiça, Assistência Social, Programa médico de família, etc.. Foi criada uma equipe intersectorial para acompanhar os casos de crianças e adolescentes com uso de álcool e drogas que funciona neste mesmo CAPS.

situação familiar, se possui vínculo empregatício, e principalmente a escuta de um pedido qualquer que seja ele, para, a partir daí, sugerirmos algum encaminhamento. Neste momento é estabelecido um diagnóstico inicial que serve de base para um projeto terapêutico, este sendo uma construção da equipe como forma de sinalizar uma direção de tratamento. O encaminhamento para início de tratamento no CAPS-AD pode ser concretizado como atendimento psicológico e/ou psiquiátrico e/ou orientação da assistência social. Existe a possibilidade de oferecer a participação em alguma oficina ou grupo, de acordo com o interesse do paciente ou necessidade de acompanhamento diário. Ou ainda, o encaminhamento pode ser externo ao CAPS-AD, entre os quais os mais frequentes são: tratamento ambulatorial, internação em hospital psiquiátrico, internação em hospital geral, serviços de assistência social como abrigos, etc...

Alguns chegam ao tratamento “por conta própria”, outros através de terceiros - familiares ou até a Justiça. Impressiona a passividade dos pacientes diante do estado em que se encontram. Muito comum é a situação que os pacientes negam a gravidade presente em suas vidas e minimizam o uso que fazem da droga. Nestes casos, o sujeito parece não reconhecer que é dele que falam - “eu não bebo não, só de vez em quando” - ao mesmo tempo em que temos notícia, por um parente, do quanto o álcool traz prejuízos a sua vida, principalmente pelo excesso de uso. A “negação” da sua condição é uma característica presente nesta clínica, principalmente com os alcoolistas. Esta característica clínica me chama a atenção e parece impor para quem os recebe uma situação decisiva em relação ao início do tratamento. O propósito do tratamento está em risco se o próprio sujeito não faz um pedido reconhecendo que algo não vai bem. Assim, o terapeuta se vê as voltas com a dificuldade de abrir uma brecha para que o sujeito se dê a chance de demandar. Surge, então, um problema que é o de receber um sujeito que nada pede, que não chega ao

tratamento apresentando uma queixa clara. Apresenta-se indiferente à sua condição e pelo menos inicialmente diz que está “muito bem, obrigado”, tal é o afastamento que eles tem de suas próprias dificuldades. Essa indiferença parece uma defesa do sujeito em relação ao seu sofrimento.

O impasse na clínica se coloca quando nos deparamos com a decisão de respeitar a escolha e tempo do sujeito, ou arriscar uma intervenção na tentativa de causar um movimento que parta dele. Torna-se uma decisão, por vezes, dramática, quando se trata de pacientes que estão à beira da morte.

Durante as entrevistas iniciais nos encontramos com a dificuldade de afetar o sujeito, e diante desta situação, a equipe, muitas vezes, apela para o convencimento, para uma “bronca” desesperada, e até um conselho, na tentativa de que algo dê um limite à derrisão do paciente. Uma observação de Lacan no seminário 11 parece se relacionar com o que experimentamos na prática do CAPS-AD: “Digamos que, por essa espécie de satisfação, eles se fazem sofrer demais. Até certo ponto é sofrer demais que é a única justificativa de nossa intervenção” (Lacan, J., 1964a, p.158).

Ao mesmo tempo em que esta decisão de continuar buscando, ligando e investindo no paciente é tomada, concordamos inicialmente que deve haver um movimento dele no sentido de buscar ajuda, dando limite, por outro lado, à nossa própria onipotência. Nos perguntamos até que ponto essa escolha de se tratar ou não é também uma escolha inconsciente do sujeito, na medida em que este sujeito do inconsciente é produzido no próprio tratamento.

Esta chegada dos pacientes ao serviço é tão complicada, que por vezes, encontrei pacientes que lá estiveram uma vez e não retornaram e, para que eles voltassem, me sentia cavando um fio de desejo, de provocação do sujeito através do meu investimento naquele

paciente, nos parentes próximos ou mesmo nos profissionais que estavam mais preocupados (por exemplo, profissionais do Programa Médico de Família)<sup>19</sup>.

Muitos chegam assim, “fui encaminhado para cá”, como se nada dele estivesse ali para pedir algo, alienado à sua própria demanda. Na perspectiva do paciente, ele “obedeceu” o pedido que lhe fizeram, uma vez que, a demanda, segundo Lacan (1960-1961), ela não é explícita, e sim oculta ao próprio sujeito.

Em geral, os próprios pacientes interpretam este encaminhamento como um protocolo a ser seguido tal é a falta de implicação naquilo de que sofrem. Como foi dito acima, muitos pacientes não apresentam uma divisão subjetiva explícita que fundamente seu sofrimento e este fato dificulta o início de um processo terapêutico na medida em que o sujeito não apresenta um vínculo de ligação com o próprio tratamento.

Esta posição é bem passiva para quem é tão ativo no uso, na busca da sua droga. Alguns pacientes chegam pedindo para parar de utilizar drogas, mas durante a convivência no CAPS-AD eles se apresentam de forma a influenciar aos outros pacientes para o uso destas. Este pedido inicial parece-me mais um pedido que provém do eu<sup>20</sup>, ao passo que, quem comparece nas relações que se apresentam na convivência do CAPS-AD é o sujeito, este sim, determinado pela força pulsional que o impele ao uso de drogas. Por outro lado, durante as primeiras entrevistas e para quem o escuta, parece existir algum endereçamento, mesmo que apoiado pelo fato de sua presença concreta no serviço. Esse endereçamento

---

<sup>19</sup> O Programa Médico de Família atua nas comunidades através de um posto voltado para Atenção Básica, que conta com duplas de médicos clínico-geral, e auxiliares de enfermagem, em sua maioria. Essas equipes são responsáveis por determinada área delimitada fazendo visitas domiciliares e acompanhando de perto situações mais graves. A equipe do CAPS-AD ALAMEDA considera que um importante trabalho intersetorial com este Programa Médico de Família deve ser constante, pois alguns pacientes só chegam a partir deste trabalho prévio ou mesmo alguns outros que não chegam ao CAPS, são tratados in lócus.

