

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica



O lugar da escuta analítica no início do tratamento no CAPSad.

Mariana Sant' Anna Costa

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

Rio de Janeiro

Fevereiro/2015

O lugar da escuta analítica no início do tratamento no CAPSad.

Mariana Sant' Anna Costa

Orientadora: Ana Beatriz Freire

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

Aprovada por:

Prof.^a Ana Beatriz Freire.

Dr.^a Psicologia- PUC- RJ

Prof.^a Angélica Bastos Grimberg.

Dr.^a Psicologia- PUC- SP

Prof.^a Viviane Tinoco Martins.

Dr.^a Teoria Psicanalítica- UFRJ

Costa, Mariana Sant' Anna.

– O lugar da escuta analítica no início do tratamento no CAPSad. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2015

113f; 29,7cm

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ IP/ Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2015.

Referências Bibliográficas: f.

1. Psicanálise. 2. Entrevistas Preliminares 3. Saúde Mental 4. CAPSad 5. Drogas

Dissertação (Mestrado). I. Freire, Ana Beatriz. II.

Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. III. O lugar da escuta analítica no início do tratamento no CAPSad

Dedico à dissertação aos meus pais
Ronaldo (in memoriam) e Liana.

AGRADECIMENTOS:

À Prof.^a Ana Beatriz Freire, pela orientação dedicada e cuidadosa e pelo aprendizado nos anos em que participei da pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos”.

À Prof.^a Angélica Bastos, pelas indicações precisas na banca de qualificação deste trabalho e por aceitar participar da banca examinadora.

À Viviane Tinoco Martins, por aceitar participar da banca examinadora.

À Prof.^a Ana Cristina Figueiredo, pelas importantes considerações na banca de qualificação deste trabalho e por acompanhar o meu percurso profissional e acadêmico.

Ao CAPES, pelo financiamento ao trabalho de pesquisa.

À minha avó Marialice, por ter me ensinado a importância de estudar.

Ao meu tio Fernando, por ter sempre me apoiado com muito carinho nesse percurso e por me transmitir sua dedicação e entusiasmo pela docência.

Ao meu tio Ronaldo (*in memoriam*), pelo carinho e por ter me ajudado quando me mudei para o Rio de Janeiro.

À minha irmã Fernanda, pelo amor e companheirismo.

Aos meus amigos da pós em Teoria Psicanalítica da UFRJ, especialmente Simone Ravizzini e Carolina Ribeiro.

Às minhas amigas do CAPSad, especialmente Waleska Borges, Priscila Gribel Tenebaum, Juliana Lopes, Leticia Amadeu e Juliana Prado, pelo trabalho em equipe e por compartilharmos nossas questões sobre a práxis nesta instituição de saúde mental.

Às minhas amigas queridas Carolina Peixoto e Manoela Cartaxo por sempre me apoiarem em todos os momentos nesses anos de amizade e por me fazerem sentir em casa no Rio de Janeiro.

Aos meus amigos queridos Eduardo Gomes, Carlos Eduardo Santa Rosa e Henrique Melo, pelas risadas e pelo companheirismo.

Ao Ivan Vaz, pelo carinho e por estar do meu lado nesse momento tão importante da minha vida.

RESUMO

O LUGAR DA ESCUTA ANALÍTICA NO INÍCIO DO TRATAMENTO NO CAPSAD

Mariana Sant' Anna Costa

Orientadora: Ana Beatriz Freire

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

A presente dissertação tem como objetivo analisar o início do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSAd) e as possíveis contribuições da psicanálise a essa práxis. A pesquisa levanta como hipótese as entrevistas preliminares enquanto um dos dispositivos clínicos utilizados na recepção dos pacientes no CAPSAd. De acordo com objetivo do trabalho, utiliza-se o termo droga para designar qualquer substância psicoativa, classificada atualmente como lícita ou ilícita, tendo, ainda, como fundamento teórico o ensino de Freud e Lacan. No primeiro capítulo, explicitam-se as diretrizes da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e também circunscreve-se o contexto sócio-histórico do consumo de substâncias psicoativas. No segundo, são destacados os conceitos psicanalíticos referentes às entrevistas preliminares, como a demanda inicial, associação-livre e transferência, com o intuito de discutir as possíveis particularidades do início do tratamento para os sujeitos que consomem drogas. Finalmente, abordam-se as funções que a droga tem a cada caso, apresentando fragmentos de casos clínicos e, a partir deles, discute-se sobre as particularidades do início do tratamento no CAPSAd, os efeitos clínicos das intervenções do profissional de orientação psicanalítica e também os impasses gerados na condução do tratamento.

Palavras chaves: psicanálise, entrevistas preliminares, saúde mental, CAPSAd, drogas.

ABSTRACT

Abstract of Masters dissertation submitted to Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, as part of the necessary fullfilments to obtain the master degree at Teoria Psicanalítica.

The dissertation aims to analyze the beginning of treatment on psychosocial care center for alcohol and other drugs (CAPSad) and the possible contributions of psychoanalysis to this practice. The research raises the hypothesis of preliminary interviews as one of the medical devices used in the reception of patients in CAPSad. According to the objective of this work the term drug is used to designate any psychoactive substance, currently classified as legal or illegal, basing, yet, on the theoretical fundaments of Freud and Lacan education. In the first chapter it is explained the guidelines of the Política de Atenção Integral to users of alcohol and other drugs and also circumscribe the socio-historical context of the consumption of psychoactive substances. In the second, it is highlighted the psychoanalytic concepts related to preliminary interviews, such as initial demand, free association and transfer, in order to discuss the possible particularities of the beginning of treatment for subjects who use drugs. Finally, it is approached the functions that the drug has in each case, presenting fragments of clinical cases, and based on them, it is discussed the details of the initial treatment in CAPSad, the clinical effects of interventions of professional psychoanalysis and also the impasses on treatment conduction.

Keywords: psychoanalysis, preliminary interviews, mental health, CAPSad, drug

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....1.

CAPÍTULO I: A POLÍTICA PARA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O CAPS AD.

.....4.

I-1 - Antecedentes e Reforma Psiquiátrica Brasileira.4.

I-2- A Política para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas e as diretrizes do CAPSad.....14.

I- 3 O Mal-Estar na Civilização e o paradoxo da felicidade.22.

I-4 A lógica do consumo do sistema capitalista e o uso de substâncias psicoativas.....28.

CAPÍTULO II: SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO NO CAPSAD.....40.

II.1 Entrevistas preliminares e o início do tratamento analítico.....40.

II- 2 As entrevistas preliminares no contexto contemporâneo da práxis psicanalítica e o consumo de drogas.....50.

II- 3 Sobre o início do tratamento nas instituições de saúde mental.....58.

II- 4 A porta de entrada do CAPSad.....66.

CAPÍTULO III: AS FUNÇÕES QUE A DROGA PODE TER PARA O SUJEITO.....73.

III-1 Função do objeto na constituição do sujeito.....73.

III-2 O lugar que a droga pode ocupar na economia psíquica e sua função singular...78.

III -3 Caso clínico Daniel.....86.

CONCLUSÃO.....102.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....107.

“Eu me identifico na linguagem, mas somente ao me perder como objeto. O que se realiza em minha história não é o passado simples daquilo que foi, uma vez que ele já não é, nem tampouco o perfeito composto do que tem sido naquilo que sou, mas o futuro anterior do que terei sido para aquilo em que me estou transformando”. (LACAN, 1953).

INTRODUÇÃO

O interesse a respeito do tema da nossa pesquisa sobre as vicissitudes da oferta de tratamento para sujeitos que usam substâncias psicoativas¹ nos foi suscitado a partir da nossa experiência clínica no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad).

No nosso trabalho na instituição de saúde mental, tínhamos como uma das funções acompanhar a recepção dos novos pacientes. Para tal, nós utilizávamos como um dos dispositivos clínicos o atendimento individual, tendo como orientação as nossas intervenções a teoria psicanalítica.

Notamos em alguns casos que, no início do tratamento, a demanda inicial era frequentemente dos familiares e tínhamos dificuldades em perceber se o paciente havia estabelecido a transferência com os profissionais do CAPSad. Deparamo-nos nessa práxis também com alguns impasses, ao acolhermos situações de urgência, como o paciente ir ao tratamento ainda sob o efeito da droga.

Nosso desejo de escrever sobre o tema surgiu a partir das questões concernentes ao início do tratamento e também das nossas dificuldades no manejo clínico na práxis no CAPSad. O **objetivo** da nossa pesquisa consiste em analisarmos o início do tratamento no CAPSad e as contribuições da teoria psicanalítica a essa práxis. A nossa **hipótese** é que a estrutura das entrevistas preliminares pode contribuir como um dos dispositivos clínicos utilizados no início do tratamento dos pacientes. Assim, propomos discutir o que a psicanálise pode contribuir na práxis do CAPSad.

De acordo com o objetivo do nosso trabalho, utilizaremos o termo droga para designar qualquer substância psicoativa, classificada atualmente como lícita ou ilícita. No primeiro capítulo discorreremos sobre o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e a configuração dos novos dispositivos clínicos extras- hospitalares, especificamente o CAPSad.

No Brasil, a Política Integral aos usuários de álcool e outras drogas estrutura as diretrizes da assistência aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e

1- Substância psicoativa é definida como sendo qualquer substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. São consideradas substâncias psicoativas: álcool, café, chá, maconha, cocaína, crack, nicotina, diazepam, dentre outros. (Dagalarrondo, 2008, p.344)

afirma o CAPSad como responsável pela função de ordenar o cuidado e o tratamento dessa clientela no território.

Notamos que os CAPSad e os outros dispositivos clínicos da rede de saúde mental foram instituídos a partir da constatação do aumento do uso de substâncias psicoativas nos diversos segmentos da sociedade.

Em face dessa perspectiva, visamos circunscrever o contexto sócio histórico do consumo de drogas. Destacaremos o que Freud afirma sobre o uso de substâncias psicoativas no início do século XX. Freud (1930) pontua que o mal-estar é inerente à organização cultural, por isso os sujeitos constroem recursos para lidar com o desprazer. Nesse sentido, o consumo de drogas se configura como um desses paliativos.

Em seguida, discutiremos a respeito do mal-estar na atualidade. Naparstek (2008) destaca que a maneira preponderante dos sujeitos lidarem com o desprazer tem se constituído pela via do consumo dos objetos ofertados pelo mercado. Vamos abordar o que disse Bauman sobre a sociedade consumista do sistema capitalista. Desse modo, discutiremos o consumo de drogas no contexto da lógica consumista do sistema capitalista.

No segundo capítulo, destacaremos a estrutura e as diretrizes das entrevistas preliminares que orientam o psicanalista no início do tratamento a partir do que afirmam Freud e Lacan. Nas entrevistas preliminares, é necessário que o paciente estabeleça a transferência com o analista para iniciar o tratamento. Na dinâmica da transferência, o paciente transfere parte da libido insatisfeita para o profissional. Portanto, o aspecto econômico da transferência nos suscitou a questão de como o paciente se liga ao profissional e o tratamento no CAPSad, visto que frequentemente há um investimento excessivo no objeto droga. Neste capítulo, analisaremos as particularidades das entrevistas preliminares na práxis com sujeitos que usam drogas.

Em momento posterior, discutiremos a práxis do analista na instituição de saúde mental. Vamos abordar o que disse Zenoni sobre as práticas institucionais e do analista. Assim, analisaremos as questões concernentes ao início do tratamento no CAPSad II, a partir dos fragmentos clínicos.

No terceiro capítulo, abordaremos as funções que a droga pode ocupar na economia psíquica. Lacan (1975) afirma que a droga pode ser a única forma de romper na estrutura neurótica o matrimônio com o pequeno pipi, ou seja, o gozo fálico.

Nessa mesma direção, Naparstek (2008) pontua que o consumo da droga pode ter principalmente três efeitos para os sujeitos, ou seja, no momento da intoxicação ter como consequência uma ruptura com o gozo fálico, servir como parceiro sintomático ou manter o

sujeito enlaçado com o órgão, quer dizer, um gozo autoerótico. O autor afirma que, nesta práxis, é relevante articularmos a função que a droga tem para o sujeito e a estrutura clínica.

Ainda neste capítulo, analisaremos, a partir da construção do caso do Daniel, questões referentes à função que a droga ocupa na economia psíquica e o início do tratamento no CAPSad II. Além disso, discutiremos o manejo clínico e os impasses do profissional orientado pela psicanálise na condução do tratamento.

Lacan (1953) afirma que é nossa responsabilidade, toda vez que intervimos na fala que nos é endereçada pelo paciente, reconhecer ou abolir a dimensão de sujeito. Compreendemos que a posição ética da psicanálise é relevante na práxis no CAPSad, pois destaca que a demanda de tratamento não se reduz à toxicidade da substância psicoativa, mas a posição singular que o sujeito tem diante do mal-estar.

Capítulo I: O CAPSad e o contexto sócio- histórico do consumo de drogas

I-1 - Antecedentes e Reforma Psiquiátrica Brasileira

Segundo Teixeira (1997), no Brasil, a assistência psiquiátrica começa no ano de 1852, tendo como marco o primeiro hospício no país, que se localizava no Rio de Janeiro. O surgimento do primeiro manicômio foi uma resposta do poder público às reclamações dos médicos que eram contra a circulação dos loucos nas ruas. Esse fato era visto como uma ameaça à ordem da higiene pública. Outro fator que motivou a criação do primeiro hospício foi à constatação dos maus tratos sofridos pelos loucos que ficavam internados nas Irmandades das Santas Casas de Misericórdia, que eram instituições de caridade.

O primeiro hospício representou um coroamento simbólico do Império brasileiro, que estava enfraquecido pelas guerras que ocorreram no período conturbado da Regência. A medida de criar um manicômio era percebida como uma ação de vanguarda, porque se acreditava que estaríamos em consonância com a Europa, apesar de ainda sermos um país escravocrata e predominantemente rural.

Dessa forma, esperava-se que essa medida fortalecesse o governo e, com isso, este teria mais apoio da elite. Segundo Amarante (2008), logo que foi criado, o hospício foi alvo de várias críticas, principalmente dos médicos. Por estar vinculado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não era considerada uma instituição propriamente médica, mas sim de caridade. Além disso, também não fora construído de acordo com os parâmetros terapêuticos vigentes na Europa.

No ano de 1890, logo após a proclamação da República, o hospício deixou de fazer parte da Santa Casa de Misericórdia e, assim, passou a ser dirigido por médicos. Na história da psiquiatria no Brasil, o tratamento baseado no modelo asilar, consistindo principalmente em internações nos hospitais psiquiátricos, foi preponderante até 1950. Um fator importante que consolidou os hospitais psiquiátricos e aumentou o número de seus leitos foi o processo de privatização da Previdência Social, que era o maior responsável por este suporte no país.

Tenório (2002) afirma que, na década de 60 e 70, duas experiências clínicas e institucionais foram referências para as mudanças propostas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, apesar de suas concepções terem sido superadas pela mesma. As experiências foram o modelo das Comunidades Terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva.

As experiências das Comunidades Terapêuticas nas décadas de 60 e 70 têm como ponto em comum com a reforma o questionamento das estruturas tradicionais do manicômio. As comunidades foram uma tentativa de construção, pelo viés da psicanálise, de um modo organizacional que direcionou e remodelou as práticas do cotidiano hospitalar.

A utilização da teoria psicanalítica como base das intervenções consistia na interpretação, por meio da leitura das manifestações inconscientes, não apenas dos pacientes, mas também dos profissionais e de como estava organizada a instituição.

As Comunidades Terapêuticas tinham como proposta a inserção dos pacientes de alguma forma no meio social após o tratamento, mas fracassaram. Como suas ações não tiveram impacto, algumas de suas propostas foram absorvidas pelos manicômios privados, que não tinham interesse em mudança. A proposta da Comunidade Terapêutica servia como marketing destes manicômios particulares, dando aos mesmos uma aparência moderna, sem deixarem, no entanto, de serem conservadores em suas ações.

Tenório (2002) destaca que o ideal de liberdade das comunidades terapêuticas implicou numa aproximação com os pacientes e essa aproximação teve como referência, além dos valores democráticos, o discurso psicanalítico. O autor afirma a importância das experiências das Comunidades Terapêuticas porque esta propunha em seu modelo a escuta e uma discussão aberta com os pacientes. Assim, discutia a cidadania do paciente num momento em que esta ainda não estava em pauta em outros setores da sociedade. Entretanto, pontua que estas experiências tiveram deficiências tanto teóricas quanto também nas suas práticas.

A psiquiatria comunitária foi outra experiência relevante no período anterior à reforma psiquiátrica. Esta propunha que a psiquiatria deveria ter uma intervenção mais ampla na comunidade, isto é, deveria poder detectar precocemente as situações críticas de modo a resolvê-las, evitando assim a internação. Também tinha como proposta intervir na organização da sociedade com o intuito de possibilitar a prevenção do adoecimento mental. O autor pontua que, no início, as propostas da psiquiatria

comunitária tiveram aceitação, entretanto, os riscos de uma normatização e psiquiatrização do social foram percebidos.

Segundo Tenório (2002), a reforma psiquiátrica brasileira afirma a importância de que o tratamento do usuário seja na comunidade, ou seja, no território, e que faça disso um recurso terapêutico. Com isso, podemos evitar ou diminuir as internações no hospital psiquiátrico. Esse ponto é similar às ideias da psiquiatria comunitária. No entanto, é discrepante da reforma, uma vez que a psiquiatria comunitária tinha como propósito a intervenção na sociedade visando à normatização da mesma, por acreditar que, assim, diminuiria a incidência da loucura na comunidade. “Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social”. (e não o asilo de reclusão). (TENÓRIO, 2002, p. 31)

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil se inicia no contexto da redemocratização nacional. Amarante (2008) afirma que este processo teve início no ano de 1978. Nesse ano, três médicos recém-formados denunciaram os maus tratos sofridos pelos pacientes psiquiátricos internados em hospícios. Em resposta a essa atitude, o Ministério da Saúde demitiu estes funcionários. Com isso, outros profissionais tomaram a mesma posição e foram também demitidos. Em decorrência desse ato, as demissões acarretaram novas demissões de funcionários. Esse episódio ficou conhecido como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN).

Nesse contexto, houve a criação do primeiro movimento social organizado na área da saúde mental. Com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), teve início um processo de reflexão crítica sobre a natureza e estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria e a preponderância do modelo asilar.

Segundo Tenório (2002), a novidade da reforma foi que, em vez de se pensar uma reestruturação, aperfeiçoamento ou humanização dos manicômios, como já havia ocorrido anteriormente na história da psiquiatria no Brasil, o movimento criticou os pressupostos teóricos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle.

Durante o ano de 78, aconteceram dois eventos muito importantes que contaram com a participação do MTSM. O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, Santa Catarina. Nesse evento, o movimento teve oportunidade de se organizar em âmbito nacional. Esse congresso também estava associado ao I

Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que contou com a participação de autores e atores da reforma psiquiátrica internacional. Dentre estes, estavam presentes Franco Basaglia, Felix Guattari e Robert Castel. A ocasião foi relevante para a reforma porque serviu como uma das referências teóricas e clínicas do movimento.

Nesse momento, é relevante pontuarmos que o campo da atenção psicossocial no Brasil é complexo e tem influência de várias correntes teóricas. Dessa forma, nesse trabalho, abordaremos a temática da atenção psicossocial pelo viés da psicanálise, já que nossa práxis tem como orientação a teoria psicanalítica.

Segundo Amarante (2008), no período da Nova República, iniciado com a eleição indireta do primeiro presidente civil após o golpe militar, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta foi um marco das mudanças políticas do país, principalmente pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão da nova legislação também para o campo da saúde mental passou a compor o movimento da reforma. Além disso, houve um debate a respeito da falência do modelo de assistência asilar e, com isso, a necessidade de se criar novos serviços extra-hospitalares. Por isso, foram criados novos dispositivos de tratamento cujas primeiras experiências no Brasil foram o programa da Saúde Mental da cidade de Santos e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luís Cerqueira, na cidade de São Paulo.

Na cidade de Santos, foram criados e reestruturados os serviços de assistência à saúde mental que tiveram como eixo principal os recém-criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento do tipo internação. Nesse serviço, são oferecidas desde consulta médica e psicológica às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar quando há necessidade.

Tenório (2002) afirma que outro marco relevante dos novos dispositivos de cuidados em saúde mental foi a criação do CAPS. Os CAPS têm como fundamento a concepção de que os pacientes psiquiátricos graves necessitam de uma estrutura de assistência que não é possível de ser ofertada nas instituições psiquiátricas tradicionais, como os ambulatórios e os hospitais psiquiátricos. Os CAPS funcionam todos os dias da semana, oferecem atividades terapêuticas diversificadas e há construção de um trabalho em equipe multiprofissional.

A clínica realizada no CAPS não dispensa o saber psiquiátrico, mas este é percebido por um novo prisma, a partir das mudanças realizadas pela reforma psiquiátrica brasileira, do que seja a saúde mental e a forma de tratá-la. Dessa forma, as mudanças no tratamento dependem de uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver em comunidade e de construir uma atitude nova da sociedade frente ao usuário de saúde mental.

Tenório (2002) afirma que a experiência de Santos foi diferente da cidade de São Paulo. Enquanto no litoral tal experiência consistiu na construção de todo um programa de políticas públicas de saúde mental, o CAPS Luís Cerqueira era uma unidade específica de atendimento da rede. O CAPS se tornou um exemplo do novo modelo de cuidados da área da saúde mental. Os CAPS e o NAPS, apesar de serem serviços distintos, surgiram a partir da crítica ao tratamento psiquiátrico tradicional.

“Penso que o essencial da reforma é as práticas de cuidado destinadas aos loucos, visando à manutenção da vida do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito. A isso chamo clínica. E a clínica é uma ação política”. (TENÓRIO, 2002, p.55).

De acordo com Amarante (2001), a regularização desses serviços pelo Ministério da Saúde, as portarias 189-1 e 224-92, embora tenham viabilizado a construção de muitos serviços em saúde mental, ao definirem a organização dos mesmos, promoveram uma padronização das instituições. Nessas portarias, as experiências pioneiras dos serviços do CAPS e do NAPS foram homogeneizadas, ou seja, consideradas configuradas pela mesma estrutura e funcionamento.

A respeito da criação e implantação desses serviços, os mesmos são considerados “novos” e representantes das novas políticas e ações no campo da saúde mental. No entanto, isto não garante que estes serviços sejam mediadores e operadores de novas intervenções frente à psicose.

Segundo o autor, muitas práticas que se denominam antimanicomial, na verdade, têm como orientação o modelo tradicional da psiquiatria. Portanto, além da regulamentação dos serviços que orientam as intervenções no âmbito da saúde mental, é também relevante a formação dos técnicos nas questões conceituais que envolvem os novos serviços. Para que suas práticas não sejam atualizações da psiquiatria tradicional, que tem o conceito da doença mental como erro, desrazão, periculosidade,

e a internação asilar como o principal recurso terapêutico.

Tenório (2001) também destaca que a posição dos profissionais e a estrutura dos serviços da atenção psicossocial podem reproduzir nas suas intervenções a lógica manicomial. Observa-se que a reprodução da lógica asilar na perspectiva clínica ocorre quando os profissionais centram suas intervenções na supressão dos sintomas, quer dizer, há uma ênfase na doença em detrimento do sujeito.

Segundo o autor, esse modelo de tratamento que tem como ênfase a eliminação do sintoma, é totalmente diferente da concepção psicanalítica a respeito do sintoma. Pois, desde a inauguração da psicanálise por Freud se afirma que o sintoma diz uma verdade do sujeito, ou seja, ao mesmo tempo em que eclipsa o sujeito, representa-o.

Desse modo, a perspectiva da reforma psiquiátrica e os dispositivos clínicos criados têm como ponto em comum com a teoria psicanalítica a recusa a esse modelo sintomatológico. Notamos que se opera um deslocamento na práxis clínica que tinha como ênfase a doença para questões que concernem ao sujeito.

Tenório (2001) afirma que se deve ter cautela para que a direção clínica desses novos serviços do campo da saúde mental também não recuse a atenção ao sintoma. O profissional, ao intervir para que o paciente possa ter acesso à cidadania e aos seus direitos, não deve negligenciar o sintoma ou as construções delirantes do mesmo.

"(...) Nesse sentido, mesmo não se podendo subsumir a nova psiquiatria a uma leitura psicanalítica do tratamento mental, penso que a inversão proposta não deve ser a de recusar a atenção ao sintoma em favor da atenção à existência ou à subjetividade, mas sim de entender que, na atenção que o paciente nos traz como sintoma, deve ser visar o sujeito ali representado e eclipsado, a problemática da existência ali encenada. Diferentemente da perspectiva da saúde (silêncio dos órgãos), a perspectiva freudiana do sujeito é positivar o "barulho" do sintoma. Na neurose, a verdade do desejo a serem apreendidos das formações do inconsciente, como os atos falhos, sonhos e sintoma; na psicose, o delírio como tentativa de produção de um sujeito". (TENÓRIO, 2001, p. 57).

Borsoi (2011) compartilha da posição do autor ao afirmar que a atenção psicossocial tem como um de suas direções um conjunto de ações baseada no universal para todos, como a inclusão, a cidadania, dentre outros. A autora destaca que, nessa práxis, os profissionais devem ter cuidado para que as intervenções que têm como intuito restituir os direitos à cidadania considerem também as singularidades dos pacientes.

Constatamos que o acesso à cidadania é um dos pontos centrais do movimento da

reforma psiquiátrica, por isso houve à elaboração de uma nova legislação que garantisse os direitos dos usuários. No ano de 1989, foi elaborado o projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado que propunha a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros dispositivos de assistência. O projeto só foi aprovado depois de doze anos em tramitação no Senado, tornando-se, em abril de 2001, a lei 10.216-2001.

Amarante (2008) pontua que, embora o texto aprovado tivesse excluído a extinção progressiva dos manicômios para a criação de novos leitos de internação em hospitais clínicos, a lei 10.216 representou um importante avanço porque trata dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, além de incentivar a criação de dispositivos de tratamento em regime comunitário.

Notamos que o termo sofrimento psíquico é utilizado no campo da saúde mental para adjetivar a clientela destes serviços. Amarante (2007) afirma que a expressão é utilizada de forma cada vez mais frequente no campo da saúde mental porque a ideia de sofrimento nos remete a pensar no sujeito que sofre. Nesta perspectiva, deparamo-nos com o sujeito, com suas vicissitudes, seu trabalho, sua família, seus projetos e anseios. No campo do movimento da reforma psiquiátrica, tem-se evitado utilizar o termo transtorno mental, que é comumente adotado pela psiquiatria, pois este conceito transmite a ideia de que a pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, ou seja, possessa.

Compreendemos que a utilização de ambos os termos acarretam perspectivas diferentes a respeito do paciente, na medida em que a noção de transtorno mental tem como critério os diagnósticos psiquiátricos e o termo sofrimento psíquico tem como intuito enfatizar que o sofrimento é singular.

A respeito dos dispositivos da atenção psicossocial, as portarias ministeriais 189/2 e 224/02 instituíram novos serviços extra-hospitalares, dentre os quais os hospitais-dia, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros. As diretrizes do CAPS foram reestruturadas pela portaria n.336/2, que também estabelece as novas modalidades dos dispositivos dos CAPS, dentre os quais foram instituídos o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas² (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), além de outros. Observamos que a portaria número 336/2 estabelece as estruturas das modalidades dos CAPS, ou seja, regulariza esses dispositivos clínicos em âmbito nacional.

Segundo Yasui (2010), o CAPS é um dos principais instrumentos da implementação

2- Voltaremos a diretrizes que balizam a orientação clínica do CAPSad na seção I-2 do presente trabalho.

da política de saúde mental. O CAPS foi um marco do movimento da reforma psiquiátrica, pois este dispositivo extra-hospitalar demonstrou, a partir dos efeitos clínicos recolhidos com os pacientes, que era possível uma nova modalidade de cuidado e tratamento também em situações de crise.

No período anterior à reforma psiquiátrica brasileira, a assistência aos pacientes no momento de crise consistia principalmente em internação em hospital psiquiátrico. Nesse sentido, o CAPS configura a transformação da assistência no campo da saúde mental que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados na atenção psicossocial.

“O CAPS, o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é o meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz apenas num lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diversos segmentos sociais, diversos serviços. Tecer essa rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.”(YASUI, 2010, p. 115).

Notamos que os dispositivos clínicos da atenção psicossocial têm como direção clínica articular a rede de assistência no território, isto é, o tratamento se articula com os outros dispositivos clínicos da saúde mental e também com outros segmentos da sociedade, como família, saúde, cultura, dentre outros.

Dessa forma, verificamos que o conceito de território é uma baliza relevante para a assistência no campo da saúde mental, visto que afirma a importância do tratamento ser ofertado ao sujeito próximo ao local onde mora e também transita. Assim, acreditamos ser relevante delimitarmos brevemente a concepção de território utilizada no campo da saúde mental.

Segundo Yasui (2010), a "lógica do território" é um conceito que norteia a estrutura da assistência em saúde mental no Brasil. O conceito de território, tal como preconizado pelo campo da saúde mental, teve como influência as análises desta categoria realizada pelo geógrafo Milton Santos, o qual fez uma crítica à visão tradicional da geografia que considera o território como campo estático e de formações naturais. Dessa forma, afirma que o território é um objeto dinâmico, pois este influencia a organização social e concomitantemente é influenciado por esta. Com isso, o território tem um papel relevante na vida do sujeito e do

corpo social

Yasui (2010) destaca que o projeto terapêutico, construído pela equipe a cada caso, deve ter como uma de suas direções clínicas elaborar o tratamento no CAPS e também articular o acesso do paciente a outros setores sociais, como saúde e educação. Observamos que a rede de cuidados da atenção psicossocial está associada ao território, ou seja, ao tempo e ao lugar em que esta se constitui.

“O conceito de território, como bem mostra Milton Santos é relacional: diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem. Memórias e acontecimentos inscrita em paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar (...). Organizar um serviço substitutivo nesse território é olhar e ouvir a vida que pulsa no lugar. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições públicas também tem as marcas locais das políticas públicas".(YASUI, 2010, p. 127)

Constatamos que a reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu no momento em que o país estava passando por um processo de redemocratização. O movimento criticou os pressupostos da psiquiatria e também o modelo de tratamento ofertado a essa clientela. Dessa forma, foram criadas novas estruturas dos serviços de saúde mental extra- hospitalares.

Nos dispositivos clínicos, há um acolhimento e acompanhamento do paciente por uma equipe multiprofissional. Nesse contexto, houve uma maior inserção dos profissionais orientados pela psicanálise nas instituições de saúde mental.

Notamos que os teóricos da psicanálise destacam que os profissionais devem ter cautela para que suas intervenções não negligenciem a particularidade do caso. Viganò (1999) afirma que não é apenas eliminando o significante “doença” que impediremos a cronicidade dos pacientes no campo da saúde mental, visto que, em regime de assistência social, pode se criar um tratamento por toda vida, ao querer incluir o sujeito sem o escutar. Com isso, é relevante reencontrarmos a dimensão da clínica.

Borsoi (2007) pontua que uma contribuição relevante da psicanálise ao campo da saúde mental é transmitir à equipe a clínica do caso a caso, que deve vigorar em contraste com a generalização dos transtornos do discurso médico.

Nesse viés, Stevens (1999) propõe que a contribuição da psicanálise ao campo da

saúde mental não pode se restringir as discussões teóricas e clínicas, mas deve ser uma resposta ética que consiste em transmitir a singularidade a cada caso.

“Vemos que nossa resposta à saúde mental passa pelo uso dos nossos conceitos, os quais possibilitou uma clínica diferencial. “Porém, isso não basta na consideração do sujeito, que ele seja formulado como um “querer dizer” ou como” um querer gozar”, implica uma posição ética a ser introduzida e sustentada nas instituições de saúde mental. (...) Para além da clínica diferencial, nossa ética deve ser de uma clínica a cada caso, em oposição às generalizações do discurso psiquiátrico vigente.”. (STEVENS, 1999, p.48).

Segundo Laia (2003), os novos dispositivos de saúde mental no país têm se tornado mais efetivos e estáveis porque possuem uma estrutura flexível de negociação com as regras institucionais. Além disso, houve uma significativa transformação no modo como são acolhidos e tratados os pacientes que as procuram ou são encaminhados a estes serviços, em comparação ao período anterior à reforma psiquiátrica.

No campo da saúde mental, também existe todo um esforço para que o corpo social possa se colocar como um parceiro dos pacientes cujo sofrimento produziu certo distanciamento da norma. O autor destaca que este esforço não tem mais uma postura de denunciar a sociedade que segrega para não ter que se defrontar com o que é diferente da norma, mas uma tentativa de convocar a sociedade a participar desse processo também. Ele também pontua que as instituições de saúde mental são estruturadas por uma lógica universal.

Compreendemos que as políticas públicas possibilitaram que fossem criados novos dispositivos de saúde mental em âmbito nacional, entretanto, em alguns momentos, estas diretrizes universais podem dificultar advir o singular do caso. Nesse sentido, a práxis nas instituições de saúde mental nem sempre estão orientadas para a singularidade do sujeito, pois muitas vezes há um imperativo de inclusão social.

Entendemos que essa discussão é relevante para podermos analisar as críticas e as contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. Observamos que os novos dispositivos clínicos têm diretrizes em âmbito nacional que norteiam as práticas, como a lógica do território, o acesso à rede de saúde, dentre outros.

Acreditamos que também é importante destacar que, nos serviços de saúde mental, uma das direções do tratamento nas instituições é a elaboração do projeto terapêutico a cada caso. Assim, compreendemos que as diretrizes podem ser importantes para nortear à práxis, mas não devem ser rígidas porque podem burocratizar as intervenções dos profissionais.

Concordamos ser importante que a posição ética do profissional de orientação psicanalítica possa transmitir à equipe a singularidade do caso e pensar uma direção do tratamento, a partir do que este aponta. No próximo capítulo, iremos discutir a práxis do analista na instituição de saúde mental.

A partir destas considerações sobre a reforma psiquiátrica e a configuração dos novos dispositivos de saúde mental, abordaremos, na seção seguinte, as diretrizes da Política Integral ao usuário de álcool e outras drogas e a estrutura do CAPSad. A portaria 336/2 define a estrutura do CAPSad e a sua clientela, estando de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, como a lógica do serviço no território e o acolhimento dos pacientes em situações de crise, dentre outros.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas teve como um dos seus objetivos reafirmar a função da modalidade do CAPSad de ordenador da demanda para tratamento dos sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

I-2 A Política para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas e as diretrizes do CAPSad

No Brasil, houve a proposta de existir um serviço de saúde mental para sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, devido à constatação do aumento do uso de drogas nos diversos segmentos da sociedade.

"(...) A constatação que o uso de drogas lícitas e ilícitas tomou proporção de grave problema de saúde pública e que encontra ressonâncias nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.9).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), historicamente a questão do consumo de drogas era abordada principalmente por uma perspectiva psiquiátrica ou médica. Desse modo, houve um reposicionamento diante dessa problemática, na medida em que se observou que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem uma configuração complexa, acarretando também

efeitos sociais, psicológicos, econômicos e políticos. De acordo com o Ministério da Saúde (2003), essas perspectivas também devem ser consideradas nas questões concernentes ao consumo de drogas.

Além disso, constatou-se que, apesar do aumento do índice do consumo de substâncias psicoativas nos diversos segmentos sociais, não havia ainda uma política de saúde com propostas concretas voltadas para essa clientela. Devido a esse desfalque na assistência aos sujeitos que consomem drogas, surgiram diversas instituições que tinham como proposta de tratamento preponderante a internação visando à abstinência, ou seja, parar de forma imediata o consumo de drogas. A respeito dessas instituições nas quais prevalece como modelo de tratamento a internação, podemos citar as Comunidades Terapêuticas de cunho religioso³, dentre outras.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a partir dessas constatações se tornou relevante à estruturação e fortalecimento da política pública de assistência voltada aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Com isso, propôs que a ênfase das ofertas de cuidado aos sujeitos que consomem drogas deve ser baseada nos dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Ademais, por se tratar de uma problemática complexa, esta se constitui como tema transversal às outras áreas, como a saúde, justiça, educação e outras, requerendo intensa articulação destes segmentos para a execução de uma política integral ao consumidor de álcool e outras drogas.

“Nunca é demais insistir que é a rede - de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentado-se enquanto rede - que cria acessos variados, acolhe, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso de drogas, destrói a vida.”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.11)

Os dispositivos de saúde mental para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas têm como baliza para o cuidado e o tratamento ofertados a esta clientela a lógica

3- Na seção I-1 afirmamos que as Comunidades Terapêuticas no período anterior a reforma psiquiátrica brasileira tinham principalmente a teoria psicanalítica como direção clínica. Com isso, estes serviços foram uma das influências para a criação dos novos dispositivos extra-hospitalares, como o CAPS, como mencionamos anteriormente. Nicodemos (2013) constata que atualmente as Comunidades Terapêuticas não têm como estrutura e orientação da sua práxis a teoria psicanalítica como o dispositivo de origem. Nesse sentido, atualmente as Comunidades Terapêuticas são instituições de cunho religioso que reproduzem (na sua maioria) o confinamento como método principal de tratamento.

ampliada da redução de danos. Segundo Andrade (2011), "lógica da redução de danos" teve inicialmente um conjunto de ações voltado para os usuários de drogas injetáveis para o controle da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções.

Segundo o autor, entre os anos de 1995 a 2003, foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD), muito deles incluindo como ações a entrega de seringas descartáveis a esta clientela. Progressivamente, as ações do PRD foram ampliadas para outros segmentos sociais, como presidiários, meninos de rua, profissionais do sexo, usuários de crack, dentre outros.

A redução de danos no início era uma prática que visava à prevenção ao HIV, reduzida muitas vezes a uma única ação, que consistia na troca de seringas. Paulatinamente, a lógica de redução de danos se ampliou para a concepção atual de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar a abstinência, têm como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no respeito ao sujeito e no direito deste às suas drogas de consumo.

No programa de redução de danos, uma das diretrizes consiste em acompanhar o sujeito no território. As intervenções dos redutores de danos estão pautadas na lógica que cada sujeito tem uma relação com a droga e também uma maneira de estar na sociedade.

Os profissionais de saúde orientados pela lógica da redução de danos acompanham o sujeito na construção de estratégias para lidar de outra forma com o consumo de drogas. Assim, as intervenções dos redutores de danos com os usuários de álcool e outras drogas não visam à abstinência, mas pode vir a acontecer ao longo do processo.

“A abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não se constitua 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 autonomias dos usuários e familiares (...)”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.11).

Notamos que houve uma reformulação da assistência ofertada aos pacientes que consomem drogas com a criação de dispositivos de acolhimento e tratamento em articulação no território. A Política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas ratificou que o dispositivo estratégico para o cuidado e a ordenação da demanda referente a este campo é o CAPSad, estando de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

O CAPSad deve oferecer tratamento diário, sendo as modalidades deste tratamento ofertado: intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁴. Além disso, tem uma função relevante no território que o serviço abrange, pois este é o ordenador da demanda, na medida em que articula o acesso a uma rede de atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais.

"(...) Assim sendo, tornou-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, sempre considerando que a oferta de cuidados as pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseado em dispositivos extra- hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulado à rede assistencial de saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios de reforma psiquiátrica". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 6)

Observamos que a função do CAPSad como ordenador da demanda no território no qual o serviço abrange é uma das diretrizes da estrutura de todos os dispositivos extra-hospitalares. Assim, O CAPSad tem a função de articular a oferta de cuidado e tratamento aos sujeitos que consomem drogas com a rede de saúde, sociais, culturais, dentre outras.

As diretrizes que balizam a estrutura e a práxis do CAPSad são: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica da redução de danos; gerenciar casos, oferecendo cuidados personalizado; disponibilizar atendimentos na modalidade intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para repouso e desintoxicação aos usuários que necessitam de cuidado, dentre outras.

A partir das considerações sobre a estrutura do CAPSad, notamos que há orientações específicas relacionadas ao tratamento ofertado aos sujeitos que consomem drogas, como a direção clínica dos profissionais estar pautada na lógica da redução de danos e o serviço ter

4- Segundo a portaria 336/2 que regula as modalidades dos CAPS, define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes em função do quadro clínico atual que necessitem de atendimento diário, semi- intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente proposto pelo projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS e o não intensivo é o atendimento que em função do quadro clínico pode ter uma frequência menor. As indicações destas modalidades de tratamento são elaboradas a partir de cada caso, isto é, a partir do projeto terapêutico, como mencionamos anteriormente.

um lugar para repouso e desintoxicação dos pacientes que necessitem também de cuidados clínicos nessa instituição.

Assim, constatamos que estas particularidades em relação à estrutura destes dispositivos clínicos ocorreram devido às demandas e também a partir dos efeitos que recolheram do tratamento ofertado aos sujeitos que consomem drogas. Por isso, notou-se a necessidade de que a estrutura do CAPSad tenha um espaço com leitos destinados ao repouso e também para desintoxicação, visto que os sujeitos podem comparecer algumas vezes ao atendimento ainda sob o efeito da droga e precisam também de cuidados clínicos.

A respeito das políticas públicas no campo da atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas foram instituídos os decretos número 7.179 de maio de 2010 que estabelece o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas (modificado pelo decreto número 7.637 de 08 de dezembro de 2011).

Com o decreto número 7.637 de 08 de dezembro de 2011, foi lançado, no Brasil, o Programa "*Crack, é possível vencer*". Segundo o governo federal (2011), o programa foi criado porque houve a constatação de que o crack vem se disseminando na maioria dos centros urbanos do país e também nas cidades do interior e zonas rurais e tem acarretado problemas relacionados ao seu consumo e ao tráfico.

Dessa forma, o governo federal disponibiliza recursos financeiros aos estados, municípios e distrito federal, que poderão aderir a este programa assumindo contrapartidas ao instituir serviços de saúde, assistência social e segurança pública. O programa é estruturado em três eixos principais que são a prevenção, o cuidado e segurança.

O eixo segurança tem como objetivo a diminuição da oferta de drogas ilícitas, para tanto concentra esforços na articulação da força de segurança pública para a repressão do tráfico de drogas e do crime organizado. O eixo da prevenção tem ações que visam fortalecer fatores de prevenção e de risco ao consumo de drogas. Já o eixo do cuidado tem como objetivo a estruturação das redes de atenção à saúde e a assistência social para atendimento aos usuários de drogas e os seus familiares.

Andrade (2011) pontua que é relevante a articulação entre esses eixos na constituição de uma política de Estado, pois se constatou uma acentuada carência no campo da saúde, educação e segurança pública das populações com menos poder aquisitivo, principalmente das cidades de médio e grande porte, e em particular dos sujeitos que fazem uso de substâncias ilícitas. Deste modo, como o objetivo do nosso trabalho é analisar o início do tratamento no CAPSad, teremos como enfoque o eixo do cuidado, especificamente a rede de atenção à saúde.

Na criação do Plano *Crack, é possível vencer* foi instituída a portaria número 3.088, que estabelece a rede de Atenção Psicossocial para sujeitos em sofrimento recorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e também a portaria número 130 que institui o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com funcionamento 24 horas por dia e todos os dias da semana (CAPSad III).

A portaria número 3.088 institui a rede de Atenção Psicossocial, pois se observou a necessidade do SUS oferecer uma rede de serviços de saúde de forma articulada para atender aos sujeitos com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. A rede é constituída por unidades básicas de saúde, Consultório de Rua⁵, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas várias modalidades, postos hospitalares de atenção à urgência, leitos em hospitais clínicos, enfermaria em hospital psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas, dentre outros.

Notamos que a questão concernente ao uso abusivo de substâncias psicoativas é complexa e tem mobilizado vários setores sociais. Constatamos que as portarias 3.088 e 130 redefinem a rede de assistência e regularizam outros dispositivos clínicos ofertados a esta clientela, como o Consultório de Rua, os CAPSad III e as Comunidades Terapêuticas.

A respeito da rede de atenção aos sujeitos que consomem drogas, observamos que esta portaria regulamenta os dispositivos clínicos extra-hospitalares, como CAPSad III, Consultório de Rua, além do acréscimo concomitante das Comunidades Terapêuticas, compondo também a rede de saúde.

Andrade (2011) afirma que são relevantes as ações previstas no plano crack em relação a criação de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos para lidar com situações de crises mais complexas do que a capacidade resolutive do CAPSad, como uso excessivo de substâncias psicoativas que pode acarretar uma overdose ou tentativas de suicídio, por exemplo. Com isso, é relevante que os profissionais do CAPSad tenham como direção clínica intervir no momento da urgência no próprio serviço ou se necessário encaminhar para avaliação da indicação de internação no hospital a partir do que recolhem do caso.

O autor destaca, entretanto, que os profissionais de saúde devem ter cautela e critérios para o encaminhamento dos pacientes para serviços de internação, como leitos em hospitais psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e similares. Os encaminhamentos a estes

5- Os consultórios de rua se constituem com o objetivo de fornecer cuidados básicos de saúde para as populações consideradas mais vulneráveis, com ênfase para crianças, adolescentes, jovens usuários de álcool, crack e outras drogas que estão em situação de rua.

dispositivos podem suscitar um retorno às intervenções pautadas na concepção de que o lugar de tratamento preponderante é o dispositivo hospitalar, o que seria um retrocesso no campo da saúde mental.

Nicodemos (2013) também pontua que uma das consequências do Programa *Crack, é possível vencer* foi o acréscimo das Comunidades Terapêuticas de cunho religioso à rede de saúde mental. A maior parte dessas comunidades é privada, o que configura a inserção destas como um dos dispositivos de tratamento para os sujeitos que consomem drogas na rede de atenção psicossocial como uma parceria público-privada.

Observamos que o Programa *Crack, é possível vencer* foi criado a partir da constatação do aumento do uso abusivo dessa substância psicoativa tanto no interior, quanto nas capitais do Brasil. Esse programa instituiu as Comunidades Terapêuticas privadas de cunho religioso como um dos dispositivos da rede de saúde mental, mas também incluiu serviços extra-hospitalares, como o CAPSad III e os Consultório de Ruas.

No momento atual da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, constatamos que estão incluídos serviços que tem direções clínicas distintas, como as Comunidades Terapêuticas que visam à abstinência do consumo de drogas e os serviços extra-hospitalares, que têm suas intervenções pautadas na lógica da redução de danos e da articulação do acesso à rede de saúde no território.

Notamos que é relevante que os profissionais tenham uma posição ética ao encaminhar pacientes para os serviços da rede a partir do que recolhem do caso, isto é, analisar os efeitos de suas intervenções no tratamento. A discussão a respeito da inserção das Comunidades Terapêuticas na rede de saúde mental é polêmica. Não nos aprofundaremos sobre o tema porque nosso objetivo é analisar o dispositivo clínico do CAPSad.

Prosseguindo a discussão sobre o consumo de crack no Brasil, o governo federal constatou que havia uma escassez de informações acerca das zonas abertas de consumo, popularmente conhecidas como cracolândias. Por isso, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) recebeu da Secretária Nacional de Políticas de Drogas (SENAD), órgão vinculado ao Ministério da Justiça, a encomenda de formular um inquérito nacional sobre o consumo de crack.

Segundo Bastos e Bertoni (2014), tal demanda se deu em função da ampla mobilização pública, das instâncias políticas e também dos meios de comunicação, em torno das cenas abertas do crack, ou seja, as denominadas cracolândias. O Programa *Crack, é possível vencer* foi instituído no final de 2011, antes dos resultados do inquérito nacional sobre o consumo de crack no ano de 2014.

De acordo com Bastos e Bertoni (2014), a pesquisa não estava voltada para a avaliação das diferentes políticas públicas implementadas desde então, mas com o objetivo de descrever e analisar o perfil dos usuários de crack, especificamente nas cenas abertas de uso.

A partir dos dados obtidos pelo inquérito nacional sobre o uso de crack, destacaremos os resultados sobre os aspectos da saúde e acesso a serviços de atenção psicossocial para usuários de crack e similares, na medida em que o objetivo do nosso trabalho é analisar o início do tratamento no CAPSad e a contribuição da psicanálise a essa práxis.

Observamos que um dado relevante obtido pela pesquisa, em relação ao usuários de crack, é que estes também são consumidores de outras substâncias psicoativas, dentre estas principalmente o álcool e o tabaco. Outro resultado importante é que 77,23% dos sujeitos entrevistados afirmam ter vontade de iniciar um tratamento para o uso abusivo de drogas.

“Esses achados falam a favor da necessidade do manejo integrado de ações de tratamento para abuso de crack e/ou similares e também de outras drogas e ainda a necessidade de formular políticas públicas para todas as substâncias em potencial de abuso.” (BASTOS; BERTONI, 2014, p.57).

Compreendemos que os resultados obtidos pela pesquisa são relevantes para nortear as diretrizes das políticas públicas e, concomitantemente, dos dispositivos clínicos desenvolvidos para esta clientela, visto que os dados foram coletados a partir do que estes sujeitos relatam sobre o consumo abusivo de substâncias psicoativas, o acesso que tem aos serviços de saúde, e temas correlatos.