<sup>20</sup> O eu é a instância descrita por Freud como ego, sede da consciência e também das manifestações inconscientes. Na segunda tópica freudiana, “o eu é uma diferenciação do isso, é a instância do registro imaginário por excelência”. (1995/Chemama,R., Dicionário de Psicanálise, p.64)

pode se manifestar por causa de vários interesses: um pedido de agenciamento de lugar para dormir, um lugar para comer (o próprio CAPS), o gosto de se relacionar com os outros pacientes do próprio serviço, e concomitantemente a esses motivos, um início de ligação com algum profissional do CAPS-AD.

Alguns pacientes pedem para parar de se drogar não pelo mal estar que o uso de drogas excessivo lhe causa diretamente, mas sim porque este lhe traz conseqüências na vida que, estas sim, causam incômodo. Um problema médico-clínico, uma separação conjugal, ou uma passagem pela justiça. Estas podem ser contingências que causam um movimento de pedir algo a alguém. Na realidade, não sabemos o que fez aquele paciente chegar até o CAPS, e a complexidade das situações traz uma dificuldade ainda maior por parte de quem o recebe: discernir qual o pedido que está sendo feito em um início de tratamento.

Outros pacientes pedem um alívio do sofrimento causado pelo uso de drogas e suas conseqüências, remetendo este alívio a uma internação. Eles acreditam que esta interrupção será uma solução, quase que mágica, para pararem de se drogar em suas vidas. O paciente passa a peregrinar pelos serviços onde pode conseguir uma guia de internação. O que acontece, por vezes, e que pude recolher neste tempo, são alguns efeitos de uma internação - por exemplo, a construção de um vínculo com o próprio tratamento através de algum profissional – que provém deste período em que o paciente está em abstinência e lhe são ofertados espaços de fala, de grupo, e tratamento medicamentoso.

Uma outra dificuldade refere-se ao manejo do pedido de internação nesta prática clínica referente ao CAPS-AD ALAMEDA. Este pedido é muito freqüente quando nos encontramos envolvidos no trabalho de recepção: “doutora, quero uma internação”. Há pacientes que chegam já com este pedido, e nos colocam questões clínicas: como manejar com esta reivindicação de forma que cause trabalho subjetivo ao paciente, e não somente

um deslocamento de demanda? Ou, decidindo por uma medida de proteção; como incluir a internação sem que esta venha fazer parte de uma resposta que tenha efeito de fechamento sobre a demanda do sujeito? Como começar a deslocar a apreensão do paciente e de sua família, de que a internação não é uma solução, de uma vez por todas, para o seu problema?

Torna-se ainda mais difícil em algumas situações dramáticas, onde a vida está em jogo, sustentar e acompanhar os efeitos de sujeito ao manejo da demanda pelo terapeuta, ou seja, a aposta no desejo. Não responder a um pedido do paciente, já é uma resposta. Mas o que é mais difícil durante as entrevistas é estabelecer uma ligação com o paciente, provocá-lo, instigar um enigma na tentativa de que ele possa voltar e falar mais sobre sua vida.

Outro elemento importante, é que os sujeitos que procuram o CAPS-AD ALAMEDA, estão camuflados pelo uso de drogas, e este fato dificulta um diagnóstico estrutural. Guiando-nos a partir da psicanálise, a toxicomania não é uma estrutura clínica, mas um fenômeno que pode ocorrer nas diferentes estruturas neurótica, psicótica e perversa. E esta complexidade clínica talvez coloque ainda mais dúvidas sobre o quanto aquele sujeito pode responder por seus atos, e, em qual medida apostamos em sua responsabilidade como sujeito. Assim, facilmente somos surpreendidos defendendo os princípios da Saúde Mental e agindo prioritariamente buscando a proteção dos pacientes. O que a psicanálise traz em sua especificidade é a importância da relação do sujeito com seu desejo, incluindo as particularidades desse sujeito, o trabalho segue na direção de responsabilizá-lo.

O terapeuta que supõe o poder de fazer o bem, acredita responder à demanda, quando crê que o sujeito está a salvo em uma internação, frequentando o CAPS-AD, ou qualquer outra sugestão que direcione o sujeito para algum tipo de solução. Ele deixa de

trazer a dimensão do real da experiência e sucumbe à tentação de responder, nem que seja um pouco à demanda.

Na clínica com alcoolistas, observamos uma aderência por parte de alguns pacientes à idéia de que o alcoolismo é uma doença, e que afinal de contas, sofrem de um mal que lhes acomete. Essa é uma forma de chegada em um tratamento, que corresponde a uma posição vitimizada onde uma demanda inicial seria a cura de uma doença que nada tem a ver com o sujeito. A experiência de fazer parte de um grupo de fala no CAPS-AD ALAMEDA, coordenado por um médico psiquiatra me fez pensar sobre a forma que esses pacientes utilizam a idéia do alcoolismo como uma doença. Este médico era o primeiro a questionar por que o alcoolismo é uma doença, no sentido de fazê-los pensar o que de fato acontece com eles que ali nos procuram. Esta era uma provocação que eu observava, deixando-os desnorteados ao abalar suas certezas. Aparecia no rosto deles: “como pode, um médico dizer que o alcoolismo não é uma doença?”, logo em seguida, vinha uma questão: “então, o que é?”. Este modo de trabalhar visa um deslocamento da demanda ao invés de seu engessamento, seu fechamento ou resposta com uma medicação. A característica deste médico de trabalhar questionando certezas já estabelecidas pelos pacientes e, dar lugar aos deslocamentos da fala no grupo, parece se aproximar do modo de trabalho que marca a psicanálise.

Porém, muitas vezes, é justamente afirmando o alcoolismo como uma doença que se direciona o sujeito para que ele reconheça que há algum problema (primeiramente médico). Este pode ser um convite para começar um tratamento na direção de uma implicação subjetiva, abrindo a possibilidade dele chegar a formular posteriormente que algo desta doença tem a ver com ele.

Diante desta clínica estamos em terreno árido, pois na medida em que não há nenhum tipo de prescrição - inclusive médica - que nos norteie, parece que tudo leva ao fracasso, tal é a força que este objeto encarnado na droga empurra o toxicômano a uma nova rodada.

Aliás, o médico se esbarra com sua total impotência quando tenta curar através de suas medicações, que acabam, para alguns, se tornando drogas de dependência e entrando no círculo vicioso antes já colocado. Estaria o paciente menos dependente, incluído na ordem médica, e portanto, no rol de pacientes que usam diariamente um ansiolítico ou um antidepressivo? Parece-me que é justo quando o uso da droga não funciona mais como uma auto-medicação que abre-se a possibilidade de um pedido do sujeito.