Notamos, a partir dos dados obtidos pela pesquisa, que os sujeitos afirmam que fazem uso de crack e também de outras substâncias psicoativas. Por isso, a importância de formular políticas públicas para todas as substâncias em potencial de uso. Outra questão relevante é que a maioria dos sujeitos narraram que frequentariam serviços para tratamento do uso abusivo de drogas se estas instituições fossem de fácil acesso e próximo do local onde moram.

Ademais, entendemos que tanto a pesquisa quanto o Programa *Crack é possível vencer* têm como finalidade principal tratar questões concernentes ao consumo abusivo do crack. Segundo Silva (2011), cada época tem a sua droga. O consumo abusivo de crack se constitui como a droga de escolha no contexto atual, na medida em que conduz ao prazer fugaz e imediato. Com isso, parece estar em consonância com a lógica que prediz como imperativo o consumo imediato dos objetos ofertados pelo sistema capitalista.

Assim, discutiremos na próxima seção da pesquisa a respeito do aumento do consumo

de drogas na atualidade pelo viés da psicanálise. Por isso, visamos circunscrever o contexto sócio- histórico do uso de substâncias psicoativas. Para tal fim, destacaremos o que Freud (1930) afirma sobre o mal-estar que é inerente à civilização e o consumo de drogas como uma das formas para lidar com o desprazer. Em seguida, discutiremos a respeito do que autores afirmam sobre o mal-estar na atualidade.

I- 3 O Mal-Estar na Civilização e o paradoxo da felicidade

No texto *O Mal-Estar na Civilização* (1930), Freud afirma que os homens almejam, como o propósito de suas vidas, a felicidade. O autor se questiona então, o que é considerado como felicidade na organização social. Dessa forma, observa que diante da busca pela felicidade há principalmente duas posições; uma consiste em diminuir a dor e o desprazer, e por outro lado a vivência de fortes prazeres. No sentido mais estrito do que é considerado pela civilização como felicidade, esta se refere geralmente a segunda opção. No ímpeto em busca da felicidade o sujeito faz uma escolha entre essas duas posições e assim procura realizar uma ou outra dessas metas predominantemente ou exclusivamente.

Notamos que uma das escolhas do sujeito em obter a felicidade está em consonância com o princípio do prazer. Freud (1911) afirma que o princípio do prazer é a tendência do aparelho psíquico aspirar à obtenção de prazer pela diminuição das tensões que causam desprazer. No início, o aparelho psíquico sob o domínio do princípio do prazer se incumbia de aliviar a sobrecarga dos estímulos acumulados por descarga motora, entretanto, as novas demandas do mundo exterior tornaram necessária uma série de adaptações. Nesse sentido, para sobreviver o organismo precisa lidar com as tensões e postergar a remoção desses estímulos para assim, utilizá-los para poder modificar a realidade. Assim, o aparelho psíquico tem como tendência preponderante o princípio da realidade.

Freud (1911) pontua que a substituição do princípio do prazer não acontece de uma só vez, nem em toda extensão da psique, pois há processos que continuam tendo como tendência o princípio do prazer, como a fantasia, dentre outros. Na verdade a substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade não implica a destituição do primeiro, mas sim a garantia de sua continuidade. Desse modo, um prazer momentâneo e incerto acerca de suas

consequências só é abandonado para assegurar que mais tarde, por novas vias, se obtenha o prazer garantido.

Segundo Freud (1930) o princípio do prazer não é adequado como tendência preponderante na relação do sujeito com a organização social, pois para lidarmos com o as demandas do mundo exterior precisamos suportar as tensões no aparelho psíquico e, assim, utilizá-las em um momento posterior para agir e poder modificar a realidade.

“Aquilo que chamamos de felicidade, no sentido mais estrito vem da satisfação repentina das pulsões altamente represadas, e por essa natureza é possível apenas como um fenômeno episódico. Quando uma situação desejada pelo princípio do prazer tem prosseguimento, isto resulta apenas em um morno bem-estar; somos feitos de modo a poder usufruir intensamente só o contraste, muito pouco o estado. Logo, nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade.” (FREUD, 1930, p. 31).

Assim, a causa do mal-estar, ou desprazer, é que, para viver em comunidade, o sujeito precisa contribuir com sacrifícios da sua satisfação pulsional, ou seja, é necessário fazer algumas renúncias. Freud (1930) afirma que a maior parte dos sofrimentos dos homens está localizada em três fontes: as catástrofes da natureza, o depauperamento do corpo e - aquela que causa mais infortúnios - a relação entre os homens.

As nossas possibilidades em obter a felicidade são restringidas por nossa constituição. Além disso, nunca teremos um domínio extensivo sobre os fenômenos da natureza e também em relação às doenças que afetam nosso corpo. Apesar dos avanços da ciência sobre essas fontes de sofrimento, estes infortúnios podem nos acometer ainda de uma forma imprevisível, ou seja, da ordem do real.

Por conseguinte, os sujeitos moderam suas expectativas em relação à felicidade, frequentemente almejam diminuir a dor e o desprazer como forma preponderante de usufruí-la. Deste modo, a escolha por essa posição é a mais frequente, pois o sujeito se considera como feliz apenas em sobreviver aos sofrimentos com os quais se depara na sua vida, o que em geral impele a busca de prazer para o segundo plano.

Notamos que a maneira pela qual os sujeitos buscam a felicidade exige recursos para lidar com o desprazer, isto é, estratégias para diminuir as tensões que acarretam sofrimento. Com isso, constatamos o paradoxo a respeito da felicidade possível ao sujeito na civilização. A busca pela felicidade, na maioria das vezes, não se constitui em obter sensações de prazer,

mas pelo contrário, advém a partir da diminuição do sofrimento. "De acordo com essa concepção negativa, a felicidade, longe de ser uma afirmação triunfante da natureza do homem, serve para avaliar aquilo que resiste à sua realidade como impossível a suportar". (SANTIAGO, 2001, p.101)

Os sujeitos inventam e constroem paliativos para lidar com estes sofrimentos. Não seria possível viver sem esses paliativos, quer dizer, as construções auxiliares. Dentre as citadas construções, a intoxicação por substâncias psicoativas é um dos paliativos utilizados por alguns sujeitos. Além disso, há outras maneiras de lidar com o sofrimento da renúncia pulsional que é exigida para se viver em comunidade, isto é, através de uma satisfação substitutiva, dentre as quais podemos citar: o sintoma neurótico, os delírios, a arte, a paixão e a religião. No entanto, o autor ressalva que em cada uma dessas escolhas que o sujeito faz pode haver benefícios, por compensar algo, mas também riscos.

Santiago (2001) destaca que, para Freud, as diversas estratégias das construções auxiliares têm como ponto em comum a finalidade de diminuir o sofrimento, pois obtém esse efeito funcionando como um sedativo, quer dizer, servem como um amenizador das sensações de desprazer.

Sobre as substâncias psicoativas afirma que, dentre as construções auxiliares, estas apresentam como um dos seus efeitos a tentativa mais eficaz de evitar a sensação de desprazer. É relevante ressaltar que um dos métodos mais interessantes para prevenir ou diminuir o sofrimento é aquele que tenta influir no próprio organismo. Consequentemente, entendemos que Freud localiza no corpo a tentativa do sujeito de diminuir o sofrimento através da intoxicação, haja vista que todo o sofrimento se caracteriza como sensações e o notamos em virtude de certos arranjos do nosso organismo.

Desse modo, a intoxicação do corpo tem como efeitos concomitantes obter sensações imediatas de prazer e também amenizar sensações desagradáveis ao mudar a sensibilidade da percepção da dor e desprazer.

"O serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizado como benefício, que tanto indivíduos, quanto povos lhe reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal. A eles se deve não só o ganho imediato de prazer, mas também uma parcela muito desejada de independência em relação ao mundo externo. Sabe-se que com a ajuda do "afasta- tristeza" podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade". (FREUD, 1930, p. 33)

O uso de substâncias psicoativas pode acarretar um sentimento de certa independência do mundo exterior, sendo esta uma das conseqüências mais nocivas que pode haver para o sujeito. Além disso, em algumas circunstâncias no uso excessivo que o sujeito faz de entorpecentes, há um desperdício de energia que poderia ser investida e usada de outra maneira.

Santiago (2001) pontua que o uso de drogas se configura como uma das construções auxiliares que funcionam como sedativos ao sofrimento. A particularidade do consumo de drogas em relação às outras construções auxiliares se caracteriza por ser um procedimento que incide no aparelho da sensibilidade, ou seja, no corpo. Desta forma, é relevante pontuarmos que a noção de corpo para a psicanálise se constitui como estrutura secundária, na medida em que o corpo não é apenas uma extensão pulsional, visto que tem inscrição no campo da linguagem. A noção de corpo é compreendida como uma construção, ou seja, não é a mesma coisa que o organismo *a priori*. Assim, a constituição do corpo não antecede ao significante.

O consumo abusivo de substâncias psicoativas pode ter como um dos seus efeitos nocivos o refúgio no próprio mundo interno, na medida em que o uso excessivo de drogas pode levar a morte. “A satisfação irrestrita de todas as necessidades se apresenta como a maneira mais tentadora de conduzir a vida, mas significa pôr o prazer a frente da cautela, trazendo logo o próprio castigo”. (FREUD, 1930, p.32).

Santiago (2011) pontua que a satisfação para a psicanálise se configura a partir de um paradoxo, isto é, não há somente um imperativo de felicidade, ditado pelo princípio do prazer, de diminuir as excitações desprazerosas. Neste regime, constitui-se também a satisfação da pulsão de morte.

De acordo com Naparstek (2008), a inauguração da psicanálise com Freud rompe com o pensamento antigo de Aristóteles de que a satisfação coincide com o bem do indivíduo. Podemos notar, na teoria psicanalítica, que a satisfação pode ter como efeitos prazer e também acarretar sofrimento, tal como Freud demonstra na formação dos sintomas, que proporcionam prazer para uma instância e desprazer para outra, e também na noção da pulsão de morte.

No artigo *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud, a partir de suas interrogações sobre o que leva uma pessoa a repetir situações que causam apenas desprazer, denominou estes atos como compulsão à repetição. Desse modo, a compulsão à repetição o levou a formular o além do princípio do prazer do aparelho psíquico⁶.

⁶ O além do princípio do prazer seria uma tendência a lidar com excitações excessivas tentando enlaçá-las a representantes psíquicos, suportando as excitações e o desprazer para, em um momento posterior, tornar possível a predominância da tendência do princípio do prazer

A respeito da pulsão, afirma que esta seria uma força impelente interna ao organismo que visa a estabelecer um estado anterior que o ser vivo foi levado a abandonar devido a incidências externas. Seguindo este princípio, pontua que o estado anterior de todo o ser vivo é o inorgânico, ou seja, que só poderíamos retornar a esse estado na morte. Freud (1920) afirma que o objetivo da vida é a morte e que as pulsões de vida seriam serviçais das pulsões de morte, na medida em que zelam pelos organismos sobreviventes para que, assim, os sujeitos possam morrer a sua maneira.

Esse é o paradoxo inaugurado por Freud: a satisfação não coincide com o bem e a luta que travamos no dia-a-dia para continuarmos vivendo ou nossos atos que colocam nossa vida em risco têm uma dimensão pulsional, isto é, não são conscientes. Notamos, então, o paradoxo a respeito da satisfação, na medida em que esta não visa apenas o bem e principalmente não tem relação apenas com sensações prazerosas. Assim, notamos como o recurso do uso de substâncias psicoativas para lidar com as dores da vida ao mesmo tempo em que pode ter efeitos mais rápidos para aliviar o sofrimento, ao consumir em doses elevadas, no entanto, pode ser também o caminho mais rápido para a morte.

“O operador químico não deve, assim, ser concebido, como uma solução estável e definida para o caráter insuportável do sintoma neurótico propriamente dito, mesmo porque, como já se viu, Freud não hesita em explicitar o retorno para o sujeito, do efeito nocivo do recurso à droga. É certo que, para ele, o fenômeno do consumo abusivo ou não, não determina em si mesmo o valor patológico da prática das drogas. O qualificativo crônico, que ele emprega, não pode ser deduzido da natureza interna do próprio método de intoxicação utilizado pelo toxicômano, mas reveste-se, sim, às condições particulares que dão o direito de se falar em valor nocivo e até devastador da solução que a droga perfaz para certos sujeitos”. (SANTIAGO, 2001, p. 109)

Constatamos que Freud, ao explicitar as construções auxiliares, diferencia a formação de compromisso do sintoma e o consumo de drogas, como mencionamos anteriormente. Assim, para Freud, são paliativos distintos que servem para lidar com o desprazer que é inerente à cultura. Segundo Olivieri (1998), essa temática é polêmica e divide as opiniões dos psicanalistas, pois há uma discussão atual sobre o estatuto do fenômeno do uso de substâncias psicoativas serem considerado ou não sintoma.

e da realidade. Além do mais, Freud se retifica a respeito do conflito pulsional, que anteriormente definia como pulsões de autoconservação e pulsões sexuais, com os conceitos de pulsão de vida, que abarcaria ambas as pulsões, e também as pulsões de morte.

Este autor afirma que a toxicomania não é um sintoma porque não há uma formação de compromisso, que se baseia, de um lado, na satisfação das exigências pulsionais, e de outro, na censura psíquica, no protesto do eu em relação a estas exigências. Pois, o uso de substâncias psicoativas tem uma incidência direta no corpo, proporcionando sensações de prazer e, ao mesmo tempo, diminui a sensibilidade ao desprazer. Discorreremos em momento posterior do presente trabalho a respeito da discussão, no campo da psicanálise, quanto ao estatuto do fenômeno do consumo de drogas e o sintoma.

Prosseguindo, Freud (1930) afirma que o consumo de droga ocupa um sólido lugar na economia libidinal, ou seja, o uso de substâncias psicoativas só pode ser elucidado a partir da função que ocupa para cada sujeito. Concordamos com o autor que é relevante elucidarmos o lugar que a droga ocupa na economia psíquica, visto que pode ter funções diferentes para cada sujeito e também estar em consonância com determinado momento de sua vida. Outra questão relevante que notamos foi a importância do lugar que a droga ocupa na organização de determinadas sociedades.

O uso de substâncias psicoativas se configura como um dos recursos que o sujeito pode construir diante do mal-estar que é inerente à constituição e, conseqüentemente, à civilização. Pois, a cultura impõem sacrifícios à satisfação pulsional, ou seja, as satisfações da pulsão de vida, quer dizer, a libido e também à pulsão de morte, que comparece na cultura pelo pendor agressivo do sujeito dirigido ao outro.

Deste modo, boa parte da peleja da civilização se concentra em torno do propósito em encontrar uma conciliação possível, que traga felicidade, entre as exigências do sujeito e a do grupo (culturais). As construções auxiliares são um dos recursos utilizados pelo sujeito para lidar com o desprazer da renúncia e os percalços da vida. Assim, Freud pontua que é aconselhável na busca pela felicidade que o sujeito não invista em apenas um recurso para obter satisfação porque o êxito jamais é seguro, uma vez que depende de uma conjunção de fatores.

Segundo Freud (1930), a busca pela felicidade, que é imposta tal como o princípio de prazer, é irrealizável, mas é relevante não abandonarmos nossos esforços para, de alguma maneira, diminuir essa discrepância da sensação de felicidade. “No sentido moderado em que é admitida como possível, a felicidade constitui um problema da economia libidinal do sujeito. Não há, aqui, um conselho válido pra todos; cada um tem que descobrir a sua maneira particular de ser feliz”. (FREUD, 1930, p. 40). Notamos que a escolha de determinadas estratégias para lidar com o mal-estar é singular e também de responsabilidade de cada um ir à busca de sua felicidade.

Naparstek (2008) pontua que há uma diferença entre o período no qual Freud escreveu o seu artigo sobre o mal-estar, quando a intoxicação seria uma das construções auxiliares para lidar com o desprazer, e o momento atual em relação ao uso abusivo de droga.

O autor propõe como questão central nessa mudança de paradigma que, no início do século XX, os sujeitos construía respostas singulares para lidar com o desprazer que é inerente à cultura, sendo o uso de substâncias psicoativas apenas um destes recursos para lidar com o sofrimento.

Na atualidade, há uma tendência de lidar com o desprazer com uma resposta única e globalizada, que seria uma forma de gozar similar, em vez de um modo de gozar singular. De acordo com o autor, a resposta preponderante dos sujeitos diante do desprazer na atualidade é o consumo imediato dos objetos ofertados pela lógica capitalista. Por isso, na próxima seção do capítulo, iremos nos ater à sociedade de consumo e o uso abusivo de substâncias psicoativas.

I-4 A lógica do consumo do sistema capitalista e o uso de substâncias psicoativas

Segundo Naparstek (2008), o hábito de consumir algum tipo de psicofármaco ocorre desde os primórdios da civilização e em praticamente todas as culturas. Baseado nisto, afirma que a história das drogas e as suas funções nas sociedades é muito ampla. Entretanto, o fenômeno da toxicomania, quer dizer, o consumo excessivo de drogas é recente.

O autor pontua que o momento central aonde se instala a adicção⁷, isto é, o fenômeno da toxicomania está intimamente ligado à guerra civil americana (1860-1865). Pois, nessa guerra, os combatentes feridos foram tratados com medicação à base de morfina para aliviar a dor. Os remédios à base de morfina têm, na sua fórmula, substâncias derivadas do ópio. Após o término da guerra, surgiram casos de ex-soldados que se tornaram dependentes de morfina. É ao constatar a dependência dos ex-combatentes da guerra civil a esta medicação que o saber

⁷ Adicção é o conceito que denomina o uso repetitivo de uma ou mais substâncias psicoativas, ou seja, o usuário apresenta uma compulsão para consumir a droga. Tem grande dificuldade para interromper ou modificar voluntariamente o uso de substâncias psicoativas. Numa situação típica a tolerância é proeminente e quando o uso de substância é interrompido frequentemente ocorre uma síndrome de abstinência. Entre 1920- 1960 houve tentativas para diferenciar a adicção do hábito cultural do consumo de substâncias psicoativas, no qual era considerada uma forma menos grave do consumo. No ano de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que essas nomenclaturas não fossem mais utilizadas em favor do termo dependência. Pois o termo dependência remete a concepção de que o uso de substâncias psicoativas pode existir em vários graus de gravidade. (BERTOLOTE, 2006, p.16).

médico descobre o fenômeno da abstinência⁸.

Anteriormente, acreditava-se que alguns sujeitos se sentiam mal após usar a droga e outros não devido ao seu caráter. Em outras palavras, quem passava mal após interromper o consumo era considerado ruim e quem não se sentia mal era porque tinha uma índole boa. No momento em que aparece a síndrome de abstinência é que o consumo excessivo de drogas se configura pela primeira vez como fenômeno clínico no campo do saber médico.

Além disso, no início do século passado nos EUA, se configura a lógica do liberalismo do sistema capitalista. As ideologias do liberalismo estão relacionadas ao conceito de democracia desta época, que supõe que os cidadãos tem o direito de se relacionar livremente, dentre outras coisas, com os objetos e as substâncias psicoativas. Em outros termos, o Estado não tem mais a função de mediar e regular as relações, principalmente do sujeito com as mercadorias. Notamos que foi no contexto dos ideais liberais do sistema capitalista que surgiram questões concernentes ao consumo excessivo de drogas como uma problemática do campo da medicina.

De acordo com Sinatra (2000), o consumo abusivo de drogas ocorre no contexto marcado pelo consumo generalizado, pois este aparece como uma resposta preponderante diante do mal-estar que é inerente à civilização.

A organização da sociedade atual ao privilegiar o consumo como a forma de lidar com o mal estar divide os sujeitos em consumidores e deprimidos, isto é, os sujeitos que não tem acesso aos bens de consumo podem se tornar deprimidos ao se sentirem desamparados diante deste imperativo de consumir que não podem cumprir.

Naparstek (2008) destaca também que, na atualidade, a resposta preponderante dos sujeitos diante do prazer é o consumo de objetos, que constitui uma forma de lidar com o sofrimento proposta pelo mercado.

"Uma época onde se sobressai o gozo do consumo proposto pelo mercado, para todos por igual- cada um sozinho, onde o *delivery* o traz sem ter que sair de casa- apagando assim todas as diferenças. Nesse caso, seria uma solução universal, no qual toma o lugar da resposta singular, como era peculiar na época de Freud a singularidade e o seu laço com o Outro⁹". (NAPARSTECK, 2008, p. 28, tradução nossa)

⁸ A síndrome de abstinência se caracteriza por um grupo de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou a redução do uso de substâncias psicoativas que vinha sendo utilizada repetidamente e geralmente após um longo período e/ou altas doses. A síndrome pode ser acompanhada por sinais de alteração fisiológica. O início e o curso da síndrome é limitado no tempo e são relacionados ao tipo de substâncias e a doses que vinham sendo usadas imediatamente antes a interrupção ou redução do uso. (BERTOLOTE, 2006, p. 110).

⁹ O trecho correspondente a nossa tradução é: "Una época onde prima el goce del consumo propuesto por el mercado, para todos por igual- cada uno solo y en su casa, donde el *delivery* se lo trae sin tener que salir-, borrando todas las diferencias. En ese caso sería una solución

A partir destas considerações, acreditamos ser relevante determo-nos na discussão a respeito do sistema capitalista e a escolha pelo consumo dos objetos como resposta preponderante diante do mal-estar que é estrutural à civilização.

Bauman (1998) afirma que a sociedade contemporânea é definida como uma sociedade de consumo. O consumo de objetos ocorre desde os primórdios da civilização humana, na medida em que para a nossa sobrevivência precisamos no mínimo consumir alimentos. Dessa forma, o autor destaca que este não é o fato que define a nossa sociedade atual como consumista.

No início da sociedade moderna, isto é, na sua fase industrial, a comunidade era organizada a partir da produção. O autor denomina esse momento sócio-histórico como a sociedade de produtores porque sua organização era constituída em torno da mão-de-obra industrial para a produção de objetos em grande escala. Nesse contexto, um princípio importante que pautava a organização social era a segurança, ou seja, ter um ambiente confiável, ordenado e previsível. Assim, para obter a segurança em longo prazo o consumo dos objetos deveria ser protegido da depreciação e dispersão.

A sociedade de consumidores, no entanto, não necessita mais da mão de obra industrial em grande escala devido às inovações tecnológicas dos processos de produção. Por isso, precisa engajar seus membros em outra condição: a de consumidores.

Bauman (1998) destaca que a diferença entre esses dois momentos da sociedade moderna é apenas uma ênfase de prioridades, quer dizer, no início da sociedade moderna era a força de trabalho, já no contexto atual, é o ímpeto ao consumo de objetos. Esta mudança na ênfase do que a sociedade prioriza e a forma que engaja seus membros na organização da comunidade faz uma enorme diferença em praticamente todos os aspectos das relações sociais.

O consumidor, em uma sociedade de consumo, é um sujeito acentuadamente diferente dos consumidores das outras organizações sociais. Sobre essa questão o autor se interroga qual é a particularidade que define então a sociedade como consumista, na medida em que a ação de consumir é realizada por um sujeito.

Segundo Bauman (2008), a sociedade consumista tem como estrutura do seu arranjo social o consumo de objetos como sua força propulsora. Com isso, o "consumismo" advém quando o consumo assume o papel-chave que, na sociedade, era exercido anteriormente pelo

universal, lo cual quita del lugar de repuesta singular, ya que si algo caracteriza a la época de Freud es la singularidad y su lazo con el Otro." (NAPARSTEK, 2008, p. 28)

trabalho. De maneira distinta do consumo, que é uma ação do sujeito, o consumismo é uma característica da sociedade atual.

"Para que uma sociedade adquira esse atributo, a capacidade profundamente individual de querer, desejar e almejar deve ser, tal como a capacidade de trabalho na sociedade de produtores, destacada (alienada) dos indivíduos e recicladas/retificadas numa força externa que controla a 'sociedade de consumidores' em movimento e mantém em curso como uma forma específica de convívio humano, enquanto ao mesmo tempo estabelece parâmetros específicos para as estratégias individuais de vida que são eficazes na manipulação das probabilidades de escolha e nas condutas individuais". (BAUMAN, 2008, p.41)

Notamos que a sociedade moderna é denominada consumista no momento que a ação de consumir não se restringe apenas ao sujeito, ou seja, como uma construção auxiliar diante da mal-estar inerente à civilização. Com isso, a sociedade se caracteriza como consumista quando o ato de consumir se torna uma baliza relevante para os sujeitos lidarem com suas frustrações, na sua relação com o outro.