É muito difícil deixar de acreditar que parar o uso de drogas melhorará a vida do paciente. No entanto, parece que, se o objetivo a priori do tratamento se direciona para a abstinência, deixamos de escutar o sujeito. A expectativa do terapeuta – interromper o uso da droga - em relação ao paciente parece ganhar proeminência acrescida aos ideais da Saúde Mental. A idéia, na qual o paciente precisa abandonar a droga, é muito comum. Ela ganha força e desvirtua uma direção de tratamento orientada pela psicanálise. Considerando que a equipe está inserida em um dispositivo de Saúde Mental como o CAPS-AD, que é regido por uma política nacional que pretende tratar o uso e o abuso de drogas, há uma sutileza importante na posição do terapeuta, que, em cada entrevista inicial, precisará suspender suas expectativas.

Há aqueles pacientes que, contrapondo essa lógica na qual pretende-se interromper o uso da droga, dizem: “eu gosto muito de beber”. Este fato provoca descontentamento e até raiva naquele que se propõe a tratar, pois ali nos sentimos completamente impotentes. No entanto, um trabalho sob orientação psicanalítica propõe acolhermos o sujeito da forma

como ele se apresenta, não exigindo uma “postura moral correta”, e acompanhando os efeitos de fala em cada encontro. Lembremos que a psicanálise não se propõe para todos, não pretende incidir de uma maneira uniforme, mas, pelo contrário, ela é contingente, depende de muitas circunstâncias, as quais não temos controle e garantia de que ali acontecerá algo de analítico. Isso não quer dizer que diante disso nada devemos fazer, mas que se trata de um trabalho longo e penoso que passa pela formação de um psicanalista, e ainda assim nada garante que haverá psicanálise.

Quando recebemos um paciente que, de fato, parece querer parar de usar drogas, o que está em jogo? O que ele está pedindo?

Neste pedido de parar de beber ou usar drogas está implícito mudar o seu modo de satisfação, pois esta forma lhe traz sofrimento. É isto que eles pedem? No cotidiano da instituição, durante as primeiras entrevistas, entendemos sem questionar que ele queira parar de fazer este uso. Esta fala inicial do paciente pode ser bem compreendida e respondida através de palavras e ações. Esta resposta, este entendimento, não seria tirar a única chance de aparecer algo do sujeito?

É através do que se escuta e da posição subjetiva do terapeuta que é possível a abertura para algum trabalho com o paciente. O pedido inicial pode parecer igual para alguns pacientes: “parar de usar drogas”, porém o que este pedido tem de singular? Ele não está separado do que aquele sujeito vem apresentar mais tarde em seu tratamento: sua verdade, suas representações, seus circuitos pulsionais, seu modo de estar na vida. Então um trabalho se inicia: situar este pedido em sua cadeia significante.

Como vimos anteriormente, a satisfação do uso de drogas está ligada a satisfação pulsional. Sobre a satisfação que o uso de drogas acarreta e a entrada em tratamento, podemos refletir com Lacan em seu Seminário 11 quando ele coloca a questão: “O que é

que pode, no final das contas, levar o paciente a recorrer ao analista para lhe pedir algo que ele chama saúde, quando seu sintoma é feito para lhe trazer certas satisfações?” (Lacan, J., 1964a, p.131)

Desdobra que o que motiva no paciente à procura da saúde é justamente sua visada inconsciente no sentido de que o pedido que se faz é ambíguo, ele porta consigo uma dimensão enganosa e ao mesmo tempo verdadeira. Ele comenta um exemplo onde o sujeito chega ao tratamento pedindo para restituir seu casamento, e ele próprio já deseja inconscientemente a sua ruptura, estando mais ausente do seu lar. É neste ponto que alguma verdade vai aparecendo.

Aqueles que chegam ao CAPS-AD ALAMEDA parecem estar do mesmo modo que chegam nos múltiplos lugares que estiveram anteriormente e não conseguiram se fixar em um tratamento. Então, compreendendo que alguma coisa se repete e que não sabemos o que foi a passagem deste por outros lugares, aquele que chega pode estar com o mesmo discurso, a mesma posição, senão mais desacreditado e desgastado pelas voltas e voltas em torno do mesmo repertório. Aquilo que é dito para o paciente pode ser sempre a mesma coisa nos diferentes lugares pelos quais ele passa: os alcoólatras anônimos, os hospitais gerais, as internações, etc... mas depende de quem encontra e quem é o destinatário deste pedido.

Tratando-se que em psicanálise não temos respostas padronizadas e caminhos a serem seguidos a priori, é com cada sujeito e a cada vez que há uma possibilidade de construção de um início de tratamento. Parece-me que é decisivo o manejo da demanda na chegada desses pacientes, pois uma breve resposta que não leve em conta o sujeito já pode determinar o não retorno do paciente.

Com tantos desafios colocados por esta clínica, o que parece estar em jogo é a possibilidade de abertura de um novo campo que inaugure um outro modo de se relacionar com a palavra. Assim, desejamos que eles voltem para trabalhar, trabalhar falando do que os fizeram chegar, dando condições para que possa comparecer algo de sua divisão subjetiva, de seus conflitos e do seu desejo.

Desta forma, a diferença no início deste percurso do trabalho com alcoolistas e toxicômanos, a partir de uma abordagem psicanalítica, tem relação com uma posição de não ceder a uma incidência de perda no atravessamento de sujeitos tão camuflados pela droga.

### **Entrevistas preliminares com toxicômanos**

Freud em seu artigo “O início do tratamento” (1913) especifica a importância das entrevistas preliminares. Em suas recomendações aos analistas, sublinha só aceitar o paciente a princípio provisoriamente para fins diagnósticos e delimitação daqueles que seriam apropriados para o tratamento analítico. O autor discerne este trabalho inicial das entrevistas do começo de um tratamento analítico propriamente dito, valorizando a importância de que se crie um vínculo transferencial entre o paciente e o analista, e ao mesmo tempo, se possa estabelecer o diagnóstico, principalmente, entre neurose e psicose.

Os pacientes estariam submetidos desde o início à regra fundamental da psicanálise: a associação livre, enquanto o analista o deixaria falar quase o tempo todo fazendo poucas interferências. Dessa última posição adotada emergiria a transferência como resistência no tratamento, e só a partir da instalação desse laço transferencial é que o analista se

autorizaria a intervir. Assim, o sujeito passa a endereçar ao analista a sua queixa de modo a colocá-la como um enigma, passando ao estatuto de uma questão direcionada para o analista que saberia de algo que ele próprio não sabe. Quanto a esta operação, Freud salienta que há um trabalho de transformar a queixa em demanda àquele analista específico, transformando também esta queixa em questão endereçada àquele que escuta.

Esta descontinuidade, entre as entrevistas preliminares e o início de um tratamento, é colocada até que se possa escutar uma demanda de análise. Desta forma, um dos trabalhos nas primeiras entrevistas é interrogar a demanda de análise e não aceitá-la prontamente, para que ao próprio paciente seja oferecida a oportunidade mesmo de demandar, pois “a única demanda legítima é de que o paciente fale” (Faria, 2002). E ao falar as razões de procurar uma análise, já se apresenta um deslizamento dos motivos primeiros e a aposta do surgimento de um trabalho subjetivo.

Pode-se comparar este momento de entrevistas preliminares ao que chamamos de recepção na Saúde Mental. É o momento que recebemos o paciente, ouvimos o seu pedido, e algum caminho para o início do tratamento no CAPS-AD é esboçado. Assim, pode-se observar que os mesmos princípios da psicanálise podem estar em jogo na recepção em Saúde Mental, como ressalta Tenório, F.

“A clínica da recepção, em conseqüência, trabalha na perspectiva de uma distância, de uma relação não imediata entre queixa do paciente e resposta do terapeuta, entre pedido e resposta. Há uma operação a ser feita quanto à demanda que não é a resposta direta” (Tenório F., 2000, p.84).

Vejamos a seguir algumas particularidades do início de um tratamento orientado pela psicanálise em um serviço de Saúde Mental como o CAPS-AD ALAMEDA, e o longo trabalho de entrevistas iniciais com um paciente toxicômano.

### **Articulações da demanda e do desejo na clínica com toxicômanos**

Apresento a seguir fragmentos de situação clínica acompanhada por mim no CAPS-AD, com muita dificuldade. O paciente apresentava uma frequência extremamente irregular ao serviço. Comparecia sempre intoxicado, dizendo ter cheirado cocaína e ingerido bebida alcoólica. Às suas chegadas a equipe se via de saída numa situação de impasse já que não tínhamos notícia do que vinha acontecendo em sua vida. E este paciente pouco podia nos responder e contar o que vinha acontecendo com ele.

Em relação ao seu tratamento, ele chega ao CAPS-AD encaminhado do serviço de internação – SAD – do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em agosto de 2004. Apesar de a equipe ter prescrito e proporcionado muitos projetos terapêuticos para este paciente, inclusive de atenção diária, e apesar dele mesmo nos pedir para permanecer no CAPS e ligar para sua mãe, geralmente não retornava no dia seguinte. Nunca participou de forma regular das atividades em grupo e permanecia apenas por um pequeno período – às vezes até animado com a atividade do dia – após o qual ele sumia do CAPS. A nossa impressão era de um sujeito que aparecia apenas no momento exato em que chegava, e depois sempre escapou a nós, e parecia também, escapar a ele próprio. Ele vinha pedir ajuda relatando que estava se sentindo mal, porém seu pedido não se sustentava. Em um pequeno desvio de olhar da equipe, ele fugia e desaparecia.

Neste momento já aparece uma forma de chegar ao CAPS-AD bem freqüente dos toxicômanos, onde observamos que algumas vezes não há um pedido explícito, algo que o sujeito possa nomear como uma queixa e que possa servir de sustentação na construção de uma relação transferencial.

Além disso, o que prevalecia a cada chegada era o seu comportamento inadequado e agitado. Escondia-se com medo de ser morto fazendo sons parecendo o barulho de tiros. Sentia-se ameaçado por alguns técnicos da equipe ou com outros pacientes, e, sempre relatava que estava envolvido com o tráfico. Por vezes, contava histórias onde parecia estar colocando-se em risco. Com todas essas características presentes neste momento inicial, o trabalho com a palavra encontrava dificuldades e restrições.

Durante todo esse primeiro ano sua freqüência era irregular e esporádica. Tivemos notícias que estava internado em uma comunidade terapêutica<sup>21</sup> e fizemos contato com este local, mas não conseguimos nenhum elemento consistente para avaliarmos o que se passava com M.

Em junho de 2005, quase um ano depois da primeira vez que foi recebido no CAPS, M. chega dizendo que fazia tratamento neste serviço (considerava-se em tratamento, porém sob o nosso olhar, isso parecia estranho, já que ele não se mantinha no CAPS-AD.). Foi encaminhado à equipe da recepção daquele dia, mas novamente não conseguiu esperar, e saiu dizendo que iria “beber água”. Voltou no mesmo dia, apresentando-se confuso, desorientado, sonolento e pedindo ajuda. Foi encaminhado para o leito crise no próprio CAPS-AD relatando que há dois dias vinha usando cocaína, álcool e outras drogas. Contava que estava morando na rua e trabalhando para o tráfico. Segundo o paciente, sua família não queria saber dele.

---

<sup>21</sup> Serviço de internação de cunho religioso e que propõe abstinência.

Apesar de apostarmos em um cuidado próximo e circunscrito como o leito crise, ele tentou evadir, agitando-se, e precisando ser medicado e contido. Após algumas horas, com melhora no nível da consciência, respondeu que queria ir para casa do primo: “não tenho lugar para ficar”. Durante a entrevista, o paciente fica sobressaltado e olhando para os lados. Relatava ver vultos e escutar vozes dizendo querer matá-lo. Foi feito contato com Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e a equipe que o acolheu indicou internação. Chamamos o SAMU<sup>22</sup> para avaliá-lo clinicamente e levá-lo até o hospital.

M. é internado. No retorno ao CAPS-AD, disse que pensou muito em sua vida. Contou de uma namorada que teve quando estava em um abrigo, descobrindo que ela havia se envolvido com outro homem. Chateado com isso, levou bebida ao local, e quando saiu do abrigo para resolver algo, bebeu, e não voltou mais. Pareceu muito ansioso durante a entrevista com sua situação de não ter lugar para morar. Pensou em conversar com sua mãe sobre a possibilidade de dormir na casa dela. Este foi o modo como ele se apresentou: não conseguiu se deter no motivo que o fez sair do abrigo e logo passou para a urgência de resolver onde poderia morar.