Barros (2005) destaca que a passagem do consumo de objetos para a sociedade consumista acontece em primeiro lugar no deslocamento do lugar que a demanda ocupa na economia psíquica do sujeito, na medida em que a demanda se torna cada vez menos específica, propicia um consumo elevado dos objetos ofertados.

O autor destaca também que organização da sociedade passa a ter como uma de suas diretrizes principais a produção e o consumismo. Além disso, o objeto perde a sua referência à necessidade, ainda que fosse ilusória. Notamos que o efeito de deslocar o lugar da demanda, tornando-a cada vez menos específica, parece ser relevante para a manutenção da lógica do consumo de objetos ofertados pelo discurso capitalista.

Recalcati (2004) afirma que a sociedade consumista é a época na qual predomina a demanda imaginária do objeto¹⁰, quer dizer, a demanda dos objetos compartilhados e cujo status repousa sobre a concorrência. A concorrência desses objetos, que podem ser intercambiáveis, tem uma função ambígua de rivalidade e de acordo na relação com o outro.

¹⁰ Segundo Lacan (1962) a respeito do campo da posse há dois tipos de objetos, os que podem ser partilhados e os objetos que não podem ser compartilhados. Apesar destes últimos não serem compartilhados, ainda sim estes podem circular no campo da partilha, na posição de estar presente e ao mesmo tempo estar fora da cena, este é o paradoxo do objeto *a*. No momento em que o objeto *a* aparece na cena o sujeito se angustia. Explicitaremos a respeito da função do objeto na constituição do sujeito no capítulo III.

Estes são objetos contáveis e de troca.

Os sujeitos ao consumirem os objetos acreditam que, neste ato, terão satisfeitos todos os seus anseios, logo é uma demanda imaginária, na medida em que há uma crença na possibilidade de se obter uma satisfação completa, que é ilusória. A demanda aparece na cena frequentemente como um estado de contínua solicitação e exasperação.

O autor pontua que essa demanda se constitui de uma forma diferente da dialética da demanda e do desejo, tal como afirma Lacan. Nessa dialética, o desejo é articulado à demanda, sendo precisamente o que resta da demanda. A satisfação da demanda tem como estrutura não ser completamente satisfeita, tendo em si um núcleo próprio de insatisfação. Desse modo, o que resta da demanda, ao não ser totalmente satisfeita, é o desejo. Então, esse núcleo da insatisfação da demanda manifesta, assim, o caráter infinitivo, sem medida, do desejo.

“Não é o resto da satisfação da demanda como índice do desejo a orientar a demanda sobre a sua base faltando a ser este sujeito, mas é o discurso do capitalista que produz seja o vazio do objeto (criando uma pseudofalta), seja o objeto capaz (ilusoriamente) de preenchê-lo. É, em outros termos o discurso do capitalista que opera uma dissolução permanente do próprio objeto de consumo quando o configura como solução de todo mal, criando o pressuposto estrutural para uma torção da demanda sobre si mesma. (RECALCATI, 2004, p. 8)

A demanda de consumo dos objetos ofertados pelo sistema capitalista é perpassada pela lógica do objeto de gozo¹¹, quer dizer, pelo excesso e seus efeitos no corpo. De acordo com essa lógica, parece não haver lugar para que algo possa faltar, isto é, parece existir um imperativo de satisfação constante. Acreditamos que a satisfação é impossível de ser realizada de forma plena, visto que o mal-estar é estrutural à constituição do sujeito.

Notamos que o discurso capitalista opera uma inversão, pois localiza a insatisfação no objeto. Em outras palavras, transmite a ideia de que a falta de satisfação está relacionada ao objeto em si. Desse modo, parece tentar encobrir a falta que constitui o sujeito, ao enfatizar que é o objeto que possui falhas por não satisfazê-lo completamente. Assim, a lógica transmitida pela sociedade consumista é que se descarte o objeto que não satisfaz e, na busca pela felicidade, o sujeito consuma compulsivamente os objetos ofertados em série nesse ímpeto por satisfação.

¹¹ O objeto de gozo é um objeto que, ao ser consumido, tem uma influência direta no corpo, ou seja, uma incidência real no corpo que produz, como um dos seus possíveis efeitos, um excesso que acomete o sujeito e é impossível de simbolizar.

Bauman (2008) também destaca que a sociedade atual promete ao sujeito obter a felicidade pelo volume, cada vez mais crescente, das ofertas de objetos de consumo em série. Para instigar o sujeito a continuar desejando estes objetos ofertados, há uma transmissão da ideia de que o consumo do mesmo traz novas experiências de felicidade e prazer, o que, por sua vez, implica o uso imediato e a rápida substituição dos objetos destinados a satisfazer estes anseios.

“Para atender a todas essas novas necessidades, impulsos, compulsões e vícios, assim, como oferecer novos mecanismos de motivação, orientação e monitoramento da conduta humana, a economia consumista tem que se basear no excesso e no desperdício. A possibilidade de conter e assimilar a massa de inovações que se expande de modo incessante está ficando cada vez mais reduzida- talvez até nebulosa. Isso porque, para manter em curso a economia consumista o ritmo de aumento do já enorme volume de novidades tende a ultrapassar qualquer meta estabelecida de acordo com a demanda já registrada” (BAUMAN, 2008, p.53).

O autor afirma que a sociedade de consumo tem como base de suas alegações a promessa de satisfazer os anseios e vontades dos sujeitos em um patamar que nenhuma sociedade do passado pôde alcançar. Por esta via, para produzir um ímpeto que suscite aos sujeitos continuarem comprando e consumindo os objetos ofertados, estes anseios não podem ser totalmente satisfeitos.

As vontades não podem ser totalmente atendidas porque os consumidores diminuiriam o impulso para continuar consumindo os objetos. Notamos que a baliza da sociedade de consumo se estrutura a partir de um paradoxo, ou seja, há uma promessa em se obter a felicidade pelo consumo e ao mesmo tempo o consumidor deve ser frustrado na realização de suas vontades para que este continue desejando novos produtos.

A lógica do mercado consumidor tenta localizar a falta de satisfação no objeto. Essa operação tem como lógica persuadir os consumidores a descartarem os objetos para adquirirem imediatamente novos produtos que, têm como promessa satisfazer cada vez mais seus anseios. É importante ressaltarmos que para Freud (1930), a insatisfação é estrutural à constituição do sujeito e não está relacionada ao objeto, como mencionamos anteriormente. Nesse sentido, é impossível um objeto satisfazer todos os anseios, na medida em que a insatisfação é estrutural a constituição do sujeito.

Bauman (2008) destaca que para manter a lógica da sociedade de consumo há dois métodos. O método que o autor considera mais explícito consiste em depreciar e desvalorizar os objetos logo no momento posterior à compra. Outro método que é considerado mais

implícito, e também eficaz, consiste em satisfazer determinadas vontades de tal maneira que suscite novos anseios.

"O que começa como um esforço para satisfazer uma necessidade ou vontade deve se transformar em compulsão ou vício. E assim ocorre, desde que o impulso para buscar soluções de problemas e alívio para dores e ansiedades nas lojas, e apenas nelas, continuem sendo um aspecto do comportamento não apenas destinado, mas encorajado com avidez, a se condensar num hábito ou estratégia sem alternativa aparente". (BAUMAN, 2008, p.64)

Barros (2005) destaca ainda que estes métodos foram criados principalmente pelas estratégias de marketing. As estratégias do marketing têm como crença ser possível existir um consumo crescente e ininterrupto, no qual os pontos extremos da trajetória do objeto, quer dizer, sua produção e o seu consumo podem se equilibrar. "Fabrica-se o que será consumido, e consome-se o que foi fabricado". (BARROS, 2005, p.4). Assim, é uma tentativa de igualar o desejo pelo objeto a sua necessidade, que é ilusória, visto que não se considera que, entre estes dois momentos, o objeto pode faltar. Neste momento da trajetória do objeto, no possível intervalo entres os extremos pode se provocar um abalo na economia.

Barros (2005) afirma que as estratégias de publicidade e os recursos sofisticados do marketing tentam tornar esse intervalo entre produção e o consumo do objeto quase imperceptível, na medida em que tem como intuito desencadear um movimento do consumo dos objetos em série. Para tal fim, utilizam como métodos a desvalorização do objeto logo após seu consumo e também o recurso de não satisfazer completamente uma vontade para ofertar novos produtos. Em outras palavras, suscitam novas vontades e anseios que têm a promessa de serem realizados por novos objetos de consumo.

"Com essa manobra, tudo parece se simplificar. O objeto de desejo, que para qualquer sujeito é sempre um tanto impreciso, ou seja, difícil de coincidir de forma estável com os objetos do mundo torna- se, quando bem manejado pela estratégia mercadológica em possível de nomear: o objeto de desejo é o objeto de consumo, uma vez estabelecida uma implicação: dado tal sujeito, tal objeto; e, reciprocamente, dado tal objeto, tal sujeito. Produzir artificialmente esta implicação é uma das principais tarefas do marketing e da publicidade, que se encarregam de criar uma nova enunciação, tão leve que pareça ser uma enunciação do sujeito: *eu desejo isso*, poderá exclamar este último, e *não sabia!*" (BARROS, 2005, p.5).

A estratégia de marketing, ao transmitir a ideia de que o objeto de desejo é similar aos objetos de consumo ofertados, opera uma simplificação que, no entanto, tem como obstáculo intrínseco a constituição do sujeito neurótico, na medida em que o objeto causa de desejo é o objeto *a*, que não é compartilhado e que, quando aparece na cena, causa angústia.

Os objetos compartilhados pelo sistema capitalista têm como intuito se revestir de uma forma que tentam se apresentar como similar ao objeto de desejo, ou seja, dar uma concretude que o objeto de desejo não tem. Esses objetos de troca satisfazem a demanda em parte, pois a demanda tem como estrutura não ser totalmente satisfeita, como mencionamos anteriormente.

A maneira encontrada pelo marketing para lidar com a divisão do sujeito e a contingência de suas escolhas é primeiramente inserir o objeto em uma série. Essa estratégia é uma tentativa de conseguir obter certa constância do mesmo no seu ato de comprar. Além disso, inclui o sujeito em uma categoria, a de consumidor, que doravante funcionará como nome, quer dizer, como uma identificação.

Os objetos ofertados pelo sistema capitalista são produzidos pela ciência. Em *O Triunfo da Religião* (1974), Lacan destaca que o discurso da ciência demarca que não há uma ligação entre a natureza e as instituições humanas a partir de uma ética transcendental, ou seja, que pertence à razão pura anterior à experiência. Assim, a ciência surge a partir de um corte histórico, isto é, a perda de Deus como referência para as explicações sobre todos os fenômenos que ocorrem na civilização.

A realidade física é o paradigma do discurso da ciência, na medida em que se verifica desde já como impenetrável a qualquer analogia transcendental a qual tentaria estabelecer um acordo, ainda que ilusório, entre nossas instituições e o mundo. O autor também destaca que os cientistas, em algum momento, se angustiam ao se deparar com a impossibilidade em prever os efeitos que as suas descobertas podem acarretar na civilização.

Santiago (2001) pontua que Lacan distingue a estrutura do saber científico e os impactos que esta tem no mundo. Tal saber está apto a reconhecer e utilizar os métodos para atingir determinado objetivo, ou seja, reconhece aquilo que é capaz. Entretanto, não é capaz de prever os efeitos no sujeito e na organização social que acarretam as suas descobertas. A ciência é uma tentativa de domesticar o real, mas sempre resta algo deste registro como impossível de ser assimilado pelo saber científico. Além disso, o saber científico tem efeitos no real, transformando-o e povoando-o com a fabricação de objetos que, até então, não existiam na civilização.

O autor destaca também a posição do cientista que, quando há algum efeito da ordem do real, tenta mensurar o acontecimento ou se angustia. A posição do cientista diante do real,

uma vez que é impossível de assimilá-lo, é tentar saturá-lo. Comparado ao cientista, o analista tem uma posição distinta diante do real, quer dizer, em vez de tentar tamponar a incidência do real, prevalece o desejo de saber como deciframento do material significativo do sujeito. Assim, a análise demonstra para o psicanalista que é impossível a absorção da libido num saber simbólico, isto é, algo sempre resta.

“O aspecto crucial do surgimento da ciência não é, em absoluto, o de haver introduzido no mundo, um conhecimento mais aprofundado e mais extenso, mas o de haver feito, surgirem, no real, coisas que não existiam de forma alguma no nível da percepção humana. Portanto, a singularidade da interpretação lacaniana das incidências da ciência no corpo, visa, especialmente isolar o elemento real desses efeitos. (SANTIAGO, 2001, p. 150)

Notamos que uma das incidências da ciência no real foi à criação de objetos que anteriormente não existiam e que têm efeitos no corpo, quer dizer, acarretam um excesso no mesmo. Caldas (2012) pontua que a nova ordem simbólica é impelida pela ciência e pelo capitalismo a demandar e oferecer cada vez mais saber.

A autora compartilha a mesma posição teórica de Santiago ao afirmar que há uma diferença radical entre uma investigação da psicanálise e do saber científico. Na teoria psicanalítica, a investigação não tem as mesmas diretrizes na sua análise que o saber científico, pois tem como princípio que sempre resta algo que não pode mostrar, ou dizer, visto que é estrutural ao sujeito.

Os objetos criados pela ciência caracterizam-se pela possibilidade de serem descartados com facilidade, quer dizer, tornarem-se resto. A respeito desses produtos do discurso da ciência, Lacan os denomina como *gadgets*. Os *gadgets* são todos os objetos que têm funções que se tornam, muitas vezes, essenciais ao sujeito na sua relação com o outro e a sociedade. Esses objetos são condensadores de gozo que prometem a satisfação e a completude do sujeito, como mencionamos anteriormente.

Brousse (2007) afirma que, por meio dos objetos em uso na modernidade, há uma nova maneira de gozo. Os objetos ofertados ao consumidor pelo discurso capitalista tem a característica de serem idênticos, ou seja, terem o mesmo formato do produto em todos os países onde são comercializados.

Outra característica desse objeto é ser fácil de manusear, o sujeito não precisa ter um saber prévio de como deve usá-lo. Os produtos são separados de todo *savoir-faire*, que era

uma condição para o uso do objeto. Com isso, os objetos são manuseados por um procedimento padronizado e servem a uma satisfação imediata. “Eles divertem e contribuem para extensão do domínio do dejetivo”. (BROUSSE, 2007, p.2).

Neste cenário, acreditamos ser relevante analisarmos os efeitos para o sujeito destas ofertas de objetos que anteriormente não existiam. Notamos que esse imperativo a respeito do consumo dos objetos de forma cada vez mais veloz e descartável parece ser um paradigma atual que perpassa o mal-estar inerente à civilização.

Compreendemos que o uso de drogas parece estar inserido na série de objetos imediatamente consumíveis e constatamos que, apesar do consumo de substâncias psicoativas estar de acordo com a lógica consumista, a relação que o sujeito estabelece com a droga é singular e se diferencia dos outros objetos compartilhados pelo sistema capitalista. Desse modo, a droga entra no circuito desses objetos ofertados pela lógica capitalista, na medida em que a regulação do seu uso também é regida pelas leis de mercado, isto é, há um mercado que oferta esses objetos e há os consumidores das substâncias psicoativas.

Sillitti (2000) destaca que a droga como objeto do mercado do sistema capitalista tem uma virtude pouco comum a respeito da demanda se comparada com outros objetos. Na lógica do mercado consumista, há uma preocupação em fazer com que a demanda pelo objeto não seja saturada, por isso utilizam como métodos para tal a depreciação do objeto após o consumo e a criação de novas ofertas para manter o anseio do comprador. A droga como objeto tem uma faceta peculiar de acordo com esta lógica, visto que o sujeito tem geralmente preferência por consumir a mesma substância psicoativa com o intuito de obter o mesmo efeito no corpo. Assim, nesse mercado não é preciso fazer nenhuma modificação nas condições do produto, o investimento é mínimo.

Outra questão relevante que Santiago (2001) destaca é que o saber científico, ao se apropriar da droga como objeto de estudo, tornou-a tóxica. A noção de intoxicação leva em consideração os diferentes níveis e delimitações dos graus de nocividade de uma substância tóxica no organismo. Esse pressuposto teórico que reduz a droga apenas ao seu caráter tóxico e nocivo e que causa dependência, no entanto, aponta o limite do saber científico de lançar luz sobre a distinção entre a função que a droga ocupa para cada sujeito e o elemento de toxicidade inerente à substância.

Dessa forma, a teoria psicanalítica, aponta que esse limite da ciência em explicar o fenômeno pela nocividade da substância, deve-se ao fato de que este saber negligenciou o lugar que a droga ocupa para cada sujeito, ou seja, das particularidades da relação do mesmo com o objeto. Para a psicanálise, então, a adesão do sujeito à droga é explicitada pelo corpo

submetido à ação do significante e inseparável do gozo. Sob esse ponto de vista ético, concebe o consumo de drogas como um modo particular de satisfação do sujeito em determinado momento de sua vida.

Acreditamos que essa posição ética da psicanálise de poder elucidar a função que a droga ocupa a cada caso é relevante para não reduzirmos o sujeito ao seu consumo de substâncias psicoativas. Deste modo, os analistas têm como posição analisar as funções que a droga pode ter para cada sujeito e que, assim, este possa se implicar na satisfação e sofrimento que lhe concerne.

Laurent (1998) afirma que a psicanálise tem algo importante a transmitir sobre essa clínica e sobre essas questões políticas, na medida em que é um discurso, para além da censura, que tenta manter o sujeito nas vias do seu desejo, única via que pode ter uma incidência nesse gozo, quer dizer, nesse excesso no corpo.

Silva (2011) também destaca que a articulação entre a clínica e a política é relevante. Esses campos são distintos, porém conexos, isto é, são âmbitos complexos que podem ser mais fecundos se perpassados por uma mesma orientação ética.

“Tratar a drogadição, em sua dimensão singular, convoca o Estado e a sociedade a adotarem e oferecerem estratégias e recursos de proteção que reduzam os danos à vida, criando dispositivos de suporte necessário a cada situação, desse modo às respostas possíveis para o sofrimento, sem, no entanto, ceder à armadilha fácil do ecletismo, do vale-tudo. A complexidade e diversificação necessárias à criação de uma rede de atenção precisam de eixo, carecem sempre de orientação”. (SILVA, 2011, p.11)

A partir dessas considerações notamos que tanto a Política de atenção integral a usuários de álcool destaca que o consumo de drogas é uma questão complexa. Observarmos também que a política ao usuário de álcool e outras drogas e o programa *Crack, é possível vencer* afirmam que é necessário planejar eixos para abordar essa temática, ou seja, a prevenção, a saúde e a segurança. Já os psicanalistas pontuam que o uso de drogas parece estar em consonância com lógica do consumo de objetos ofertados pelo sistema capitalista e seus efeitos no mal-estar na atualidade.

Além disso, observamos que, tanto o campo da reforma psiquiátrica, especificamente a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, quanto à teoria psicanalítica, afirmam que a droga tem uma função para cada sujeito. Pois, nos dispositivos clínicos da rede de saúde mental é a cada caso que se elabora o projeto terapêutico.

Concordamos com os autores que afirmam a relevância da articulação entre clínica e política. Estes campos, apesar de distintos, podem dialogar a respeito das questões referentes ao consumo de drogas e, assim, podem propor e também repensar os dispositivos clínicos ofertados para esta clientela. Constatamos que a teoria psicanalítica e o campo da saúde mental têm como ponto de convergência relevante a posição ética de que a droga ocupa uma função a cada caso, isto é, para se elaborar o projeto terapêutico do tratamento do sujeito que faz uso abusivo de drogas é preciso primeiramente escutá-lo.

Acreditando que a psicanálise pode trazer contribuições ao campo da saúde mental, propomos como objetivo do nosso trabalho analisar a contribuição da teoria psicanalítica a práxis do CAPSad. Nossa hipótese é que a estrutura das entrevistas preliminares pode trazer contribuições como um dos dispositivos clínicos utilizados na porta de entrada deste serviço. Assim, no próximo capítulo, discutiremos a respeito do início do tratamento no CAPSad e a estrutura das entrevistas preliminares.

CAPÍTULO II: Sobre o início do tratamento no CAPSad

II.1- Entrevistas preliminares e o início do tratamento analítico

As entrevistas preliminares são um momento relevante, no que diz respeito ao tratamento analítico, porque não há entrada em análise sem este momento prévio. Além disso, mesmo para os pacientes que não prosseguiram com a análise, as entrevistas preliminares podem ter como uma de suas funções fazer o sujeito vacilar nas suas certezas sobre as razões do seu sofrimento e, assim, poder se implicar naquilo de que se queixa.

Notamos que as demandas pelas quais frequentemente os pacientes procuraram tratamento no CAPSad, no primeiro momento, estão relacionadas, de modo geral, ao consumo de drogas, solicitando-nos ajuda profissional para parar de usar ou diminuir este consumo.

As demandas iniciais de tratamento neste serviço de saúde mental têm aspectos particulares às demandas em geral de se iniciar uma análise. Discutiremos, a seguir, as particularidades das entrevistas preliminares no início do tratamento analítico e a porta de entrada das instituições de saúde mental para tratamento dos sujeitos que consomem drogas. Abordaremos, também, os possíveis pontos de diálogo entre ambas as práxis.

Desse modo, temos como hipótese que a estrutura das entrevistas preliminares pode contribuir como um dos dispositivos clínicos utilizados pelos profissionais orientados pela psicanálise na porta de entrada do CAPSad.

A respeito do início do tratamento analítico, constatamos, nos artigos do período pré-psicanalítico, que o manejo do tratamento tinha como ênfase o sintoma, nesse caso principalmente o sintoma de conversão histérica.

No artigo *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), Freud aborda o início da técnica psicanalítica. O autor destaca que, nos primórdios da psicanálise, a ênfase das intervenções era localizada principalmente no sintoma. No tratamento da histeria, o método utilizado era o hipnótico no qual, pela sugestão, o paciente recordava o evento traumático que havia ocasionado o sintoma conversivo. A rememoração do evento traumático tinha com um dos seus efeitos a catarse, isto é, havia uma descarga das tensões psíquicas nessa atividade.

Freud notou nas suas intervenções que nem todos os pacientes conseguiam ser hipnotizados e que, na utilização desse método, negligenciava-se o motivo que suscitava o

esquecimento, que era a resistência a recordar algo tão sofrido para o sujeito. Por isso, a modificação na técnica consistiu em levar o paciente a falar seus pensamentos espontâneos ao analista, em vez de ser induzido ao estado hipnótico para recordar. Nesse momento, as intervenções do analista ainda tinham como foco o traumático que o sujeito não conseguia recordar.

A partir dos efeitos que recolheu de suas intervenções com os pacientes, Freud pôde repensar a técnica psicanalítica. Houve um reposicionamento do analista na sua práxis, na medida em que não se tinha como foco apenas o sintoma e as circunstâncias que o acarretaram. Assim, a relevância do processo analítico deslocou-se para o discurso do sujeito com a proposição de Freud da associação livre como a única regra fundamental da psicanálise, que consiste no paciente falar tudo que lhe vier à cabeça.

No artigo *O início do tratamento* (1913), Freud denomina este tempo do tratamento como ensaio preliminar durante o qual ele recomenda, como relevante, propiciar que o paciente fale tudo que lhe vier à cabeça, que diga, que associe livremente. Sugere também, como direção clínica, que o analista intervenha menos no relato do paciente e que suas pontuações tenham como um dos efeitos relançar o discurso do paciente na associação livre.

Ele salienta que tudo deve ser considerado na fala do paciente. O ponto de partida do relato do analisando é indiferente, quer dizer, se ele inicia sua fala pela sua infância, a história do seu sofrimento, dentre outros. Com isso, é o analisando que escolherá o ponto de partida do seu discurso.

Podemos notar como houve uma virada na técnica psicanalítica no momento em que a ênfase do tratamento não se localiza apenas no sintoma, mas no discurso do analisando sem um enfoque a respeito do que deve ser tratado. Assim, a análise se diferencia das psicoterapias que visam a um tratamento ou a eliminação de um sintoma específico.

A respeito da demanda para iniciar um processo analítico, na maioria das vezes, os pacientes relatavam um sofrimento excessivo que os fizeram procurar ajuda. Nas considerações sobre esse momento inicial, Freud afirma ser relevante podermos escutar o que o sujeito tem a dizer sobre suas queixas sem ainda fazer interpretações e também atentar para as ações que o mesmo pode ter nos atendimentos, na medida em que se trata da posição do mesmo no discurso. Não se deve esperar um relato sistemático e nem fazer nada para provocá-lo porque cada fragmento da história deverá ser dito novamente. Somente nessas repetições do discurso aparecerão os elementos que fornecem os laços importantes que eram desconhecidos ao paciente.

Outra recomendação, a respeito do início do tratamento, que sugere ao analista é não fazer interpretações ou revelar o significado das resistências do discurso do paciente antes do analisando ter estabelecido a transferência com o mesmo. Dessa maneira, o primeiro objetivo do tratamento é ligar o paciente a terapia e a pessoa do analista. Por isso, o tempo de duração desse momento do início do tratamento é singular.

Notamos que a função da transferência no tratamento analítico é fundamental, na medida em que as interpretações e intervenções do analista só terão incidência no discurso do analisando a partir do momento que este se liga ao psicanalista. A seguir nos deteremos no conceito de transferência e a sua função no início do tratamento de orientação psicanalítica.

No artigo *A dinâmica da transferência* (1912), Freud aponta a questão econômica do investimento pulsional e sua relação com a transferência que o paciente neurótico estabelece com o analista. O sujeito adquire certo modo de conduzir sua vida amorosa, isto é, tem uma organização para as condições que estabelece para o amor, as pulsões que satisfaz e os objetivos que se coloca.

Freud (ibid.) observa, no entanto, que apenas uma parte dessas pulsões é investida e também satisfeita na vida amorosa do sujeito, ou seja, participa da realidade e são conscientes. Outra parte das pulsões foi detida nesse percurso e se expandiu na fantasia, ou permaneceu em parte insatisfeita no inconsciente. Como não é possível a necessidade de amor ser completamente satisfeita, o sujeito investirá nas pessoas novas que lhe interessam como uma expectativa de satisfazer a libido. Nesse investimento libidinal, transfere às pulsões que participam da realidade e também às inconscientes. Assim, ambas tem participação na condição que este estabelece para o amor.

Freud (ibid.) destaca que é compreensível que a forma como o analisando se ligará ao analista se constitui de acordo com essa lógica, isto é, que as pulsões em parte insatisfeitas e mantidas em prontidão se voltem para o psicanalista.

A forma como a transferência se estabelece com o analista pode parecer às vezes exagerada e excessiva. Ao considerarmos, entretanto, que o paciente transfere tanto expectativas conscientes, quanto inconscientes se torna mais compreensível a ligação que estabelece com o psicanalista.

Freud (ibid.) pontua que podemos ter a impressão de que a transferência se estabelece de uma forma mais intensa no *setting* analítico do que em outros contextos da vida do paciente. Essas características da transferência, no entanto, não devem ser consideradas como específicas da análise e sim atribuídas à estrutura da neurose.

A neurose tem como estrutura a introversão da libido, quer dizer, a partir do

mecanismo do recalque, uma parte da libido foi reprimida da consciência e por isso retorna ao inconsciente. Em outras palavras, no mecanismo do recalque há uma diminuição da libido na consciência e parte dessa libido investe os objetos da fantasia inconsciente e outra parte permanece insatisfeita.

No momento da análise, em que o psicanalista se depara com os investimentos pulsionais inconscientes do analisando, advém como resistência às forças que causaram a introversão da libido para continuar com as mesmas satisfações pulsionais.

O paciente transfere uma parte do material do complexo recalcado, que serve como uma ligação deste conteúdo ao analista. Assim, a transferência produz a associação seguinte e aparece na cena como resistência, visto que há uma interrupção da regra fundamental da análise da associação-livre.

“É inegável que o controle da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie*.” (FREUD, 1912, p.146).

No artigo *Observações sobre o amor de transferência* (1915), Freud constata que a transferência aparece de forma mais excessiva ou advém como uma paixão dirigida ao psicanalista no momento em que, na análise, o paciente estava se aproximando de uma parte dolorosa e fortemente reprimida de sua história. Notamos que a transferência aparece na cena como resistência, pois, nesse momento, há uma interrupção da associação livre e seu interesse se volta de forma excessiva para a pessoa do psicanalista. A posição ética recomendada por Freud ao analista é a abstinência, isto é, não responder as demandas de amor dirigidas pela paciente, pois se corresponder contribuirá com a resistência do analisando em recordar uma parte sofrida e recalcada.

O analista não deve responder a demanda amorosa e também não deve suprimir o fenômeno da transferência do *setting* analítico, pois ambas as posições teriam como efeito a interrupção da regra fundamental da psicanálise, a associação livre. Assim, a posição ética do analista é outra e não há modelos na vida real.

No tratamento, o analista conserva a transferência, mas trata como algo irreal, quer dizer, a paciente se apaixonou por ele devido ao sintoma neurótico. A transferência amorosa deve ser atravessada na análise e reconduzida às suas origens inconscientes para advir, na consciência, o que há de mais reprimido na vida amorosa da paciente. Compreendemos que o

fenômeno da transferência se constitui como resistência e, concomitantemente, possibilita advir no discurso do analisando o que foi reprimido da sua vida amorosa.

Moura *et al.* (2009) afirma que, para Freud, o fenômeno da transferência advém a partir de um vazio, isto é, de uma falta na constituição da vida amorosa da paciente que deixa um resto de insatisfação pulsional. A insatisfação da vida erótica que atua como causa para que o paciente se enderece ao analista com a demanda em última instância da obturação dessa falta, ou seja, a demanda de ser amada.

Freud (1912) recomenda que o analista, em sua práxis, mantenha a atenção flutuante ao escutar o analisando, quer dizer, não privilegie determinado ponto da fala, visto que desperdiçaria em boa parte o ganho que resulta da obediência à regra fundamental da psicanálise por parte do paciente. O preceito da atenção flutuante do analista é a contrapartida da condição da associação-livre.

A associação livre e a atenção flutuante são balizas importantes na direção do tratamento, uma vez que apontam que as intervenções se constituem a partir do discurso do analisando e não estão relacionadas a um saber *a priori* do psicanalista. Notamos que as recomendações de Freud não têm um viés pragmático de indicar como o analista deve proceder à análise, pois cada análise se configura como um novo desafio.

Em seu escrito *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1953), Lacan retoma a importância do ensino de Freud sobre a associação-livre ao reconduzir a experiência analítica à fala e à linguagem como fundamentos para a técnica. Teve, então, a preocupação em ratificar a premissa fundamental da análise, pois alguns pós-freudianos deram maior ênfase ao princípio da análise das resistências.

Na experiência analítica, a interpretação foi pontuada como relevante para Freud porque propiciava ao sujeito se relançar na sua fala e, assim, se implicar. Notamos que Freud afirma a importância do psicanalista escutar o paciente sem enfatizar algo no discurso e, ao utilizar o recurso da interpretação, este tinha como direção clínica fazer com que o sujeito pudesse retornar a sua fala.

Lacan (1953) critica a orientação clínica dos pós-freudianos ao enfatizar a análise das resistências porque, ao se ressaltar demasiadamente algo no discurso, pode acarretar um desconhecimento do que aparece de singular na fala dirigida ao analista. Deste modo, afirma que o sucesso da clínica de Freud foi a escuta de cada analisando na sua singularidade, assim a mensagem do analista pôde remeter à interrogação mais profunda do paciente.

"Sempre encontramos, pois nossa dupla referência à fala e a linguagem. Para liberar a fala do sujeito, nós a introduzimos na linguagem de seu desejo, isto é, na linguagem primeira em que, para além do que ele nos diz de si, ele já fala a sua revelia e prontamente o introduzimos no símbolo do sintoma". (LACAN, 1953, p.294)

Segundo Lacan (1953), a função da linguagem não é de informar, na medida em que, quanto mais funcional a fala se torna, mais fica redundante. No entanto, também quanto mais a fala se torna particular, como podemos notar em alguns casos de psicose, esta perde sua função de linguagem, quer dizer, de transmitir algo que é compartilhado pelo outro. Nesse viés, a função da linguagem não é de informar, mas de evocar. Ao falar eu evoco um outro, quer dizer, o que busco é uma resposta do outro. O que me constitui como sujeito é a minha pergunta.

Compreendemos que o estatuto da pergunta é relevante na análise, no sentido de poder evocar o sujeito e, assim, implicá-lo naquilo que lhe concerne. Consideramos isto como uma importante indicação ética sobre a posição do analista.

"A partir daí, surge à função decisiva da minha própria resposta, que não é apenas, como se diz, ser aceito pelo sujeito como aprovação ou rejeição do seu discurso, mas de reconhecê-lo ou aboli-lo como sujeito. É essa responsabilidade do analista toda vez que ele intervém pela fala". (LACAN, 1953, p.301).

Durante a análise é de responsabilidade do analista, na sua escuta e intervenções, que suscite e mantenha o analisando com uma pergunta suspensa, reconhecendo assim a dimensão de sujeito. Outra questão importante a respeito da posição do analista é que este dirige o tratamento e que não deve, de modo algum, conduzir a fala do paciente.

Em seu escrito *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), Lacan afirma que a direção do tratamento consiste em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica, isto é, as diretrizes que balizam a situação analítica. O analista, desde o momento inicial do tratamento, tem como uma de suas funções transmitir as diretrizes da análise, como exemplo podemos citar a regra da associação livre, dentre outros.

Este autor pontua que a forma como o analista enunciará as condições da análise tem um elo com os efeitos que as mesmas tiveram na sua análise pessoal. A respeito da regra fundamental da análise, isto é, a associação livre, ele questiona se essa fala dirigida ao analista

é tão livre assim. Na análise, o paciente fala de uma maneira que, até então, não estava acostumado no seu cotidiano a respeito das dores e dissabores da sua vida.

Lacan (1958) pontua que as demandas são dirigidas ao analista porque este entrou no circuito econômico do analisando. Ainda afirma que só conseguimos sobreviver como sujeitos ao demandar o que necessitávamos ao outro, embora as demandas que nós fazemos estejam para além do que precisamos, isto é, toda demanda é também uma demanda de amor. Nós dirigimos demandas aos outros porque estamos na linguagem.

Segundo Lacan (1958), o analista frustra o analisando porque não responde a sua demanda, mas de qual demanda se trata? A demanda é a de que o analista o responda, embora o analisando saiba que seriam apenas palavras. Com isso, essas palavras não são apenas o que pede ao analista, pois o sujeito faz demandas pelo fato de que fala, assim as demandas são intransitivas e não estão relacionadas a um objeto específico.

“É claro que sua demanda se manifesta no campo de uma demanda implícita, aquela pelo qual está ali: de ser curado, de ser revelado a si mesmo, de ser levado a conhecer a psicanálise, de ser habilitado como analista. Mas, essa demanda ele sabe, pode esperar. Sua demanda atual nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal fui eu que lhe fiz a oferta de falar. (...) Consegui, em suma, aquilo que se gostaria, no campo do comércio comum, de poder realizar com a mesma facilidade: com a oferta, criei a demanda”. (LACAN, 1958, p. 623)

No início do tratamento, o sujeito procura o analista com a demanda de dirigir sua fala diante da oferta que lhe é feita pelo analista para que possa lhe falar. Quinet (2007) ressalta que as entrevistas preliminares têm a mesma estrutura da análise, apesar de ser concomitantemente distinta desta. A estrutura é similar porque, nas entrevistas preliminares, o analista anuncia ao paciente a regra da associação-livre. Nesse tempo do tratamento, deixa-se o paciente falar quase o tempo todo, o analista intervém com o intuito de fazer o sujeito se relançar no seu discurso. Além disso, nas entrevistas preliminares é o momento do analista poder formular uma hipótese a respeito do diagnóstico estrutural, o que diferencia esse momento da análise propriamente dita.

O autor pontua que no momento da entrada em análise, há um corte em relação às entrevistas preliminares, isto é um paradoxo porque, ao mesmo tempo em que só é possível a entrada em análise a partir desse momento inicial, é necessário uma virada no discurso do paciente, ou seja, uma mudança na sua posição que caracteriza a entrada em análise.

É preciso que a queixa pela qual o sujeito chega ao tratamento se elabore em uma

demanda endereçada ao analista, que as certezas que o sujeito tem a respeito do seu sofrimento passem para o estatuto de questões, isto é, na entrada em análise o sujeito se interroga sobre sua demanda inicial, como mencionamos anteriormente.

"Nesse trabalho preliminar, o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar. A constituição do sintoma analítico é correlato ao estabelecimento da transferência que fez emergir o sujeito suposto saber." (QUINET, 2007, p.16)

Miller (2011) também destaca que a estrutura destes momentos da análise é a mesma, ou seja, as entrevistas preliminares e o início da análise propriamente dita. Apesar de a estrutura ser a mesma isto não impede, entretanto, que o que acontece no decorrer do processo analítico se apresente de uma forma totalmente diferente conforme se esteja no começo ou numa análise que dura.

No início, a análise se constitui a partir de uma variedade de acontecimentos porque se transporta para o analista o que tínhamos na cabeça e só dizíamos a nós mesmos. Nesse momento do tratamento, o paciente se dá conta de que só dizia a si mesmo pela metade, ou seja, de um jeito impreciso. Essa imprecisão é o que denominamos com o termo consciência. Nesse sentido, na análise que se inicia, o sujeito é tirado do lugar, quer dizer, começa a se interrogar sobre a sua posição e, a *posteriori*, perceber que só se conhecia pela metade.

Lacan (1951) afirma que há momentos da análise que se opera uma estrutura de inversões dialéticas, isto é, na fala dirigida ao analista há momentos de virada no discurso a partir de uma mudança da posição do sujeito, mas também há momentos de estagnação. Desta forma, a respeito da análise, destaca: "Trata-se de uma escansão das estruturas em que, para o sujeito, a verdade se transmuta, e que não tocam apenas na sua transmutação das coisas, mas em sua própria posição como sujeito do qual seus "objetos são função (...)." (LACAN, 1951, p.217).

A função da transferência no processo analítico se configura a partir de um paradoxo. O estabelecimento da transferência caracteriza a entrada em análise e concomitantemente esta advém de forma mais expressiva no tratamento nos momentos em que há uma estagnação da dialética analítica.

Lacan (1951) pontua que a interpretação da transferência tem como função nada além de preencher esse engodo, quer dizer, este momento de estagnação. Mas, este engodo pode ser útil, pois reativa o processo analítico.

Compreendemos que a transferência parece advir na estrutura da análise nos momentos de estagnação e é, ao mesmo tempo, uma função relevante para o psicanalista poder analisar sua posição diante do analisando no processo analítico.

"Cremos, no entanto, que a transferência tem sempre o mesmo sentido, de indicar os momentos de errância e também de orientação do analista, o mesmo valor de nos convocar a ordem do nosso papel: um não agir positivo com vistas à ortodramatização da subjetividade do paciente". (LACAN, 1951, p.226)

A respeito dos momentos de estagnação da análise, Miller (2011) destaca que este ponto tem relação com os acontecimentos da análise que dura. Na análise, a revelação, que até então ocupava o lugar principal no início da análise, é substituída pela repetição. Nesse momento da análise, as repetições do analisando não suscitam elementos rastreáveis que produzam revelações simbólicas, mas são atos que se confluem principalmente para uma estagnação. "É claro que uma análise que já dura demanda atravessar a estagnação, suportá-la, ou seja, explorar limites". (MILLER, 2011, p 104.).

Miller (2011) afirma que, no decorrer da análise, a questão que perpassa não é tanto o tempo de compreender, mas um tempo para desinvestir no sintoma, a fim de que o interesse libidinal venha se condensar no objeto *a*, ou seja, o objeto causa de desejo. Assim, o gozo se condessaria nesse ponto do objeto na sua relação com o desejo.

O autor propõe, então, um ponto de diferença entre a análise iniciante e a que dura. Na análise que se inicia, a questão que o sujeito traz se localiza em torno da oposição entre consciente e inconsciente, na medida em que a questão preponderante é o que isso quer dizer. Na análise que dura, essa questão tende a se esvanecer, então a questão principal que advém nesse momento é o que isso satisfaz. "Numa análise que dura, o status conceitual do gozo se modifica. Há um status do gozo que é do excesso, o gozo-excesso". (MILLER, 2011, p.109)

A partir destas considerações, notamos que a posição ética do analista já se constitui ao ofertar a possibilidade do sujeito iniciar um processo analítico, pois, nas entrevistas preliminares, oferta-se ao paciente que possa se endereçar e falar sobre tudo que lhe vier à cabeça. Nas entrevistas preliminares e na análise, não se deve privilegiar algum ponto do discurso, visto que, ao se enfatizar algo, pode-se prejudicar que o paciente associe livremente, o que dificultaria emergir o sujeito do inconsciente.

Compreendemos que a indicação ética do analista não privilegiar algo do discurso do paciente pode ser relevante como direção clínica no início do tratamento do CAPSad. Na

porta de entrada do CAPSad, os pacientes procuram tratamento com a demanda de parar ou diminuir o uso da droga, pois está acarretando prejuízos a sua vida, isto é, a sua saúde, na convivência com seus familiares, no trabalho, dentre outros.

Observamos, na nossa práxis, que é importante acolhermos a demanda de tratamento das consequências da relação com a droga, entretanto, o profissional deve ter cuidado para que sua escuta não seja capturada apenas pelo relato do consumo da droga. Assim, temos como hipótese que oferecermos a nossa escuta sem um enfoque a respeito do que o paciente deve falar propicia ao mesmo a possibilidade de dizer além do seu uso de drogas.

Ademais, a estrutura das entrevistas preliminares é condição fundamental para iniciar uma análise e, mesmo para os que não continuam o processo analítico, este momento é relevante. As entrevistas preliminares podem ser um momento em que o paciente comece a se interrogar sobre seu sofrimento e a sua implicação neste.

Outra questão relevante a respeito das entrevistas preliminares é o estabelecimento da transferência. Freud é categórico ao afirmar que a análise só ocorre se o paciente estabelecer a transferência com o psicanalista, pois transfere conteúdos inconscientes que, de outra maneira, permaneceriam recalçados. Para que o sujeito estabeleça-a, é necessário que parte da libido que permaneceu insatisfeita o invista. Propomos, portanto, interrogar a respeito do estabelecimento da transferência na práxis no CAPSad, na medida em que alguns sujeitos investem de forma excessiva no objeto droga, que tem como um dos efeitos um gozo autoerótico¹².

Constatamos que a estrutura das entrevistas preliminares é a mesma da análise, no entanto, há uma mudança de posição do sujeito na entrada em análise. O paciente se implica na queixa pela qual procurou o psicanalista, isto é, se questiona sobre o que seu sintoma responde e a função do mesmo.

Destacamos a estrutura das entrevistas preliminares com o intuito de discutirmos a porta de entrada dos novos pacientes no CAPSad e as contribuições da psicanálise a essa práxis. Temos como hipótese que, apesar de constituírem ofertas distintas, a estrutura das entrevistas preliminares pode contribuir como um dos dispositivos clínicos utilizados na porta de entrada dos novos pacientes. Abordaremos, a seguir, a discussão sobre as particularidades das entrevistas preliminares na práxis com sujeitos que fazem uso abusivo de drogas pelo viés da psicanálise.

12- O uso de substâncias psicoativas tem uma função singular a cada caso. Com isso, uma de suas funções pode ser um gozo autoerótico, isto é, que não passa pelo campo do Outro. Em alguns casos de psicose o consumo de drogas pode ter como função também tentar mediar a relação com o Outro. Abordaremos a respeito da função da droga como rompimento com o gozo fálico ou podendo ter como função uma mediação com o Outro no capítulo III.

II- 2- As entrevistas preliminares no contexto contemporâneo da práxis psicanalítica e o consumo de drogas

Maron (2012) pontua que a resposta para lidar com frustrações do cotidiano escolhida, frequentemente, pelos sujeitos é o consumismo excessivo dos objetos ofertados pelo sistema capitalista. Essa resposta parece suscitar soluções mais individualizadas, pois pode prescindir, em alguns momentos, do laço com Outro.

A relação que os sujeitos estabelecem com os objetos de consumo pode acarretar, como efeito, um excesso no corpo, ou seja, pode servir como objeto de gozo. Com isso, a maneira pela qual os sujeitos respondem às ofertas destes objetos parece, em alguns casos, implicar uma relação compulsiva com estes produtos.

A autora destaca que era mais frequente que o paciente chegasse ao analista com interrogações a respeito da sua queixa e uma primeira interpretação acerca do seu mal-estar. No contexto atual, geralmente, o paciente procura o analista se queixando de algo que não pode evitar e de que não tem controle, um desprazer que o acomete, além de ter dificuldade de colocar em palavras o que está lhe acontecendo.

A queixa inicial parece frequentemente não estar associada a uma suposição de saber do mesmo sobre o seu sofrimento, uma vez que o sujeito diz não saber o que lhe está ocorrendo. Notamos que o paciente, entretanto, tem um saber sobre o que sente, mas a respeito disso lhe faltam palavras para dizer. “Diferentemente da queixa que se torna uma questão elaborada no campo da narrativa, nos deparamos com o sintoma em sua dimensão de resposta do real, prevalecendo uma expressão corriqueira na clínica contemporânea e que pode ser assim resumida: ‘não tenho palavras’.” (MARON, 2012, p.3).

Maron (2012) afirma que alguns sujeitos chegam ao analista a partir da queixa concernente ao sintoma com uma interpretação prévia sobre seu modo de gozar. Em outros termos, os investimentos pulsionais no sintoma alinhado ao inconsciente como elucubração do saber.

Nesse ínterim, outros pacientes procuraram tratamento com o gozo do sintoma sem estar recoberto por uma interpretação sobre o que isso quer dizer, ou seja, uma primeira elucubração sobre ao que esse sofrimento responde: como exemplo, podemos citar os fenômenos clínicos de passagem ao ato, uso abusivo de drogas, anorexia, bulimia, dentre outros. Assim, a autora afirma que o analista está se deparando, de forma cada vez mais frequente, com estes casos que chegam com dificuldades de falar sobre sua queixa inicial.

Barros (2002) destaca também que o psicanalista, na sua práxis, tem se deparado com sujeitos que demandam iniciar uma análise apresentando como queixa principal uma repetição, da qual falam como “não tendo controle”, pois incide de forma exterior aos mesmos. Além disso, os pacientes afirmam terem dificuldade para expressar em palavras essas repetições que os acometem, ou seja, uma compulsão.

O autor pontua que há uma diferença entre a compulsão quando se trata da exterioridade do simbólico ou quando advém no registro do real. A exterioridade do simbólico é o inconsciente, assim a estrutura do sintoma neurótico é uma formação de compromisso entre as satisfações pulsionais e a censura do Eu.

A compulsão que surge na exterioridade do simbólico consiste numa insistência da cadeia significativa através da repetição de atos e pensamentos por um lado, e do outro às inibições destes. Com isso, a compulsão surge como uma solução de compromisso entre o impulso e a inibição. A compulsão, que se trata da exterioridade do simbólico, é uma formação de compromisso, tal como Freud afirma a respeito da formação dos sintomas neuróticos, especificamente da neurose obsessiva.

Barros (ibid.) aponta que as compulsões que advém como exterioridade do real aparecem de forma cada vez mais frequente na clínica atualmente e as denomina como repetições automáticas. A razão desta nomenclatura é a existência de uma separação entre o ato e o sujeito. Não se pode, por isso, situar apenas no ato de repetição a singularidade do sofrimento. Quanto à repetição automática, não se pode traduzi-la apenas através de uma mensagem, pois, nesse ato, também há um excesso inassimilável, quer dizer, real.

Apesar de destacar a diferença entre sintoma como enigma e a compulsão, afirma que podemos conceber a compulsão como sintomática, quando se considera também o sintoma como aquilo que se repete, isto é, não restringindo a noção de sintoma apenas à estrutura da formação de compromisso¹³. Nesse sentido, a repetição automática com a qual Freud se deparou na clínica foi os casos das neuroses traumáticas de guerra, os quais levaram-no a formular o conceito de compulsão à repetição e o além do princípio do prazer do aparelho psíquico, como mencionamos anteriormente.

13- No campo teórico da psicanálise há uma discussão a respeito dos fenômenos clínicos que são caracterizados como repetições automáticas, ou seja, uso abusivo de drogas, bulimia, anorexia, serem considerados sintomas ou não. Estes fenômenos clínicos não se constituem a partir da formação de compromisso entre duas instâncias tal como preconizava Freud. Essa é uma questão polêmica e que divide a opinião dos psicanalistas. Abordaremos a respeito desta questão no capítulo III.