É neste momento que uma entrevista de recepção orientada pela psicanálise encontra lugar questionando o motivo cujo paciente procura o CAPS-AD, ao invés de tentar resolver sua situação de urgência. Apesar de sua demanda inicial ser uma ajuda para buscar um local para morar, é a partir do manejo com esta demanda e da resposta a este pedido, que pode surgir a possibilidade de um trabalho com a palavra. A sua falta de lugar sempre se apresentou de forma concreta apesar de apostarmos ser esta uma dificuldade subjetiva. Não conseguíamos construir com ele um enredo, uma história, algo que pudesse dar continuidade a seu início de tratamento. Ao mesmo tempo, não adiantava pensar, junto com

---

<sup>22</sup> Serviço Ambulatorial de Urgência / ambulância que presta atendimento público de urgência.

ele, no local onde pudesse permanecer, porque ao sair do CAPS-AD, algo parecia passar pela sua frente e o levar.

Assim se passam mais oito meses, M. aparecendo e sumindo, nos deixando a angústia de pensar que em algum momento ele não voltaria mais...

Em março de 2006, M. foi levado por uma pessoa da rua até a emergência psiquiátrica, mas não lembrava o que aconteceu. Sonolento, na emergência, relata novamente que bebeu e que trabalhava no tráfico. Um pouco antes dessa internação, numa de suas idas ao CAPS-AD, M. me pergunta se posso ser sua psicóloga, e isso me chama a atenção. Parecia um pedido repentino, mas talvez diferente dos anteriores. Apostei, e respondi a este pedido acreditando que havia um endereçamento que continha algo de um pedido de lugar. Isso acontecia na mesma circunstância: a urgência. Entendi o pedido de uma psicóloga como um pedido para falar... Apesar de estranhar um pouco aquele pedido, eu o atendi. Investindo e acreditando na possibilidade de seu tratamento, não foi possível inserir uma distância, nesta relação inicial que se estabelecia entre eu e o paciente, a ponto de questionar o que este sujeito estaria pedindo a mim.

Em que medida esse pedido era um apelo a um psicólogo que ele supunha saber resolver seu problema? Parecia muito mais um pedido fugaz e repentino a alguém que parasse e o olhasse naquele momento.

Considerando este pedido, opto na internação que se segue, por acompanhá-lo de forma mais próxima. Fiz visitas e atendimentos semanais no SAD (Internação do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba / Serviço de Álcool e Drogas). Apostava na construção de um laço mais consistente com um de nós do CAPS-AD, já que ele sempre chegava a qualquer momento e acabava sendo atendido por quem estava no plantão. Durante a internação, conta que voltou a usar drogas porque teve uma briga com sua mãe. Ela estava confiando

mais nele, e até deixando-o com a chave de casa. No entanto, ele esqueceu a porta de casa aberta, e novamente rompeu com o seu movimento de ligação com a mãe, parecendo sentir-se culpado com o que fez. Neste momento, parece-me que se apresentou algo de um lapso inconsciente do sujeito que o levou à repetição da mesma cena: a expulsão dele pela mãe de sua casa.

Após 20 dias de internação, recebeu alta e foi encaminhado diretamente para o CAPS-AD. No entanto, ele demorou uma semana para retornar. Quando chegou, perguntei como foi o tempo que esteve no SAD (internação), e ele respondeu que foi bom, e que conversava com o seu psicólogo de referência. Quando pergunto mais sobre o que falava, ele disse que ficava muito triste por não conhecer seus pais verdadeiros. Apesar da dificuldade de falar disso, aos poucos, foi contando a sua história. Neste momento, percebo que para ele foi possível estabelecer uma ligação com o psicólogo do SAD, e identifico uma abertura para que esta ligação também aconteça comigo, no CAPS-AD. Algo da minha presença teve incidência em sua demanda, impulsionando o sujeito a uma disposição para falar de si.

Sua mãe biológica trabalhava numa fazenda e tinha muitos filhos. Não tinha condições de cuidar de mais um filho, e resolveu dá-lo a médica que tinha feito seus outros partos. Esta, não pode ficar com ele porque seu marido não quis. Então procurou o Fórum onde tinha conhecimentos pessoais, e lá encontrou um casal que vieram a ser seus pais de criação. Eles tinham dois filhos biológicos. M. vai contando aos poucos, sempre parecendo difícil continuar a falar.

Havia algo diferente na maneira que contava sua história: parecia afetado pelo que falava. Relatava de forma sensível, com sofrimento e tristeza. Contava que seu pai lhe vestia todo de Vasco, mas quando tinha 7 anos, seus pais se separaram e ele nunca mais o

viu. Nesta época, era agitado e tinha problemas de aprendizagem no colégio. Por isso sua mãe lhe deixou num orfanato.

M. diz que sua mãe tinha uma prima que queria adotá-lo na época que a mãe o adotou, pois esta teria melhores condições. Foi essa prima que insistiu muito que a mãe lhe pegasse de volta do orfanato, chegando a ameaçá-la, dela mesma, a prima, ir buscá-lo. Foi, então que sua mãe resolveu pegá-lo de volta aos 13 anos. Disse ficar se sentindo mal ao contar essa história.

Parece-me que é desta forma, através do contar e recontar a sua história que o sujeito se encontra com algo do mal estar, que toca em algum ponto de sua relação com o desejo, atravessando a demanda que ele endereça ao outro/Outro, e que ao mesmo tempo o concerne.

M, em menos de 20 dias volta a chegar ao CAPS-AD da mesma maneira: colocando-se em risco e rompendo com os lugares que vinha tentando estruturar, como a casa da mãe, e mesmo as atividades e atendimentos no CAPS-AD. Mas algo de diferente havia acontecido: tinha nesses 20 dias retornado ao CAPS-AD e procurado por mim. Suportou esperar e contou um pouco mais de seu sofrimento. Parecia pela primeira vez fazer sentido para ele voltar ao CAPS-AD sem ser na urgência. Mas a situação inicial retornou, e novamente foi preciso interná-lo. O motivo principal era o mesmo: o risco de vida.

Esta cena se repetia, e junto com ela sua degradação. Não conseguíamos intervir, pois quase não era possível que ele dissesse o que lhe acontecia. Era puro agir, dele e nosso, de interná-lo, ou mesmo de tentar acolhê-lo no CAPS. Podemos supor que no momento que também nos falta uma rede simbólica - como uma história, um entendimento ou algo que tenha sentido - também somos impelidos a responder agindo.

Estávamos embaralhados de tal maneira com aquela situação que a única possibilidade que nos ocorria era novamente interná-lo, com a finalidade primeira de protegê-lo. Ao mesmo tempo, supúnhamos que durante uma internação, sem estar sob efeitos de álcool ou outras drogas, podíamos ter notícias mais consistentes sobre sua história, e mesmo um esclarecimento diagnóstico.