“Aqui se enquadram os desafios contemporâneos da clínica, que são os novos sintomas- novos, pelo menos, como sintomas dirigidos ao psicanalista tais como a toxicomania, alcoolismo, bulimia, anorexia, etc.-, e, também, uma certa posição do sujeito contemporâneo caracterizados pela pouca unidade dos significantes mestres. Na prática, isto significa que se anula a alteridade que caracteriza o sintoma freudiano, e a ‘*a repetição é aquilo que merece ser chamado de sintoma*’, como observa Jacques- Alain Miller.” (BARROS, 2002, p.103)

As compulsões automáticas são um dos efeitos da posição do sujeito diante do Outro. Deste modo, Naparstek (2008) pontua que há uma diferença entre a relação do sujeito no campo do Outro, no início do século XX, durante o qual Freud escreveu o mal-estar na civilização, e a atualidade.

No período contemporâneo a Freud, o sujeito, para estar na cultura, precisava fazer algumas renúncias. Para lidar com estas renúncias, que causavam sofrimento, construíam-se paliativos a partir dos significantes do Outro. O autor afirma que na atualidade a resposta preponderante dos sujeitos diante do mal-estar é o consumo dos objetos, como mencionamos anteriormente.

Compreendemos que a resposta para lidar com o sofrimento pelo consumo dos produtos ofertados pelo capitalismo não tem como ênfase uma construção auxiliar pela via simbólica. Em outros termos, o consumo dos objetos parece não ter como função preponderante uma mediação simbólica com o desprazer que é inerente à cultura.

De tal forma, o consumismo consiste em uma resposta para lidar com o mal-estar, que tem como viés predominante a incidência do gozo no corpo. Em consonância com Barros, Naparstek (2008) afirma que houve uma queda dos ideais na relação do sujeito com o Outro. A queda dos ideais teve como um dos efeitos uma perda da interpretação prévia do sujeito sobre o sentido do sintoma no início do tratamento, na medida em que a resposta cada vez mais frequente para lidar com o mal-estar é o consumo de objetos, em vez de uma construção singular.

A respeito dessa questão, Recalcati (2003) destaca também que, na sua práxis, tem se deparado com as formações do sintoma que assumem o valor de metáfora do sujeito do inconsciente e também o sintoma como uma marca de identificação coletiva. Este sintoma tem como constituição a identificação do sujeito a um significante mestre (S1) que, no campo do Outro, está relacionado a uma determinada categoria social, podemos citar as nomeações como exemplos: a dependência química, bulimia, anorexia, alcoolismo, dentre outros.

O termo dependência química é frequentemente utilizado pelo senso comum para

designar os sujeitos que consomem drogas. Na nossa pesquisa temos como orientação a teoria psicanalítica, o termo dependência química não pertence ao nosso campo conceitual porque designa uma categoria social. A respeito do consumo de drogas, os psicanalistas de orientação lacaniana têm como baliza teórica e clínica analisar as funções que o uso de substâncias psicoativas pode ter a cada caso.

Recalcati (ibid.) pontua a diferença entre o sintoma que assume o valor de metáfora do sujeito do inconsciente e as formações do sintoma a partir de uma identificação ao S1. Naquelas, o sintoma tem uma marca singular, diferencial e irreduzível ao discurso compartilhado socialmente, enquanto, nestas, os sintomas identificados ao S1 de uma determinada categoria social, especificamente as relacionadas ao saber psiquiátrico, tem como característica predominante uma marca universal. A identificação do sujeito ao S1 parece suscitar uma homogeneização do sofrimento, tornando-o semelhante para todos os pares identificados a uma categoria.

As formações do sintoma, a partir da identificação a uma categoria social, garantem ao sujeito a conquista de uma identidade particular e, ao mesmo tempo, parece negar alguns traços singulares. Em outras palavras, a formação dos sintomas por uma identificação ao S1 constitui um lugar ao sujeito no campo do Outro, ao se identificar a uma categoria social e, concomitantemente, nega alguns traços singulares do mesmo, que o diferenciaria dos seus semelhantes.

No presente trabalho, abordaremos especificamente o consumo de drogas, na medida em que nosso objetivo é investigar a porta de entrada no CAPSad e as contribuições da psicanálise a essa práxis. A partir destas questões sobre as demandas iniciais no início do tratamento de orientação psicanalítica, discutiremos, a seguir, as particularidades das entrevistas preliminares nessa práxis.

Naparstek (2010) pontua que as entrevistas preliminares têm duas funções relevantes – a primeira é favorecer que o paciente estabeleça a transferência com o analista, e a outra função é possibilitar ao analista a elaboração de um diagnóstico que constitui algo mais amplo do que definir neurose, psicose e perversão, ou seja, elucidar a forma como o sujeito investe pulsionalmente, isto é, seu modo de gozar.

Nessa práxis, uma das particularidades das entrevistas preliminares é que o analista interroga sobre o lugar que a droga ocupa na economia psíquica do sujeito¹⁴. Assim, constitui uma direção clínica, na práxis do analista, que este possa localizar a função que a

14- Abordaremos de forma mais aprofundada a respeito das funções que a droga pode ocupar na economia psíquica do sujeito no capítulo III.

droga ocupa a cada caso.

O autor afirma que a droga pode ocupar diversas funções e estar em consonância com determinado momento da vida do paciente. A respeito das diversas funções que a droga pode ter para o sujeito, o consumo pode funcionar como um remédio, ou seja, um paliativo e também como um veneno, no qual o sujeito busca a morte. Deste modo, a droga pode ter diversas funções para o sujeito, entretanto, é relevante que o analista na entrevista preliminar possa elucidar estas posições distintas do uso de substâncias psicoativas.

Nos serviços de saúde mental, para esta clientela, os profissionais podem tanto considerar a droga como um veneno que precisa ser erradicado ou considerar que este objeto tem uma função para o sujeito. Compreendemos que estas perspectivas suscitem posições éticas distintas. Para os profissionais que consideram o uso de drogas como concernente ao sujeito, o tratamento será dirigido ao paciente que será escutado. Enquanto para os profissionais que tem como enfoque o objeto, a intervenção estará centrada na questão da droga como uma substância tóxica.

Consideramos ser importante ressaltar que, na práxis orientada pela psicanálise, os profissionais têm a posição ética de escutar o uso de drogas como uma função a cada caso. “A utilização das entrevistas preliminares nesses casos se centra na ideia de que o único veneno é a pulsão de morte, é dizer, temos que analisar o sujeito frente a quem estamos e não por ênfase no objeto. Antes de intervir, temos que escutar o sujeito¹⁵”. (NARSPATEK, 2010, p.42, tradução nossa).

Entendemos que o analista tem como orientação clínica elucidar a função que a droga ocupa na economia psíquica do sujeito. Sinatra (2010) pontua que nessa práxis não se trata do analista tentar interpretar a intoxicação pela substância psicoativa, uma vez que esta intervenção teria como enfoque o objeto.

As intervenções do analista neste momento inicial do tratamento têm como direção clínica poder interrogar o sujeito sobre sua queixa inicial. Queixa que, nesta clínica, apresenta a particularidade do sujeito não se encontrar dividido sobre sua demanda e com interpretações a respeito do seu sofrimento, mas ter certezas sobre o que lhe acomete no corpo no momento em que usa a droga.

Sinatra afirma que, nos casos de neurose, as intervenções do analista têm como direção clínica fazer o sujeito passar da “positividade muda” da intoxicação para a questão do

15- O trecho referente à nossa tradução é; “La utilización de las entrevistas preliminares em estos casos se centra em la idea de que el único veneno es la pulsio de muerte, es decir, que tenemos que evaluar al sujeto frente a quien estamos y no poner énfasis em el objeto. Antes de intervenir, tenemos que escuchar al aujeto”. (NAPARSTEK, 2010, p. 42)

seu desejo, que se traduz em termos de saber o que desta experiência se realiza no gozo. Desse modo, a questão do uso da droga está relacionada à dependência a função que esta exerce para sujeito.

O autor compartilha a mesma posição de Naporstek a respeito do consumo da droga ter uma função a cada caso. Sinatra recomenda que o analista tenha como direção clínica indagar a incógnita indicada pelo argumento da função - (é dizer x , em $f(x)$) - a incógnita “ x ”, que é a função do modo de gozar, foi substituída nesses casos, por “ t ”, que designa uma substância tóxica.

No início do tratamento, o analista tem como direção da sua práxis elucidar a relação de dependência que o sujeito estabeleceu com o tóxico $f(t)$ na economia do seu gozo, para expressar essa relação, a exemplificamos a seguir; $d = f(t)$. Neste viés, nas entrevistas preliminares, a direção clínica é suscitar que o sujeito se questione sobre o uso de drogas, ou seja, que as certezas que tem sobre efeitos do consumo se tornem interrogações.

“A incógnita indicada no argumento da função deverá se transformar em uma interrogação a ser formulada pelo entrevistado. Essa é uma condição para que o mesmo advenha analisante. E dizer que há um deslocamento no lugar do argumento da função (de x a t) faz advir o \$: a partir das entrevistas a verdadeira interrogação há de existir do lado do entrevistado para que advenha analisante¹⁶”. (SINATRA, 2010, p108, tradução nossa).

Comprendemos que há um corte do momento das entrevistas preliminares para o início da análise que se localiza na mudança de posição do paciente. A mudança de posição em alguns casos é o sujeito passar de uma certeza que tinha sobre os efeitos da droga no corpo para um questionamento a respeito do seu modo de gozo. Notamos na nossa práxis também que há casos em que o paciente demanda um tratamento a partir de um estranhamento sobre os efeitos que o consumo de drogas tem no seu corpo.

A respeito da estrutura das entrevistas preliminares, outra questão importante é o estabelecimento da transferência. No início do tratamento, o sujeito transfere parte de sua libido insatisfeita para o analista, como mencionamos anteriormente. Naporstek (2010) afirma que, na práxis com sujeitos que consomem drogas, essa questão sobre a transferência é central, pois em alguns casos o uso de drogas se constitui como um gozo autoerótico, quer

16- O trecho correspondente a nossa tradução é: “La incógnita indicada em el argumento ate la función deberá transformarse em una interrogación. A formular por el entrevistado Ta es una condición para que el msimo advenga analizante. Es decir que el lugar del argumento de la función se desplazará (de x a t) hacia \$: por la entrevistas preliminares la verdadera interrogación há de existir del lado del entrevistado para que advenga analizante. (SINATRA, 2010, p.108)

dizer, que não é compartilhando.

Nessa clínica, a função da transferência se configura a partir de um impasse, na medida em que, muitas vezes, o sujeito investe excessivamente sua libido no objeto droga. Por conseguinte, a satisfação que o sujeito obtém com o consumo da droga não é uma satisfação que, frequentemente, passa ao campo do Outro e da palavra.

Naparstek (2010) afirma que há uma tensão entre o analista que interroga o paciente em busca do que lhe causa e o sujeito que diz que não encontra nenhum sentido sobre seu sofrimento, além de certa satisfação que obtém com a droga. Assim, ambas as questões dificultam o estabelecimento da transferência nessa clínica.

Esse ponto de vista é confirmando por Recalcati (2004) quando afirma que a libido investida de forma excessiva e fixada ao objeto de gozo pode dificultar a transferência com o analista. Notamos que o sujeito ao investir excessivamente o objeto não possui uma parte considerável desta libido insatisfeita, o que parece, em alguns momentos, dificultar o estabelecimento da transferência com o profissional orientado pela psicanálise.

“De fato, uma vez que a transferência resulta atraída pelo objeto de gozo, não existe aí espaço para a palavra e para a escuta. Antes, a dialética da palavra, como a do desejo, aparece anulada da potência dessa transferência fixada não sobre o saber, mas a insígnia- objeto”. (RECALCATI, 2004, p.10)

Compreendemos que a função da transferência é fundamental na práxis de orientação psicanalítica, pois o tratamento só é possível a partir do momento em que o sujeito estabelece a transferência com o analista. Desse modo, no início do tratamento, é necessário provocar a ligação ao analista, de maneira que a satisfação seja também posta em análise.

Naparstek (2010) afirma que, em alguns casos, os analistas trabalham durante um tempo prologado até que os pacientes estabeleçam o laço transferencial. Com este objetivo, para que o paciente estabeleça a transferência com o analista, é necessário que modifique o seu modo de satisfação. O paciente, ao se ligar ao profissional, precisa desinvestir uma parte da libido na droga, com isso a pulsão pode passar ao campo de Outro e se endereçar ao analista.

“Por outro lado, se o paciente consegue se ligar de forma amorosa ao analista, isto é, que transferencialmente, algo de seu padecimento foi modificado, uma vez que deixou de encontrar uma satisfação solitária para se ligar ao Outro e isso implica uma modificação do modo de satisfação¹⁷.” (NARSPATEK, 2010, p.50, tradução nossa).

Recalcati (2004) afirma que a própria estrutura da regra da associação-livre é importante no manejo clínico nestes casos de neurose porque possibilita uma introdução do equívoco no campo da certeza sobre o gozo, isto é, sobre o mais além da satisfação.

Compreendemos que outra recomendação relevante no atendimento dos pacientes que fazem uso abusivo de drogas, de acordo com Barros (2002), consiste em levá-los a responder pela sua repetição acéfala da demanda pulsional. Assim como os pacientes de Freud tiveram que se responsabilizar pelo inconsciente.

O autor aponta que, nessa práxis, muitas vezes nos confrontamos ou com a opacidade do silêncio, e temos que reconhecer nisso um apelo do sujeito, ou, quando houver apenas uma opacidade da demanda pulsional nas repetições do paciente, através da intervenção analítica, poder suscitar a dimensão do apelo, uma vez que neste registro já há um endereçamento ao Outro.

A partir destas considerações notamos que o analista tem se deparado na atualidade cada vez mais com queixas iniciais que se configuram como repetições ou identificações a categorias sociais tendo como incidência o objeto de gozo. Constatamos que estas demandas iniciais pelas quais os pacientes chegam à análise com dificuldades de colocar em palavras seu sofrimento, muitas vezes se constituem como um dos efeitos da forma preponderante de lidar com o mal-estar na atualidade, pela via do consumo de objetos.

Entendemos que uma das particularidades das entrevistas preliminares nessa práxis é elucidar a função que a droga ocupa na economia psíquica do sujeito, que orienta o analista nas suas intervenções.

Notamos também, nessa clínica, alguns impasses no estabelecimento da transferência com o analista, pois, em alguns casos, há um investimento excessivo na droga que configura uma dificuldade em transferir a libido ao campo do Outro. Também se constitui como um contratempo para o sujeito estabelecer a transferência com o analista quando este tem dificuldades de colocar em palavras o seu sofrimento.

17- O trecho correspondente a nossa tradução é; “Por outro lado, si el sujeto logra ligarse amorosamente ao analista, es decir, transferencialmente, algo de su padecimento habrá ya cambiado, ya que dejó de encontrar esa satisfacci[on solitaria para ligarla a um Outro y eso implica una modificación del modo de satisfacción”. (NAPARSTEK, 2009, p. 50).

Nesse tópico, abordarmos a estrutura das entrevistas preliminares e algumas particularidades desta clínica. Assim, uma das questões que discutiremos a seguir é o início do tratamento nas instituições de saúde mental, especificamente o CAPSad . Também, discutiremos as contribuições da psicanálise a essa práxis, pois temos como hipótese que a estrutura das entrevistas preliminares pode ser um dos dispositivos clínicos utilizados na porta de entrada dos novos pacientes na instituição.

Por fim, propomos analisar as questões concernentes ao início do tratamento no CAPSad, a partir dos fragmentos dos casos clínicos.

II- 3- Sobre o início do tratamento nas instituições de saúde mental

A reforma psiquiátrica foi um marco na transformação da assistência aos usuários de saúde mental no Brasil. As novidades que a reforma agregou foram os questionamentos a respeito dos pressupostos teóricos da psiquiatria e as suas práticas.

A partir dessas críticas, foram criados novos serviços de saúde mental e, atualmente, as intervenções dos profissionais estão geralmente pautadas e orientadas a partir da construção de um trabalho em equipe multiprofissional. Dessa forma, o tratamento não se limita mais às consultas médicas, mas há também a oferta de oficinas, grupos, acompanhamento terapêutico, dentre outros recursos.

Nesse contexto, surgem as equipes multiprofissionais, na maioria das vezes compostas por psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentre outros profissionais. Principalmente a partir dessas mudanças realizadas na assistência terapêutica dos usuários de saúde mental, os psicanalistas, ou os técnicos orientados pelo viés da psicanálise, começaram a atuar nessas instituições.

A clínica psicanalítica inaugurada por Freud tem como tradição os atendimentos individuais em consultórios particulares. Freud (1919) salienta que há a possibilidade da extensão da técnica psicanalítica para além desse dispositivo. O autor recomenda que o psicanalista tenha que adaptar a sua clínica às novas condições e, por isso, realizar modificações na técnica psicanalítica.

"(...) quaisquer que sejam as formas que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, a psicanálise estrita e não tendenciosa". (FREUD, 1919, p. 181)

Freud deixa em aberto à questão da possibilidade de atuação do psicanalista na instituição, mas recomenda que, para tanto, haja uma adaptação da técnica que esteja em consonância com os pressupostos teóricos, isto é, a psicanálise estrita e não tendenciosa.

A respeito da possibilidade da práxis do analista na instituição de saúde mental, Zenoni (2000) afirma que as discussões teóricas geralmente ficam em torno das diferenças entre as práticas institucionais e psicanalíticas. De acordo com o autor, os argumentos utilizados para explicitar a diferença entre as práticas psicanalíticas e institucionais geralmente são pautados no fato da instituição ter como propósito uma intervenção direta no sintoma com o intuito de diminuir o sofrimento suscitado pelo mesmo ou suprimi-lo. O analista, no entanto, a partir do sintoma tenta fazer emergir uma manifestação inconsciente.

Segundo este ponto de vista, a instituição responderia a demanda, já o psicanalista não responderia à demanda do sujeito, por sua escuta visar à raiz mesma da demanda. Os resultados dessas oposições frequentemente são a recusa do psicanalista trabalhar numa instituição, por acreditar que sua prática é incompatível com a mesma, ou então o analista atende individualmente neste serviço, opondo-se à orientação da política institucional.

"Porque antes de existir para eventualmente tratar do sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo à distância, assisti-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico, que podem levar o sujeito à exclusão social e até a morte". (ZENONI, 2000, p. 14)

Entendemos que o analista deve estar ciente desses fatores que motivam a criação de uma instituição para, assim, poder refletir sobre a sua prática clínica nos serviços de saúde mental. Sob este ponto de vista, apesar das práticas serem discrepantes em alguns momentos, não seria interessante um posicionamento mais rígido por parte do analista, ou seja, de querer transportar a sua clínica de consultório para a instituição. Assim, o autor propõe que a partir da flexibilidade do dispositivo analítico o analista possa lidar com essas diferenças e, assim, se posicionar.

Outra questão concernente à práxis do analista na instituição de saúde mental é que, em alguns casos, há entrada em análise, porém isso não ocorre sempre. Além disso, frequentemente, essa clínica exige outros tipos de intervenções, como sociais ou institucionais.

Segundo Zenoni (2000), no momento em que constatamos que, apesar de algumas diferenças, a base da instituição é a clínica, podemos propor uma terceira via, isto é, outra forma de se pensar a questão, permitindo assim sair do debate se é possível ou não a psicanálise na instituição e perceber que a prática institucional é sempre coletiva.

Figueiredo (2005) afirma que, para a porta de entrada da instituição de saúde mental, é relevante elaborarmos um projeto terapêutico, pois é um dos recursos que permite que os profissionais tenham um mesmo eixo norteador de sua práxis a partir do que recolhem do caso. Este recurso também possibilita que o paciente possa se localizar nas relações com os profissionais que o acompanham.

Na práxis do analista na instituição de saúde mental, podemos ressaltar como uma função relevante do mesmo transmitir o que aparece de singular nas discussões sobre o caso com a equipe multiprofissional que acompanha o paciente. Além disso, algumas situações de crise transmitem ao analista que, em alguns momentos, a existência da instituição tem uma função importante como responder também com recursos institucionais e sociais a algumas situações de urgências subjetivas.

A partir desta questão sobre as funções da existência da instituição é relevante delimitarmos brevemente a noção de crise e o conceito psicanalítico de urgência subjetiva. Calazans e Bastos (2008) afirmam que a definição de crise aponta para uma ruptura que, marca uma escansão temporal, ou seja, um momento anterior e posterior à irrupção da crise. O momento da crise é caracterizado pela irrupção de algo que podemos chamar de trauma, seja da ordem de uma despersonalização neurótica, ou um desencadeamento psicótico.

Maron (2008) destaca que, a urgência diz respeito a situações em que o sofrimento se tornou insuportável para o sujeito, impossível de ser colocado em palavras ou imagens naquele momento. Com isso, as urgências não tem hora e nem lugar pré-determinado para seu aparecimento. Podemos citar como manifestações clínicas que são denominadas como urgências: agitações, irrupções de violência que culminam em auto ou heteroagressividade, atos derivados de consumo excessivo de drogas lícitas ou ilícitas e crises do pânico, dentre outras.

Segundo Sotelo (2007) no momento da precipitação da crise, a urgência não é subjetiva, mas sim generalizada. Nesse sentido, a urgência só se torna subjetiva por intermédio de uma operação analítica, isto é, quando o analista situa o momento da crise em torno de alguns significantes que recolhe do sujeito num momento posterior ao evento traumático.

Ao retomarmos a discussão sobre a práxis do analista na instituição, Laurent (2007) afirma que, o analista se situa na intercessão entre o sujeito, e como esse lida com as suas particularidades, e a sociedade, com as suas normas e leis. Para este autor, o que orienta a prática do analista na instituição é reconhecer a diferença de cada um aliada a sua relação com a sociedade e as suas leis.

A ética que orienta o analista e que deve sustentar a sua prática é a ética do sujeito. Assim, o analista, a partir da escuta do paciente, do que este lhe traz, deve, junto com o mesmo, auxiliá-lo na construção de seu caminho, independente de ser criança, ou adulto, neurótico ou psicótico.

Outra questão importante para se pensar a respeito do trabalho do analista e sua posição na instituição de saúde mental são as particularidades da organização e do funcionamento institucional. Zenoni (2002) pontua que os serviços de saúde mental em que os pacientes são obrigados a conviver por um período considerável, ou seja, os CAPS ou mesmo as unidades de internação, trazem à tona questões acerca das regras institucionais.

Nas situações de convivência dos pacientes na instituição de saúde mental, surgem indagações a respeito de uma regulação mínima que implique o sujeito e possibilite uma vida em comum. Em muitos serviços, essa regulação é constituída por regras rígidas às quais todos os usuários estarão submetidos, visando ao funcionamento da instituição.

O autor propõe a questão de que as regras têm efeitos sobre os pacientes e terão repercussão na clínica também. Ele recomenda que alguns técnicos não deixem de se ocupar do tratamento e da escuta sobre os efeitos clínicos que as regras institucionais terão para cada paciente. Esta proposta busca possibilitar que os pacientes se posicionem de uma maneira mais implicada e menos passiva em relação às normas institucionais.

Zenoni (ibid.) afirma que este trabalho clínico não significa suprimir as regras, mas tem como intuito implicar os pacientes naquilo que muitas vezes é a maior dificuldade deles: os limites, as frustrações, a convivência com o outro, em outros termos, a relação com o outro é uma das fontes do mal-estar na civilização.

É de fundamental importância que os profissionais também estejam regulados por algumas regras institucionais para que, assim, não possam ser identificados pelos pacientes

como sem limites ou aqueles que representam decisões arbitrárias e caprichosas. Também há a possibilidade da criação de regras para uma exceção em situações específicas, entretanto, somente quando a equipe achar que for pertinente para a condução do caso em particular.

Nessas instituições, a regulação da vida em comum incide sobre formas de passagem ao ato, como agressões, roubos, injúrias, dentre outras situações. Mesmo nesses casos o manejo não visa a disciplinar o sujeito, mas referi-lo aos limites e aos constrangimentos do estar no social.

Todos estes cuidados com a maneira com que se transmite uma regra é importante na orientação da prática institucional. Este autor sugere que, no trabalho em equipe na instituição, não haja uma separação rígida de papéis, por meio da qual alguns técnicos teriam como função explicitar e transmitir as regras institucionais para a convivência entre os usuários e os demais se dedicariam à clínica.

Na organização da equipe sem uma separação rígida de funções há uma diminuição dos riscos de burocratização e padronização das condutas dos técnicos. Assim, a direção clínica que orienta a equipe pelo viés da psicanálise tem como referência o discurso e os atos do sujeito. “Orientar a prática institucional segundo o princípio de uma comunidade de trabalho fundada na clínica, pelo esvaziamento que isto comporta no nível do saber e do querer, parece realizar uma condição propícia para o acompanhamento dos sujeitos acolhidos” (ZENONI, 2002, p. 167).

Naparstek (2008) também destaca que, na práxis institucional, para que apareça algo de singular do paciente é importante que os profissionais não acreditem que detém um saber sobre o mesmo, e, assim, se posicionem como Outro barrado. Em alguns serviços de saúde mental, quando os membros da equipe não se posicionam desta maneira podem afastar os pacientes, que abandonam o tratamento.

Também tendo como foco o contexto institucional, Montezuma (2001) afirma que, se em determinado caso não é possível provocar uma entrada em análise do paciente, é possível fazer perguntas que possibilitem ao sujeito falar, de fazê-lo vacilar nas suas certezas.

Segundo a autora, no momento em que o paciente procura tratamento em uma instituição de saúde mental, pode estar muito transferido imaginariamente com a mesma. O paciente, ao iniciar o tratamento com expectativas demasiadas sobre o serviço de saúde mental, pode tornar mais difícil o endereçamento da transferência ao profissional que o acompanha.

Desse modo, há um trabalho do técnico de referência, orientado pela psicanálise, de se implicar pela palavra e pelo ato, emprestando sua pessoa como suporte da transferência.

Assim, é desbastando o excesso imaginário da transferência na instituição que se abre a possibilidade da transferência com um técnico, que passa a ser uma referência para o paciente.

Concordamos com a autora, que destaca a dificuldade do endereçamento ao profissional, quando o paciente solicita tratamento numa instituição muito transferido imaginariamente com a mesma.

Notamos que, no início do tratamento no CAPSad, muitos pacientes chegam pela primeira vez ao serviço solicitando ajuda para parar ou diminuir o seu vício. Observamos que, muitas vezes, só é possível para alguns pacientes iniciar um tratamento por estarem transferidos imaginariamente com esse serviço, na medida em que acreditam que os profissionais possuem um saber especializado e darão respostas quanto ao que devem fazer em relação ao consumo de drogas.

Carew (2009) afirma que os serviços de saúde mental organizados por especialidades estão sustentados pelo discurso do Outro social, isto é, no discurso compartilhado sobre os transtornos psiquiátricos. A identificação com transtorno psiquiátrico pode provocar no paciente a generalização do sofrimento como comum a um diagnóstico específico, ou seja, as configurações dos sintomas como identificação ao significante mestre (S1), como mencionamos anteriormente.

Notamos, na nossa práxis no CAPSad, que a demanda, pela qual muitos pacientes chegam pela primeira vez ao serviço, para parar o consumo de substâncias psicoativas parece ser um dos efeitos desta oferta de tratamento “ad”, ou seja, parar um uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. No início do tratamento no CAPSad, alguns pacientes afirmam serem dependentes químicos, pois se identificam com o discurso compartilhado socialmente sobre esse transtorno. Assim, constatamos que, para alguns pacientes, a identificação com a oferta de tratamento ad foi o que possibilitou procurar a instituição de saúde mental.

Miranda (1998) também discute essa temática e levanta algumas questões concernentes a este serviço. Segundo a autora, uma constatação alcançada na sua práxis nesta instituição foi que os pacientes que demandam iniciar um tratamento chegam, de modo reiterado, transferidos imaginariamente com estes serviços por serem centros para tratar o uso abusivo de substâncias psicoativas, como mencionamos anteriormente.

A autora destaca que os pacientes que geralmente solicitam atendimento no serviço especializado se identificam com o discurso sobre a toxicomania, muitas vezes se denominando dependente químico, viciado, alcoolista, e congêneres. Esse discurso parece ser uma apresentação que os sujeitos acreditam defini-los e, concomitantemente, muitas vezes, é essa identificação que os possibilita procurar um tratamento.

Segundo Tarrab (2000), a identificação com o transtorno da dependência química pode ter também como função, para alguns sujeitos, situá-los por um efeito de significação, ou seja, servir como uma forma de mediação com o Outro. Por isso, o profissional de orientação psicanalítica que trabalha numa instituição especializada no tratamento para álcool ou outras drogas se depara com essa questão: como fazer o sujeito aparecer nesse discurso que acredita defini-lo e pode ter uma função para o mesmo?

No tratamento ofertado no CAPSad, há o acolhimento da demanda do sujeito de tratamento para o consumo abusivo de drogas. Uma recomendação relevante aos profissionais de orientação psicanalítica é ter cuidado para que a escuta não seja capturada apenas pelo relato do consumo de drogas do paciente, visto que constituiria uma intervenção com enfoque no objeto, em detrimento do sujeito.

Stevens (2005) pontua que os pacientes que procuram tratamento nas instituições de saúde mental ou foram encaminhadas a estes serviços são sujeitos que geralmente têm dificuldades de inserção no campo social, isto é, tem recursos simbólicos precários para mediar essa relação. Dessa forma, muitas vezes se identificam e tem um lugar na sociedade pela sua maneira de gozar, nesse caso, o uso de drogas.

Os pacientes procuram um acolhimento e tratamento numa instituição de saúde mental no momento em que suas referências simbólicas, como a família, trabalho, ou a rua, que funcionaram temporariamente, falham. Por não ter um ponto de ancoragem nessas referências que lhe davam um contorno, alguns sujeitos têm como resposta a errância. Nesse momento procuram uma instituição como um lugar que pode ajudá-los a lidar com esse excesso, pois o aparato institucional pode servir como um ponto de basta a algo que, no momento, estava excessivo.

O autor afirma que anteriormente a instituição que existia para acolher essas pessoas era o asilo psiquiátrico. No Brasil, a partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, notou-se que o tratamento ofertado para os usuários de álcool e outras drogas era principalmente a internação nas comunidades terapêuticas visando à abstinência. Devido a esse desfalque na assistência, foram criados serviços para acolher e tratar essa clientela, tais como os CAPS ad, consultório de rua, hospitais clínicos com leitos de observação, dentre outros dispositivos clínicos.

Stevens (ibid.) afirma que o aparato institucional tem como uma de suas funções mais importantes poder servir como uma referência simbólica para esses sujeitos. Ele recomenda que as intervenções neste serviço de saúde mental devem provocar um trabalho do sujeito pela fala, pelo discurso simbólico. Essa direção clínica tem como intuito que o paciente possa

utilizar outros recursos para lidar com as dificuldades de estar inserido na sociedade, em vez de responder de forma quase preponderante pelo uso excessivo de substâncias psicoativas.

Silliti (2000) também notou na sua práxis que os sujeitos que usam substâncias psicoativas geralmente procuram tratamento no momento de urgência, visto que a droga os conduziu a um ponto crítico, no qual suas relações se encontram ameaçadas com o trabalho, família, relacionamento amoroso, dentre outros.

Constatamos ser a partir destas relações que, muitas vezes, o sujeito se defronta com o modo pelo qual o consumo de drogas tem afetado a sua vida. No consumo excessivo de drogas, geralmente, o sujeito não percebe que algo não anda, quer dizer, que sua vida está estagnada. Frequentemente, as coisas não andam, mas para o outro que se relaciona com o sujeito. Por isso, esta afirmação só pode vir do outro. Além disso, o sujeito procura tratamento no momento em que o consumo da substância psicoativa não tem mais a mesma função que exercia anteriormente, devido a esta falha o sujeito pode se interrogar sobre essa questão que lhe concerne.

Nos serviços de saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas, Alvarenga (2005) pontua que, para construir e elaborar um projeto terapêutico, a cada caso, é relevante que a equipe coloque como questão para pensar a direção do tratamento qual é o uso que o paciente faz da rede de saúde mental, em paralelo, ou como alternativa ao uso da droga.

O profissional de orientação psicanalítica na rede de saúde mental não é apenas um técnico de referência para o paciente, uma vez que se oferece como objeto para o estabelecimento da transferência. Notamos que é a cada caso que podemos pensar a associação entre o paciente, o profissional de orientação psicanalítica e a rede como uma alternativa a resposta preponderante para lidar com o mal-estar pelo consumo abusivo de droga

Silliti (ibid.) pontua que o analista, nessa clínica, não deve descartar outras vias de tratamento que podem propiciar o início de uma análise. Ele recomenda que o analista não deve vacilar em recorrer a outros recursos clínicos, quando forem necessários, como os grupos de mútua ajuda, internação no hospital psiquiátrico, dentre outros, que podem abrir o caminho para a palavra do sujeito.

Na nossa práxis no CAPSad, constatamos também que alguns sujeitos frequentam ou já frequentaram Associações de Apoio aos Alcoólicos Anônimos (A.A) e Associações de Apoio aos Narcóticos Anônimos (N.A)¹⁸. Recolhemos nas nossas intervenções que, para

18- Segundo o Alcoólicos Anônimos do Brasil (AABBR) o A.A é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham as suas experiências, forças e esperanças a fim de resolver seus problemas em comum e ajudar os outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. O A. A não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento

alguns pacientes, frequentar estas associações e também o CAPSad tem uma função importante, como um paciente que comparece as reuniões no final de semana, quando a instituição de saúde mental não funciona.

Como temos visto, esta sustentação de um trabalho coletivo que não negligencie as produções singulares do paciente é comum à posição de diferentes autores que discutem a inserção da psicanálise na instituição de saúde. Este seria, portanto, o desafio da inserção do psicanalista no trabalho em equipe, criar espaços em que se possa recolher o saber do próprio paciente a respeito do que ele experimenta. Dessa forma, o que se recolhe são os elementos fornecidos pelo sujeito e, na perspectiva da psicanálise, são esses elementos que apontam uma direção do tratamento, a cada caso e a cada momento.

Notamos que a indicação ética da psicanálise é relevante no início do tratamento para os sujeitos que consomem drogas, pois muitas vezes estes chegam à instituição de saúde mental a partir da identificação ao discurso compartilhado socialmente sobre a dependência química. Nesses casos, a direção clínica do profissional orientado pela psicanálise é de acolher a queixa inicial relacionada ao consumo de drogas, entretanto, é importante ter cuidado para que sua escuta não fique capturada pelo relato, muitas vezes sistemático do uso de substâncias psicoativas.

Compreendemos que os diversos teóricos da psicanálise apontam, como uma recomendação relevante, que o profissional possa escutar e fazer perguntas que suscite que o paciente possa falar sobre seu consumo de drogas e também para além deste uso. Em outras palavras, que o sujeito, ao dizer sobre algumas certezas que tem sobre seu consumo de drogas, possa começar a se interrogar sobre o que lhe acomete.

Notamos, na nossa práxis, que a porta de entrada no CAPSad é um tempo importante do tratamento, pois, neste momento inicial, é a primeira vez que alguns pacientes falam sobre seu consumo de drogas e sobre a sua vida para um profissional de saúde mental.

Na porta de entrada do CAPSad, também observamos que, algumas vezes, os pacientes demandam tratamento no momento em que se deparam com uma urgência, ou seja, uma overdose, rompimento com vínculos familiares, dentre outros motivos. A procura por um serviço de saúde mental, nestes momentos, aponta uma função relevante da instituição de saúde mental de poder servir como lugar de acolhimento e proteção.

A seguir, discutiremos as entrevistas preliminares na porta de entrada do CAPSad a partir dos fragmentos de casos clínicos.

político, organização ou instituição. O. N. A tem grupos com a mesma organização que o A.A, a diferença é que sujeitos procuraram o grupo porque desejam parar de usar drogas.

II- 4- A porta de entrada do CAPSad

Na nossa práxis no CAPSad, a porta de entrada dos novos pacientes tem como dispositivo clínico principal os grupos de recepção. Os profissionais também fazem recepções individuais quando necessário. Os encaminhamentos para participar do grupo de recepção ou das entrevistas individuais estão pautados no projeto terapêutico que é elaborado a cada caso pela equipe responsável pela recepção. A equipe de profissionais tem reuniões e também supervisões semanais com um psicanalista que é relevante para a direção clínica do serviço.

As recepções individuais têm como baliza a estrutura das entrevistas preliminares, uma vez que acolhemos o que o sujeito tem a nos falar sem ter um enfoque prévio. Geralmente, iniciamos a recepção individual com a pergunta do motivo pelo qual o sujeito procurou tratamento no CAPSad. Esta pergunta tem como direção clínica fazer com que o sujeito possa falar sobre sua queixa inicial.

Deste modo, para exemplificar o início do tratamento no CAPSad, utilizaremos fragmentos clínicos que destacam esses momentos iniciais. Usaremos nomes fictícios com o intuito de preservarmos o sigilo dos pacientes.

Fragmento 1: Fernando procurou o CAPSad após sua mãe dizer que precisava de tratamento porque estava gastando todo o seu salário com cocaína. No primeiro atendimento, ele afirmava que foi ao serviço mais por insistência de sua mãe. Ele diz: *"Vocês são especialistas em dependência química, não é? Eu só quero saber o que tenho que fazer hoje para parar de usar cocaína. Me digam o que tenho que fazer!"*

Ao escutarmos sua demanda de parar com o uso de cocaína, nossa intervenção teve como direção clínica dizer que escutávamos que ele falava de sua dificuldade em relação ao uso abusivo de droga e que pudesse nos falar um pouco mais sobre o que estava acontecendo na sua vida naquele momento em que procurou ajuda. Assim, nosso manejo clínico foi uma tentativa de suscitar que, no seu discurso, aparecesse algo de singular do sofrimento. Fernando respondeu a essa oferta de forma categórica: *"Eu só quero que vocês me digam o que eu tenho que fazer para parar de usar cocaína"*.

Nesse momento, Fernando comparecia ao CAPSad acompanhado por sua mãe. Ela solicitava à equipe uma internação para o seu filho, pois acreditava que, assim, pararia de usar cocaína. Em um atendimento, ele narrou que estava consumindo muita cocaína e não aguentava mais essa situação. Além disso, estava faltando o trabalho, o que, até então, não havia acontecido.

Ao nos relatar sua angústia, disse que sentia uma dor no peito: "*Como se estivessem apertando meu coração com a mão*". Fernando foi encaminhado para atendimento com psiquiatra que também o avaliou clinicamente e notou que a angústia que ele estava relatando era um princípio de infarto. Por isso, ele foi encaminhado para internação no hospital clínico.

Fernando retornou ao CAPSad logo após ter tido alta do hospital. Ele solicitou aos profissionais do grupo de recepção para ser atendido individualmente por um psicólogo. Nos atendimentos individuais, Fernando disse que só percebeu que precisava de ajuda no momento que achou que ia morrer e que estava com muito medo disso.

Nas entrevistas individuais, Fernando disse que iniciou o uso de cocaína na adolescência. Nessa época, o seu pai que havia se separado da mãe quando era pequeno retornou para casa. Logo após o pai ter voltado a se relacionar com sua mãe, ela engravidou. A mãe expulsou o pai de Fernando durante sua gravidez porque ele estava bebendo muito. Fernando ajudou sua mãe a criar a irmã mais nova.

Ele iniciou um consumo abusivo de cocaína meses antes de sua mãe procurar tratamento no CAPSad. A respeito do consumo excessivo desta substância psicoativa, neste momento da sua vida, ele disse não saber o porquê e começa a se interrogar sobre isso.

No momento, ele continua no trabalho, mas considera seu emprego muito estressante. Nos atendimentos individuais, Fernando disse da relação com sua mãe que define como também estressante. Ele reside numa casa com a mãe e a sua irmã mais nova. Sobre as dificuldades com que se depara na vida, ele diz: "*O meu coração parece uma bomba-relógio de tanto estresse*".

Fragmento 2: Joaquim foi ao CAPSad após o encaminhamento do consultório de rua que o acompanhava há alguns anos no centro da cidade. Na primeira vez que compareceu ao serviço, participou do grupo de recepção e disse que estava fumando crack e em situação de rua há três anos.

Após esse primeiro momento, Joaquim ficou uns meses sem retornar à instituição. Ao comparecer novamente ao CAPSad, ele solicitou ajuda porque estava usando muito crack e se sentia triste desde que a sua esposa foi presa. Joaquim narrou estar se sentindo muito sozinho e que antes só era possível ficar na rua porque tinha a companhia da sua esposa.

No atendimento individual, Joaquim disse que "*veio para o Rio de Janeiro porque estava fugindo do crack*". Ele tinha escutado que os traficantes do Rio tinham proibido o comércio de crack. Ao chegar ao Rio, no entanto, descobriu que "*o crack já tinha chegado aqui também*".

Joaquim comparecia quase todos os dias ao tratamento e dizia que era importante ir ao

CAPSad porque não usava drogas quando estava na instituição. Nesse ínterim, no atendimento individual, começou a falar sobre a sua família e a se perguntar como estavam porque, desde que saiu de casa, não tinha notícias dos seus parentes.

Nesse momento do tratamento, disse que mudou de cidade porque na verdade criou confusão com traficantes que o ameaçaram de morte. Sobre se colocar em situações de risco, narrou o prazer que sente ao criar discussões com os traficantes, pois gosta da sensação de adrenalina no corpo.

Em uma das vezes que compareceu ao CAPSad, Joaquim combinou com outro paciente de saírem da instituição para comprarem cocaína. Eles retornaram algumas horas depois ao serviço. No atendimento individual, Joaquim disse que saíram para comprar droga e que retornaram com a cocaína para o CAPSad. Ao escutarmos que ele ainda estava com a cocaína, nós falamos novamente sobre a regra que os pacientes não podem estar na instituição com bebidas alcoólicas ou drogas.

Com isso, nós lhe dizemos que ele poderia dispensar a droga e continuar na instituição. No caso dele recusar a cumprir a regra teria que se retirar do CAPSad, mas poderia retornar no dia seguinte. Joaquim se recusou a jogar a droga fora e se retirou do serviço de saúde mental. No dia seguinte, ele compareceu ao CAPSad.

No atendimento individual, Joaquim diz que foi importante ter saído do CAPSad após ter burlado a regra que conhecia. Ele disse que achava a norma importante porque o CAPSad é um lugar de tratamento dele e também dos outros pacientes. Joaquim relatou que, ao sair do CAPSad naquele dia, lembrou das regras da casa da sua avó. Ele falou sobre sua dificuldade em lidar com normas e diz: *“Eu sabia das regras da casa da minha avó e não obedecia. Eu fazia isso de propósito. Quando tem uma regra eu tenho vontade de fazer o contrário”*.

Ele frequentemente relatava a saudade que sentia da avó paterna que o criou. Joaquim voltou a ter contato com sua família e disse querer voltar a morar na cidade natal. Ele começou a planejar o retorno à sua cidade e me pediu para ver um CAPSad próximo de sua casa para dar continuidade ao tratamento.

Fragmento 3: Pedro foi ao CAPSad acompanhado pelo pai. Eles compareceram à instituição no dia em que não havia o grupo de recepção, por isso fizemos uma recepção individual. O pai de Pedro se apresentou para a equipe como alcoolista em recuperação e que está há mais de 15 anos frequentando o A.A. Foi em uma destas reuniões que o pai de Pedro soube do tratamento no CAPSad e resolveu levar seu filho a este serviço.

Pedro relatou que veio ao CAPSad por causa do pai, mas concordou que precisava de ajuda. Ele diz: *“Meu problema é com cocaína.”* No atendimento individual, Pedro ficou

durante um tempo em silêncio e disse estar constrangido em falar sobre isso. Ele achava que no CAPSad participaria de um grupo e que poderia escutar outras pessoas com problemas iguais os dele, tal qual o pai dele no grupo do A.A.

Nós dizemos que o CAPSad é uma instituição pública e explicamos o funcionamento deste serviço para ele. Pedro relatou que não se sente muito à vontade para falar, pois não sabe o que dizer. Acredita que se sentiria melhor em um grupo, pois escutar outra pessoa falando sobre o uso da droga poderia lhe ajudar a dizer o que está passando para os membros deste.

Pedro nos apontou no silêncio, e também na sua fala, que, para ele, era relevante escutar outras pessoas que estavam iniciando o tratamento nesta instituição e, assim, poder compartilhar situações pelas quais passaram em decorrência do consumo de drogas. Por isso, no início do tratamento, o projeto terapêutico dele consistia em participar do grupo.

Expusemos os fragmentos clínicos com o intuito de discutirmos o início do tratamento no CAPS ad. No primeiro fragmento, notamos que Fernando foi ao CAPSad por demanda de sua mãe e estava muito identificado com o diagnóstico do transtorno de dependência química. Ele parecia demandar aos profissionais uma solução para parar de usar cocaína, uma vez que afirmava que tínhamos o saber sobre o uso de substâncias psicoativas, pois éramos especialistas por fazermos parte da equipe do CAPSad.

Nossa direção clínica foi acolhermos o pedido de sua mãe e de Fernando de tratamento, a partir da sua identificação com o transtorno de dependência química. Após o acolhimento no CAPSad, notamos que Fernando fez uma demanda de tratamento no momento em que se deparou com a possibilidade de morrer.

Deste modo, observamos que, no momento em que a função que a droga ocupava na economia psíquica dele falha, ele começou a se interrogar sobre o uso abusivo de cocaína. Nesse momento do tratamento, ele solicitou ser atendido individualmente por um psicólogo porque se sentiria mais à vontade para falar sobre suas questões.

Com isso, a posição de Fernando diante do tratamento mudou. No primeiro momento, o pedido de tratamento era da sua mãe e ele esperava uma solução dos profissionais para parar com o seu uso de cocaína. Já no segundo momento do tratamento, começou a falar sobre a relação com sua família e localizou o início do consumo de cocaína na sua adolescência, quando o pai retornou para casa. Assim, Fernando pôde se implicar no tratamento e começou a se interrogar sobre seu consumo de cocaína.

No segundo fragmento clínico, notamos que Joaquim compareceu pela primeira vez ao CAPSad porque era anteriormente acompanhado pela equipe do consultório de rua. Após a

prisão da sua esposa, Joaquim retornou ao uso abusivo de crack, mas, mesmo assim, continuava se sentindo triste e sozinho. Dessa forma, podemos notar que, nesse caso, ele pôde fazer uma demanda de tratamento também no momento em que, mesmo com o consumo abusivo de crack, este não conseguia esquecer sua tristeza e solidão. Por isso, a droga não estava tendo os efeitos que esperava.

Notamos que a instituição teve uma função de acolhimento e proteção para ele, já que Joaquim afirmava que, nos momentos que permanecia no CAPSad, conseguia ficar sem usar a droga.

Constatamos que as regras da convivência da instituição tiveram uma função importante para Joaquim, pois as normas lhe fizeram refletir sobre a maneira como se posiciona diante destas. Desta forma, a regra do CAPSad não teve para Joaquim apenas um viés de proibição do uso de droga na instituição, pois propiciou que pudesse se implicar diante dessa norma.

Nos atendimentos individuais, pôde falar também sobre a sua família e o que o motivou a mudar de cidade. Nesse momento do tratamento, ele começou a planejar o seu retorno para sua cidade natal e elaborar as razões pelas quais se mudou para o estado do Rio de Janeiro.

No terceiro fragmento clínico, observamos que Pedro também foi ao CAPSad por uma demanda inicial de seu pai, mas este concordou que precisava de tratamento porque estava usando muita cocaína. Na recepção individual, Pedro diz ter imaginado que o tratamento no CAPSad seria parecido com as reuniões que seu pai frequentava no A.A.

Nós escutamos que Pedro não estava à vontade para falar na recepção individual e que participar do grupo de recepção possibilitaria que escutasse os outros pacientes que também estavam iniciando o tratamento neste serviço. Na nossa intervenção, acolhemos a fala e também o silêncio de Pedro e este pode dizer o que esperava do tratamento no CAPSad. Assim, a partir do que recolhemos da fala de Pedro no atendimento individual, o encaminhamos para o grupo de recepção do CAPSad.

Nos fragmentos clínicos, constatamos que as demandas iniciais no primeiro momento foram dos familiares de Fernando e Pedro, entretanto, é importante salientarmos que estes concordaram que precisavam de tratamento, visto que compareceram ao CAPSad. No caso de Joaquim, este compareceu ao CAPSad após encaminhamento da equipe do consultório de rua.

Notamos que essa oferta de tratamento no CAPS ad possibilita que alguns pacientes procurem tratamento nessa instituição para seu sofrimento e, concomitantemente, essa proposta de ser um serviço especializado, pode, em alguns casos, suscitar uma identificação

em demasia com o uso abusivo de drogas. Por isso, compreendemos que é importante que os profissionais tenham como direção clínica acautelar-se para que a sua escuta não seja capturada apenas pelo relato do consumo da droga.

Portanto, uma direção clínica relevante para o profissional de orientação psicanalítica na sua práxis nesta instituição é analisar a função que a substância psicoativa ocupa na economia psíquica, haja vista que a relação que o sujeito estabelece com a droga é sempre singular. Deste modo, deixamos de atribuir características ao sujeito, identificando-o a um modo de gozar, isto é, as consequências que acarreta o consumo de substâncias psicoativas, para analisar a função que a droga tem para o sujeito em determinado momento de sua vida.