A internação pode permitir algum tipo de “freio”, “barra”, “contenção” ou mesmo um intervalo entre o sujeito e o ato de beber / usar a droga. A internação pode proteger, como no caso de M. No entanto, para um trabalho acontecer é preciso de um outro, alguém que tome para si a responsabilidade de ouvir o sujeito. Alguém que transforme a repetição da sua deterioração em algo que possa ser elaborado ao invés de atuado, e em última instância, introduzir o sujeito em um discurso. Porém, como vimos no segundo capítulo, há algo que sempre resta e escapa ao sujeito. Lembrar a sua história e endereçá-la a mim, não permitiu ao paciente, neste caso, deixar de repetir. Não existe uma elaboração que dê conta de maneira definitiva do que é da ordem do pulsional, pois como uma força constante, impulsiona o sujeito à compulsão, à repetição de sua própria desgraça.

Neste caso, há um primeiro momento que se repetia: eram as suas vindas ao serviço no qual comparecia intoxicado e sem poder dar notícias do que lhe acontecia. A equipe, então, perdida, repetia também o encaminhando para a internação com a esperança de que ele, ao se distanciar da droga, pudesse falar de sua condição.

Em um segundo momento, o paciente comparece ao CAPS-AD de forma irregular, com interrupções no tratamento, e após ter consumido álcool e possivelmente cocaína, no entanto, consegue falar do que acontece com ele.

Em um terceiro momento, o pedido de uma psicóloga foi tomado como um pedido para falar, resultando na aposta de um tratamento e na ligação com um profissional. É a

partir desta referência que começo a escutar M. e aparecem algumas características de uma relação transferencial. Em certa consulta, M. fala que eu pareço uma moça da revista. Aparece um afeto bem infantil e amoroso endereçado para mim.

Certa vez, a equipe recebe um telefonema no CAPS-AD. Era uma pessoa desconhecida que ligava pedindo ajuda, pois M. estava caído na rua próximo ao serviço. Eu e o auxiliar de enfermagem fomos buscá-lo. Encontramos M. intoxicado e caído em uma escada na rua. No caminho de volta para o CAPS-AD, ele “tentava fugir”. Contudo, desta vez, parecia mais um jogo amoroso onde ele se deixava ser pego pelo outro. Parecia comparecer uma dimensão amorosa onde o que estava em pauta era: “foram me pegar, olhem para mim”.

Uma interpretação deste caso é supor que ele estaria repetindo este momento traumático do abandono por seus pais, e também essa experiência de desamparo que resultou em sua não adoção ou pelo menos seu pertencimento problemático no laço social. É neste sentido que ele estaria repetindo – pela ação de se drogar – a sua própria expulsão dos lugares. Não podemos esquecer que em sua fala sempre aparecia essa falta de lugar: lugar para morar, dormir, trabalhar. E não é à toa que passou muito tempo de sua vida institucionalizado, seja em orfanato ou comunidades terapêuticas, pois supomos que precisava de uma contenção institucional tal era a sua falta de lugar.

A busca pela droga, parece, neste caso, fazer parte de uma errância, se supormos pela sua história que ele não foi adotado simbolicamente, pois isso se repete como algo traumático que tenta elaboração. Mesmo sem certeza do diagnóstico estrutural deste paciente, se neurótico ou psicótico, observamos um funcionamento onde ele se colocava muito mais sendo levado como objeto, do que alguém que pudesse escolher por aquela droga ou por outra, que pudesse estar em uma posição mais ativa de sujeito usando a droga

como seu objeto de satisfação. Uma leitura deste caso refere-se a entender a repetição desta expulsão dos lugares como algo presente da relação do paciente com o outro, uma marca na demanda do sujeito em relação ao outro.

Ao contar sua história, vai aparecendo sua posição subjetiva e sua relação com o outro/Outro. Relata ser abandonado, primeiro por seus pais verdadeiros, depois pela médica que fez o parto e seu marido, e ainda pela mãe adotiva que o deixou no orfanato (seu pai adotivo ao separar-se da mãe, também o abandonou), ficando M. sempre no lugar de expulso, de resto.

Nesta Perspectiva, uma direção seria trabalhar no sentido de construir com o sujeito um lugar simbólico que pudesse contê-lo diante do movimento errante sem ponto fixo que o levava a consumir drogas. O trabalho inicia desde o primeiro encontro através do manejo com a demanda. Neste caso, seu pedido inicial era uma internação, um lugar para dormir, um almoço ou o restabelecimento da relação com sua mãe. Ele remetia esses pedidos a qualquer um da equipe e sempre na urgência de uma solução. Com o tempo, surge o pedido de “uma psicóloga” e um endereçamento para mim. Através das entrevistas e do meu investimento no caso, alguma ligação aconteceu entre o paciente e eu, possibilitando que sua demanda fosse acolhida e desdobrada. Assim, o endereçamento do paciente, inicialmente, fugaz e difuso, ao CAPS-AD, foi se construindo através de um profissional permitindo, em alguma medida, que este se tornasse um pequeno ponto de referência para ele.

Entendemos finalmente que o tratamento dele acontecia a cada vez que nos procurava vacilante com seu modo frágil de ligação, nos deixando diante de algumas pequenas oportunidades para intervir, e quase sempre em situações de urgência e crise, quando ele pedia internação.

Na verdade, essa experiência nos possibilitou abrir novas perguntas, novos questionamentos, na tentativa de localizar onde se encontrava a dificuldade. Embora o problema estivesse colocado (como o risco de vida); identificá-lo, não esgotou ou solucionou a questão. O esforço que tentávamos sustentar era o de não responder rapidamente, de colocar em suspenso a crise, a urgência, para podermos ouvir a situação em que nos encontrávamos.

Assim, para o profissional que trabalha orientado pela psicanálise, é urgente saber esperar, e ouvir do sujeito aquilo que ele lhe endereça. Além disso havia por outro lado as nossas expectativas. O que esperávamos dele, do seu tratamento e das mudanças na sua vida?

Nós nos angustiávamos em demasia com a maneira que M. aparecia e desaparecia, pedíamos dele aderência ao serviço, pedíamos continuidade, e sua errância era sentida como ineficiência, impossibilidade e por vezes desistência.

Além disso, foi a partir da discussão em equipe que pudemos observar que houve alguma ligação, pois após várias pequenas internações observamos que ele conseguiu se manter minimamente, durante um período de aproximadamente 2 ou 3 semanas indo ao CAPS-AD alguns dias, até sumir e reaparecer algum tempo depois.

Essa construção mudou a maneira que compreendíamos e manejávamos o caso. No entanto, o problema se mantinha: M. continuava sem aparecer no CAPS-AD, ou quando aparecia era da mesma maneira já descrita. Contudo, o nosso olhar mudou. Entendemos que seu tratamento acontecia nas suas vindas pontuais ao serviço, e nas suas internações breves no SAD, e podíamos dizer que com M. estávamos dividindo a construção e sustentação de uma direção de trabalho.

Algo da advertência de Lacan nos serviu, identificando o desvio de nossa função a partir do desejo de curar e designando, o desejo do analista como um não-desejo de curar. Essa direção teve uma certa incidência no trabalho realizado pela equipe do CAPS-AD ALAMEDA, na medida em que não esperávamos ingenuamente sua melhora e reinserção social.

Assim, o que escutamos no cotidiano dos serviços de Saúde Mental: “o paciente não aderiu ao serviço”, parece tratar do que não foi possível na esfera transferencial, e, além disso, não podemos excluir a participação do profissional de referência, pois suas expectativas interferem no percurso do tratamento.

A idéia de aderência, de freqüentar o dispositivo CAPS e isso resultar em um tratamento é totalmente virada ao avesso quando recebemos um caso nestas condições. Agarramos a possibilidade que o sujeito nos deu; de forma pontual, cheia de tropeços e incertezas, mas acreditando nas conseqüências disso.

A partir deste ponto de vista, a adesão a um tratamento e todos os outros critérios racionais – retorno ao trabalho, reaproximação da família - que são utilizados para avaliar os resultados do trabalho que acontece no CAPS-AD sob um ponto de vista operacional e objetivo, ficariam no registro de um achatamento do sujeito nos ideais sociais, enquanto que, a experiência nos mostra o quão é diferente a possibilidade real destes sujeitos e a nossa grande dificuldade de transformação desta.

## **Conclusão**

Diante de diversas questões que emergiram através da minha experiência cotidiana no CAPS-AD ALAMEDA, foi necessário circunscrever uma questão principal durante este percurso da pesquisa. É desta forma que me detive nas especificidades do trabalho psicanalítico desenvolvendo, ao longo da investigação, o que o discurso psicanalítico introduz de diferença no trabalho no campo da Saúde Mental.

Neste caminho, me deparei com a nossa grande dificuldade de transpor os objetivos educacionais quando se trata de intervenções propostas no campo da Saúde Mental. Principalmente no que diz respeito aos sujeitos alcoolistas e toxicômanos. Na maioria das vezes, estamos trabalhando baseados em um registro que se poderia dizer em alguma medida “moral” ou “moralizante”. Tal perspectiva moralista, às vezes, se representa pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, pela política de redução de danos, e até pela própria psicanálise se entendida numa visão adaptativa. Neste sentido, esta pesquisa me permitiu diferenciar de forma mais clara, em nome de quê, diversas intervenções são realizadas no campo da Saúde Mental.

O psicanalista em formação procura se desvencilhar dessa amarra moralizante, para justamente propor outra visada. Aquela na qual a psicanálise pode efetuar seu valor subversivo, ao enfatizar a relação do sujeito com o desejo. Para isso, é preciso tentar, no exercício da prática clínica, não se deixar reduzir aos preceitos morais em que todos estamos concernidos. Foi através dos impasses vividos na clínica com esses pacientes toxicômanos e alcoolistas, e tentando delimitar o que é próprio da psicanálise, que desemboquei nos conceitos de demanda e desejo.

No curso desta pesquisa, destaca-se também a importância de estudar o conceito de pulsão, o qual ressalta o aspecto imperativo da compulsão que observamos na prática com esses pacientes. De uma certa maneira, esta investigação, discerniu a posição de um clínico que respeita esta força imperativa ao invés de querer subjugar-la, educá-la. O que se torna um objetivo impossível. Freud já observava a impossibilidade na tarefa de educar. (Freud, 1937) Neste aspecto, também nos encontramos com os limites da psicanálise quando experimentamos na prática a dificuldade de ajudar esses pacientes. Contudo, considerar o movimento pulsional do sujeito pode ser um primeiro passo para propiciar transformações em sua economia psíquica. Verificamos aí, um trabalho que precisa de um tempo próprio do sujeito e que se marca desde sua chegada ao serviço. A partir do trabalho a ser feito com a sua demanda, alguma intervenção em sua repetição destrutiva pode se efetuar provocando uma abertura para a mudança na vida desses pacientes.

Fisgada pela imagem poética que um alcoolista pode transmitir, eu me encantei por um estilo de vida próprio daqueles que conheci. Reconhecendo com o tempo que se trata da degradação de um sujeito comandado e permeado pelo objeto, e das conseqüências dessa condição humana. É esta condição - que foi mencionada ao abordarmos os conceitos freudianos de pulsão de morte e compulsão à repetição - que faz o toxicômano chegar, em sua radicalidade, a um farrapo humano.

As particularidades que estão em jogo no encontro com o toxicômano - a urgência imposta pelas situações de crise, o próprio uso das drogas e seus efeitos (camuflando um diagnóstico estrutural), a predominância do agir em detrimento da palavra através de acting-outs, e a expectativa de quem o trata - apresentam um cenário de dificuldade em relação ao manejo da demanda e a emergência do desejo.

É na medida que acreditamos que sabemos responder àquilo que o outro demanda que obturamos seu desejo. Lacan observa que muito freqüentemente respondemos à demanda inconsciente no plano do discurso (1960-1961/Lacan), acreditando que teríamos uma palavra, um conselho ou uma sugestão, que desse ao sujeito uma solução para os seus problemas.

É desta forma que somos capturados na suposição de que o sujeito deveria contentar-se com a nossa resposta e satisfazer-se com ela. Aí se produz sempre alguma resistência do terapeuta. Assim, podemos dizer que o que está em questão em um tratamento orientado pela psicanálise é a emergência da manifestação do desejo do sujeito, esteja nele na posição de paciente ou de terapeuta.

Sobre a demanda, Lacan observa (1960-1961) ela não é explícita e sim oculta para o próprio sujeito. Há uma ambigüidade contida em uma demanda, ela é como algo que deve ser interpretado. A demanda tem relação com o movimento de fala do sujeito e com o fato dele estar submetido à linguagem. Ela faz parte de um funcionamento onde está implícita uma perda primordial. Desta forma, não há nada que baste completando e respondendo a demanda. Uma das dificuldades do terapeuta é reduzir a demanda às necessidades do paciente. É não respondendo a essas necessidades, e deixando-o demandar, que os significantes primordiais de sua história podem surgir.

Um dos efeitos desta pesquisa para mim é o encontro com uma certa posição orientada pela psicanálise que mantém sob um olhar humilde uma clínica ainda por se constituir com cada paciente, ainda por vir a ser e sem garantias de sucesso. Diante de realidades tão difíceis e do inesperado, resta a aposta da possibilidade de um trabalho. O terapeuta, ele próprio, não sabe o que está em jogo na relação de cada sujeito com o outro/Outro, e de que forma este sujeito é marcado pelo desejo do Outro. Bem diferente é a

relação com o saber para àquele que pretende educar, que na posição de mestre dá as coordenadas para o aprendiz. É precisamente com esta pesquisa que retorno a este ponto nevrálgico que, através da experiência teórica articulada à clínica, pude me esbarrar com a dificuldade de cada um exercer a psicanálise de forma que ela exista como uma prática onde o não saber se presentifica.

## Referências Bibliográficas

BARRETO, L., 1988, *Diário do Hospício / O Cemitério dos Vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Dep. Geral de Doc. E Inf. Cultural.

BASAGLIA, F., 1981, *Scritti Basaglia I (1953-1968) dalla psichiatria fenomenológica a all'esperienz di Gorizia*. Turim, Einaudi.

BASAGLIA, F., 2005, A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. in *Escritos selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Garamond.

BASTOS, F. I., 1994 “De volta para o Futuro: discutindo o conceito de “Redução de Danos” in BITTENCOURT, L. (org.) *A Vocação do Êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*, Rio de Janeiro, Imago.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005, Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1990 - 2004, Portaria /SNAS n 224, de 29 de janeiro de 1992. Em: *Legislação em Saúde Mental*. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001. Em: *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002. . Em: *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria / GM n 816, de 30 de abril de 2002. Em: *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 2.197, de 14 de outubro de 2004. Em: *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n 1.028/GM de 1 de julho de 2005. Em: *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5. ed. rev. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos)

BITTENCOURT, L. “A clínica das entrevistas preliminares nas toxicomanias: a desmontagem da demanda de tratamento” in *Cadernos do Nepad* n 1, 1993.

CAMPOS, G.W. et alli (org.), 2006, Saúde Mental e saúde coletiva, *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo / Rio de Janeiro, Hucitec / Fiocruz.

CHEMAMA, R. Dicionário de Psicanálise, Porto Alegre, editora artes médicas sul Ltda., 1995.

CRUZ, M., 2006, Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: Cirino O., Medeiros R., *Álcool e Outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. (?Políticas de Saúde no Campo do Alcoolismo e das Toxicomanias)*. Belo Horizonte, Autêntica.

CRUZ, M., 2006, Estratégias de Prevenção e Redução de Danos. In: curso de Extensão - Impasses e Estratégias na Abordagem do Uso e Abuso de Droga.

DELGADO, P. G., et. alli. 2004, Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. Em: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde.

FARIA, M.W.S. “A Oferta cria a demanda” in *Caderno de Textos da XV Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania – FHEMIG – A Construção da Rede de Atenção às Toxicomanias*, 2002.

FIGUEIREDO, A.C., 2001, “O que faz um psicanalista na Saúde Mental” in Venâncio, A.T.A. e Cavalcanti, M.T. (org.) *Saúde Mental – campo, saberes e discursos-*, Rio de Janeiro, edições IPUB – CUCA.

FLORIAN, H. (2001) “Le traumatisme au regard des pathologies de l’acte: expériences de l’indicible” in FRANÇOIS M. (org.). *Figures et traitements du traumatisme*. Paris: Dunod.

FREUD, S., (1905) “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade”, In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v.VII. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., 1913. “Sobre o Início do Tratamento” (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I ), In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1914) “Recordar, Repetir e Elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: *edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1915) “As Pulsões e suas vicissitudes” In: *edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1916) “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico” *In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1920) “Além do princípio do prazer” *In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1925) “A Negativa” *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v.XIX. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1930[1929])) “O Mal-Estar na Civilização” *In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago,1996.

FREUD, S., (1933[1932]) Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, “A Questão de uma Weltanschauung”, *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII.. Rio de Janeiro: Imago,1996.

JACKSON, C.R. (escritor) e WILDER B. (diretor), 1945, filme “Farrapo Humano” ou “The Lost Weekend” (título original)

KINOSHITA, R. T., 1996, Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Em: Pitta, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: editora Hucitec.

LACAN, J. (1956-1957) *O seminário livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, J. (1957-1958) *O seminário livro 5: as formações do inconsciente*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, J. (1958) “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” *in Escritos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1959-1960) *O seminário livro 7: a ética da psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. (1960-1961) *O seminário livro 8: a transferência*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, J. (1964a) *O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. (1964b) “Do “trieb” de Freud e do desejo do psicanalista” *in Escritos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1968-1969) *O seminário livro 16: de um Outro ao outro*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1977) *Abertura da Seção Clínica. Ornitar n 9*, 1977, p.7-14 (reproduzido e traduzido Traço Freudiano – Veredas Lacanianas Escola de Psicanálise)

LAPLANCHE e PONTALIS, Vocabulário de Psicanálise, São Paulo, Martins Fontes, 2001.

MELMAN, C., 1992, “Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar”, São Paulo, Escuta.

PITTA, A. M. F., 1996, O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em: Pitta, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec.

ROBERTO, C. 2004, Redução de danos: conseqüências na clínica analítica. *Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n 24 - A Direção da Cura nas Toxicomanias*.

ROCHA, E. e TENORIO, F., 2004, Considerações sobre a clínica da psicose no campo da Saúde Mental. Anotações para o curso “Psicanálise e Saúde Mental”, Site Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, disponível em: [www.tempofreudiano.com.br](http://www.tempofreudiano.com.br),

ROTELLI, F. 2000, Empresa Social: construindo Sujeitos e Direitos. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

SUS – Legislação Básica. Constituição Federal, Lei n 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei n 8142, de 28 de setembro de 1990. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.

TENÓRIO, F., 2001, *A Psicanálise e a Clínica da Reforma*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

TENÓRIO, F. “Desmedicalizar e Subjetivar: a especificidade da clínica da recepção” *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental, Cadernos IPUB., vol.6, n 17, Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 2000.*