Temos hipóteses, a respeito dos fragmentos clínicos, sobre a função que a droga pode ter nos dois extremos para o sujeito, ou seja, servir como remédio ou veneno. No primeiro fragmento clínico, observamos que a droga estava funcionando como um veneno, ou seja, uma via para a morte. Fernando após ter uma overdose, no entanto, ficou com medo de morrer e pôde demandar ser atendido individualmente por um psicólogo.

No caso clínico de Joaquim, o consumo abusivo de crack parece ter sido um paliativo, ou seja, uma tentativa de remediar a solidão. A função da droga, no entanto, falhou como remédio para sua tristeza. Então, Joaquim retornou ao tratamento no CAPSad. No caso de Pedro, não foi possível formularmos uma hipótese porque tivemos como elementos apenas a primeira entrevista na instituição de saúde mental.

Outra questão relevante é o estabelecimento da transferência com o profissional de orientação psicanalítica. Nos fragmentos clínicos, temos como hipótese que Joaquim estabeleceu uma transferência com o profissional e também com a instituição. Ele começou a repetir situações da sua vida no tratamento, o que posteriormente o possibilitou recordar e falar sobre as mesmas.

No caso do Fernando, acreditamos que não temos como afirmar que este estabeleceu a transferência com o profissional. Notamos, entretanto, que ele começou a se endereçar ao psicólogo ao falar sobre o medo que sentiu ao se deparar com a possibilidade de morrer.

Nesse capítulo, abordamos questões concernentes à porta de entrada no CAPSad e as possíveis contribuições das entrevistas preliminares como um dos dispositivos clínicos neste momento do tratamento.

Nos fragmentos clínicos, constatamos que, para Joaquim e Fernando, as entrevistas preliminares foram importantes para que começassem a falar sobre suas questões. No caso clínico do Pedro, entretanto, percebemos que ele se sentia inibido no atendimento individual, por isso nos solicitou participar do grupo do CAPSad. Assim, os fragmentos clínicos expostos

nos apontam que a construção do projeto terapêutico é a cada caso, portanto, é relevante termos dispositivos clínicos diversos para acolher os pacientes no início do tratamento no CAPSad.

Desse modo, no capítulo seguinte, discutiremos sobre as funções que a droga pode ocupar na economia psíquica do sujeito, quais sejam de desligamento ou de mediação com o Outro. Assim, analisaremos, a partir da construção de um caso clínico, as funções que a droga pode ter em cada momento da vida do sujeito, bem como retomaremos a discussão sobre estas questões no início do tratamento no CAPSad.

Capítulo III: As funções que a droga pode ter para o sujeito

III-1- Função do objeto na constituição do sujeito

Em nossa pesquisa, partimos da **hipótese** de que o objeto droga pode ocupar funções singulares na economia psíquica. Nessa perspectiva, temos como objetivo na seção do presente trabalho discorrer sobre o estatuto do objeto, na medida em que a função do objeto foi destacada na constituição do sujeito.

Nesse viés, abordaremos brevemente o objeto *a* e a constituição do sujeito a fim de prosseguirmos a discussão sobre o estatuto do objeto *a* e dos objetos que podem ser compartilhados. Discutiremos a droga enquanto um objeto que está em consonância com as leis do mercado consumidor e tem como um dos efeitos uma incidência de gozo no corpo. Por fim, analisaremos a função que a mesma pode ocupar para economia psíquica a cada caso.

No artigo *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) discorre sobre as fases da libido, isto é, trata dos diferentes investimentos objetais do sujeito em cada uma das fases, denominadas oral, anal, fálica, tendo a pulsão como fim sua convergência no objeto genital.

De acordo com Miller (1988), o ponto de vista estrutural do ensino de Lacan suscitou questionamentos a respeito da função do objeto e as fases do desenvolvimento da libido, tal como Freud havia abordado. Nesse sentido, o autor aponta que, a partir do ensino de Lacan, há uma virada relevante no conceito de indivíduo, suporte do desenvolvimento, por uma noção diferente que é a do sujeito entendido como o que não é suporte do desenvolvimento e nem de estrutura. O sujeito é exatamente o que supõe a estrutura. Então, o sujeito, enquanto marcado pelo significante, é suposto pela estrutura da linguagem, isto é, no campo do Outro.

Dessa maneira, as teses de desenvolvimento dão lugar à constituição do sujeito no campo da linguagem. Esta noção de sujeito se contrapõe a noção de indivíduo porque supõe que ele se constitui a partir de como transcorreu o seu desenvolvimento, o que irá definir a relação do indivíduo com outro e a sociedade.

A noção de sujeito suscita também outra visada sobre o conceito de objeto e a sua constituição. Dessa forma, o objeto, quando aparece no *setting* analítico, não é mais considerado como uma regressão a uma fase anterior da libido, como a noção de desenvolvimento poderia fomentar se o objeto que aparece na cena não fosse o objeto genital.

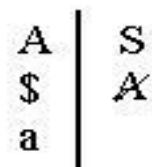
Tal objeto é relevante neste momento porque possibilita derivar questões a respeito de que função tem e como este medeia a relação do sujeito com o Outro.

A respeito dos objetos que aparecem no decorrer da análise, Lacan denominou o objeto que é o resto da operação da constituição do sujeito, o que cai, como objeto *a*. Como este aparecerá na análise é uma de suas facetas, não uma regressão e/ou uma progressão, mas a maneira como irá se apresentar e a sua relação com o Outro. “Esse objeto designamos por uma letra. Tal noção algébrica tem sua função. É como um fio destinado a reconhecer a diversidade do objeto nas diversas incidências que aparece”. (LACAN, 1962, p 98)

Lacan (1962) afirma, a respeito do campo da posse, que há dois tipos de objetos, os que podem ser partilhados e os objetos que não podem ser compartilhados. Apesar destes últimos, ainda sim circularem no campo da partilha, na posição de estar presente e ao mesmo tempo estar fora da cena, este é o paradoxo do objeto *a*. Há também os objetos que podem ser compartilhados, cujo status repousa sobre a concorrência. A concorrência desses objetos, que podem ser intercambiáveis, tem uma função ambígua de rivalidade e de acordo na relação com o outro. Estes são objetos contáveis e de troca.

Os objetos que não são partilhados, quando entram livremente no campo da partilha e aparecem na cena, têm como sinal da sua presença a angústia. “Com efeito, são objetos anteriores à constituição do status do objeto comum, comunicável, socializável. Eis do que trata no *a*”. (LACAN, 1962, p. 103).

Na constituição do sujeito, a partir dessa relação do sujeito com a linguagem e a sociedade, isto é, com Outro, o objeto *a* aparece como resto dessa operação. É a partir do Outro que o objeto *a* assume seu isolamento. Por conseguinte, no presente trabalho, o esquema da divisão do sujeito, segundo Lacan, é homólogo ao do aparelho da divisão.



(Segundo esquema da divisão)

À direita, no alto, fica o sujeito, posto que, na dialética, este parte da função do significante. No entanto, esse é um sujeito hipotético da origem porque nós só temos acesso ao sujeito num momento posterior, como sujeito já barrado. Esse único sujeito ao qual temos

acesso se constitui na sua relação com Outro, no lugar do Outro como marca do significante. Inversamente, toda a existência do Outro fica suspensa numa garantia de que algo falta, ou seja, o Outro como também barrado.

Dessa operação, o que resta e cai é o objeto *a*. Lacan afirma que o objeto *a* é o objeto anterior na constituição dos objetos que podem ser compartilhados, na medida em que este se constitui como resto da operação da constituição do sujeito.

Segundo Lacan (1962), essa queda do objeto *a* como resto da constituição do sujeito presentifica e atualiza uma relação permanente com o objeto perdido, na medida em que é estrutural. Essa separação essencial de uma parte do corpo, de um certo apêndice, é o que torna um corpo algo possível de ser simbolizado como tal. Considerando a relação do sujeito com o Outro no campo da linguagem, a constituição do ser humano como aquele que fala, nós pagamos o preço de ser falante com a nossa carne.

“Esse formalismo só nos faz exigir e nos dar os quadros do nosso pensamento e de nossa estética transcendental, captando-nos por algum lugar. Nós lhe damos não simplesmente a matéria, não apenas nosso ser do pensamento, mas também o pedaço carnal arrancado de nós mesmos. É o pedaço que circula no formalismo lógico, tal como ele foi constituído por nosso trabalho de uso do significante. É essa parte de nós que é aprisionada na máquina formal e fica irrecuperável para sempre. Objeto perdido nos diferentes níveis da experiência corporal em que se produz um corte, e é ela que constitui o suporte, o substrato autêntico de toda e qualquer função de causa”. (LACAN, 1962, p 237.)

Dessa forma, Lacan afirma a função do objeto *a* como objeto causa de desejo. Este desejo não é uma necessidade de satisfação de um sentimento, mas uma necessidade estrutural. A estruturação do sujeito como ser falante no momento em que perde uma parte do corpo, isto é, algo está para sempre perdido, na medida em que é esta operação que possibilita a estruturação do desejo na fantasia na neurose.

Segundo Lacan (1962), é por isso que o sujeito não é o corpo, mas tem um corpo. O corpo, logo, não é apenas uma extensão orgânica e pulsional, é preciso perder algo e, assim, nos responsabilizarmos por essa operação de perda para tê-lo.

A perda que se inscreve constitui o sujeito como falante. Santiago (2001) afirma que a função fálica na neurose resulta da perda e da operação simbólica em que a dimensão da linguagem e da palavra é essencial. Nesse sentido, a função fálica não se confunde nem com o

atributo de uma realidade corporal e nem com a qualidade imaginária de uma fantasia.

Segundo o autor não há um objeto específico que corresponderia ao desejo sexual e nem uma sexualidade natural para o sujeito falante. Na relação do sujeito com os objetos, a libido não tem um alvo específico.

Outra questão que acreditamos ser importante salientar é que a constituição do sujeito que tem como resto o objeto *a* e a estruturação do desejo na fantasia ocorrem nos casos de neurose. Por isso, abordaremos brevemente sobre a estrutura psicótica.

Souza (1991) afirma que a respeito do mecanismo psíquico constitutivo da psicose, tanto Freud quanto Lacan apontaram um único mecanismo. Nesse sentido, para Freud, seria a retirada libidinal das coisas e das pessoas. Já para Lacan (1955-6), na década de 50, o que marca a estrutura psicótica é a não inscrição do significante Nome-do-Pai.

A forclusão do Nome-do-Pai tem como efeito uma ausência de regulação simbólica. O significante do Nome do Pai é o que ordena a cadeia significante, que restringe o simbólico ao próprio simbólico, evitando assim o desencadeamento do mesmo no real, quer dizer, no que está fora da linguagem.

O Nome-do-Pai se inscreve no lugar do Outro como a lei, o Outro como sendo lugar da cadeia significante. Com isso, permite ordenar o mundo em sua dimensão significante, instaurando vínculos entre significantes e significados. No caso da psicose, o significante rejeitado retorna no registro do real, os fenômenos dessa clínica como as alucinações visuais e auditivas representam este retorno.

Na operação de constituição do sujeito, Lacan afirma que, devido à forclusão do significante Nome-do-Pai, a operação simbólica não se completa, isto é, não se produz como resto o objeto *a*. Na estrutura psicótica, não há uma divisão do sujeito, portanto, não houve a operação simbólica que funcionou como uma barra para o psicótico, da mesma forma o Outro também não se constitui como barrado para o mesmo.

Freire e Malcher (2013) destacam que, na psicose, o Outro não é barrado para o sujeito, por isso este se apresenta muitas vezes como excessivo, invasivo e persecutório. Na relação que o psicótico estabelece com o Outro, este pode se apresentar como um inimigo que goza dele.

Os autores destacam que outra posição que o psicótico pode ter na relação com o Outro é crer ser uma exceção à castração, o que podemos notar nos relatos de onipotência e megalomania. No ensino de Lacan dos anos 70, o Nome-do-Pai é entendido como uma das formas de regulação simbólica. Sendo tarefa de todo sujeito fabricar um meio de tratar o real pelo simbólico.

Discorreremos brevemente sobre as estruturas clínicas para discutirmos a função que a droga pode ocupar na economia psíquica do sujeito. Retomando a questão da relação do sujeito neurótico com os objetos, há os objetos compartilhados, isto é, objetos da demanda, conforme mencionamos anteriormente. Dentre estes objetos, no presente trabalho, comentaremos o sujeito e sua relação com o objeto droga.

A droga é um objeto de demanda que é compartilhado, na medida em que está inserido numa relação de troca, especificamente, de venda e de compra. Além disso, a droga é um objeto que, ao ser consumido, tem uma incidência no corpo que produz, como um dos seus possíveis efeitos, um excesso de gozo que acomete o sujeito e é impossível de simbolizar.

Assim, o registro do gozo é da satisfação, que se dá no corpo. Mas, o que seria o gozo? Lacan (1972-1973) diz de forma categórica que o gozo trataria daquilo que não serve para nada, isto é, que não teria uma função específica, mas que seria da ordem de uma satisfação. Notamos que o gozo, que não serve para nada, excede a regulação pela representação através da qual Freud nomeou o Princípio do Prazer. Assim, o registro do gozo tem como tendência predominante o Além do Princípio do Prazer, no qual o aparelho psíquico tem que lidar com excitações excessivas que não estão vinculadas a um representante psíquico.

A respeito dessa afirmação lacaniana de que o gozo não serve para nada, Naparstek (2008) pontua que Freud discorreu sobre o chuchar para exemplificar que este não teria nenhuma utilidade para além da satisfação autoerótica da pulsão oral. Dessa maneira, diferencia-o da alimentação que tem uma função e um prazer concomitante.

O autor salienta, no entanto, que essa afirmação a respeito da satisfação que não serve para nada só tem um valor e uma utilidade a partir da instalação da fantasia na neurose e que, na cena da fantasia, aparece o modo de gozar do sujeito. Nesta cena, portanto, está presente um gozo fálico, que é fora do corpo e tem uma relação com o Outro e também há um gozo que não serve para nada, que é da ordem de uma satisfação que se localiza no corpo.

Por fim, discutiremos o estatuto do objeto com o intuito de analisarmos, no próximo tópico, o objeto droga e que função este pode ocupar para cada sujeito.

III-2 - O lugar que a droga pode ocupar na economia psíquica e sua função singular

No percurso que traçamos na nossa pesquisa, constatamos que uma das recomendações na práxis com sujeitos que consomem drogas é podermos elucidar a função que a droga pode ocupar a cada caso. Compreendemos que é relevante para a direção clínica das intervenções termos hipóteses sobre o lugar da droga na economia psíquica do sujeito.

Iniciamos nosso percurso teórico com o artigo *Mal-Estar na Civilização* (1930), no qual Freud afirma que a intoxicação por uma substância química seria uma das construções auxiliares para lidar com o mal-estar que é inerente à cultura. O uso de substâncias psicoativas pode ter como um dos efeitos para o sujeito diminuir a percepção do sofrimento e, ao mesmo tempo, acarretar sensações prazerosas.

A tese principal do ensino de Lacan sobre a droga foi proferida na Jornada de Cartéis (1975). Na jornada, Lacan destaca, no caso do pequeno Hans, o momento em que o gozo fálico vem se associar ao corpo e que lhe causa angústia. Ele denomina este momento em que o gozo fálico vem se associar ao corpo como o matrimônio com o pequeno pipi. Desse modo, o autor afirma que a droga pode ser a única forma de romper o casamento do corpo com o pequeno pipi, isto é, com o gozo fálico.

Laurent (1988), ao percorrer o ensino de Lacan, observa que ele disse poucas frases sobre a droga. O autor afirma que a indicação mais importante de Lacan sobre o consumo de drogas ocorreu na jornada de cartéis em 1975, como mencionamos anteriormente.

Ele pontua que esta questão leva a pensar que pode haver uma ruptura com o gozo fálico, em determinado momento do uso da substância, sem que, entretanto, o Nome-do-Pai esteja necessariamente foracluído.

Compreendemos que, para haver um rompimento com o gozo fálico, foi necessário ter ocorrido a operação simbólica de associar a norma fálica ao corpo na estrutura neurótica. Deste modo, um dos possíveis efeitos que o uso da droga pode acarretar na estrutura neurótica, no momento específico da intoxicação, é um gozo em excesso, por não estar regulado pelo falo.

Laurent (1988) destaca três consequências sobre a tese lacaniana referente à droga. A primeira consequência é a ruptura do gozo fálico fora do campo da psicose. A segunda consequência da tese lacaniana é de que a ruptura com o gozo fálico acarreta um rompimento com as particularidades da fantasia. Na cena da fantasia, estão presentes o gozo fálico e o gozo que não serve para nada, por isso, na estrutura da fantasia, está incluída a castração.

A terceira consequência está relacionada ao consumo de drogas na atualidade. Laurent (1988) destaca o surgimento da oferta do mercado consumidor de um gozo pleno obtido pelo consumo dos produtos ofertados pela lógica capitalista. O autor denomina esse gozo ofertado como uno e o diferencia do gozo sexual, regulado pela norma fálica. O gozo sexual não é uno, visto que é fraturado, não é apreensível, senão pela fragmentação do corpo. Nos casos de neurose, observou que, no consumo de drogas, o gozo pode se apresentar como uno, pois se constitui no próprio corpo e não é endereçado ao campo do Outro.

Santiago (2001) destaca também a tese lacaniana sobre o uso de substâncias psicoativas como causador de uma ruptura com o gozo fálico na neurose. Ele afirma que, nos casos de psicose, o uso da droga não tem o mesmo efeito, pois essa estrutura se constitui pela forclusão do Nome-do-Pai.

O rompimento com o gozo fálico no consumo de drogas tem um efeito análogo e concomitante distinto do fenômeno do empuxo-a-mulher nas psicoses. O autor afirma que o efeito similar é o curto-circuito do problema sexual, que envolve a ruptura com o gozo fálico.

O curto-circuito do problema sexual é distinto do empuxo-a-mulher na estrutura psicótica, pois no consumo de drogas a ruptura com o gozo fálico é pontual. Nesse sentido, o sujeito neurótico se situa na partilha dos sexos.

Quinet (2009) afirma que o psicótico, por não ter o acesso ao significante, que lhe permitiria situar-se na partilha dos sexos, é levado a situar-se do lado da mulher, na medida em que o feminino não tem um significante que o represente.

A respeito do empuxo-a-mulher na estrutura psicótica, Soler (1991) afirma que, no caso clínico de Schreber, se acentua a presença do gozo em excesso. Nesse caso clínico, as temáticas delirantes podem ser reunir em um conteúdo só; "Quer-se gozar de Mim". O gozo está claramente pronunciado, diferentemente de alguns casos de neurose que tem como problemática aparecer o modo de gozo.

"No final, Schreber se restabelece. Ele não deixa de ser delirante, mas se restabelece ao ponto de poder restaurar suficientemente sua relação com a realidade e seus semelhantes (...). Pois bem, no momento dessa estabilização vemos que as três ordens separadas, no início, vêm-se coordenar novamente pelo viés do delírio. O delírio consegue tomar o gozo na rede de um roteiro fantasioso, pelo qual está coordenado a imagem e o simbólico. É o que Lacan designa como gozo transexual. Gozo coordenado à imagem do corpo próprio, por um lado, e por outro, coordenado ao simbólico pela convicção de ser a mulher de Deus". (SOLER, 1991, p.112)

Observamos que, no caso de Schreber, a construção delirante de que ele era a Mulher de Deus conseguiu associar o gozo à rede delirante, coordenando assim o imaginário e o simbólico, o que possibilitou uma estabilização. Compreendemos que o sujeito neurótico está referido a norma fálica, desta forma, a ruptura com essa regulação acontece no momento do consumo de drogas.

Santiago (2001) destaca que, em alguns casos dos psicóticos que consomem drogas, observou que estes usavam a substância psicoativa como uma tentativa de localizar o gozo. Com isso, em alguns casos de psicose, o consumo de drogas parece servir como um recurso para moderar o excesso de gozo, o que se distingue do efeito de ruptura com gozo fálico na neurose.

O consumo de drogas nem sempre tem como efeito servir como um recurso para moderar o gozo na estrutura psicótica. O autor pontua que o uso de substâncias psicoativas pode também resultar em um excesso de gozo, assim parece ter um papel desencadeador de alucinações visuais e auditivas.

Martins e Bastos (2011) destacam também que, na práxis com psicóticos notaram, dois modos de operação das drogas: pode ter o efeito de uma irrupção de um excesso de gozo ou servir como um recurso para moderar o gozo. Os efeitos que a droga pode apresentar na psicose, apesar de serem distintos, não se excluem mutuamente, ou seja, ambos podem comparecer no mesmo caso clínico em diferentes momentos de sua evolução.

Segundo Martins (2009), o consumo da droga pode provocar para o sujeito psicótico uma irrupção de um gozo excessivo e confrontá-lo com o aparecimento de alucinações, que são indicativos de um gozo que o acomete no corpo. Nesses casos, houve uma tentativa frustrada de usar a droga como recurso para lidar com os fenômenos invasivos que são efeitos da forclusão do Nome-do-Pai, isto é, uma irrupção no real.

A autora destaca que é relevante não tomarmos o consumo de drogas como a causa de desencadeamento na psicose. O uso de substâncias psicoativas pode ter uma participação coadjuvante nas circunstâncias que suscitam os fenômenos alucinatórios e delirantes.

Martins e Bastos (2011) pontuam também que o consumo de substâncias psicoativas pode ser um recurso utilizado por alguns sujeitos psicóticos que não tiveram o desencadeamento típico. Desse modo, o sujeito usa a droga para apaziguar a perplexidade e as vicissitudes do período denominado pré-psicótico.

Entendemos que, nos casos de psicose, o consumo de substâncias psicoativas pode servir também como um recurso para limitar o gozo que invade o sujeito e permitir uma mediação com o Outro, como mencionamos anteriormente.

Martins (2009) afirma que o psicótico tem uma experiência fragmentada do corpo. Por isso, em alguns casos de psicose a droga tem como efeito uma tentativa de localizar o gozo no corpo conferindo uma sensação de consistência ao mesmo.

Outra função que a droga pode ocupar nos casos de psicose é funcionar como uma identificação imaginária que serve como uma mediação do sujeito com o Outro. A autora observa que alguns sujeitos conquistam uma estabilização ao se identificar com grupos e comunidades dos usuários de drogas, como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, dentre outros grupos de mútua ajuda.

“Por conseguinte, ainda que o recurso à droga possa cumprir a função de compensar o desequilíbrio psíquico característico da psicose, tal função porta precariedades, suscetíveis a bascular para o surto. Na busca desesperada por um meio que lhe permita ser amparado, o sujeito pode tentar fazer da droga um ponto de ancoragem. Alguns são bem-sucedidos nessa função, outros claudicam, pois encontram apenas um objeto que propicia o acesso a experiência excessiva de gozo”. (MARTINS, BASTOS, 2011, p. 187).

Entendemos que, na estrutura psicótica, a droga pode funcionar como um recurso e, também em alguns casos, pode ter um efeito devastador de irrupção do gozo em excesso, colocando, porventura, a vida do sujeito em risco na overdose.

A respeito das funções que a droga pode ocupar na economia psíquica, Naparstek (2008) reafirma a tese lacaniana de que, em alguns casos de neurose, o consumo de drogas parece demonstrar estar fora da regulação fálica. Na neurose, o uso abusivo de drogas pode apontar o rompimento com o gozo fálico, na medida em que a função que o falo tem por excelência é limitar as coisas.

Ele observa na clínica que uma situação radical, nos casos de neurose de ruptura com o gozo fálico, é o consumo de drogas em excesso ao ponto de acarretar uma overdose. “Entendo que a overdose nos faz pensar como fora da norma fálica. A possível ruptura com o falo é o que faz que se passe para a mania do tóxico, entendendo a mania, como aquilo que leva o sujeito para fora de uma ancoragem fálica¹⁹”. (NAPARSTEK, 2008, p.48, tradução nossa).

19-(...) “A mi gusto la sobredosis habría pensarla como fuera de la medida fálica. La posible ruptura con el falo es lo que hace que se pase a la manía por el tóxico, entendiendo la manía, como aquello que lleva o sujeto por fuera de uam anclajr fálico .” (NAPARSTEK, 2008,p.48).

Neste âmbito, Naparstek (2008) localiza que o consumo da droga pode ter principalmente três efeitos para os sujeitos, ou seja, no momento da intoxicação, tem como possível consequência uma ruptura com o gozo fálico, servir como parceiro sintomático ou manter o paciente enlaçado com o órgão, quer dizer, num gozo autoerótico.

Ele destaca que o consumo de substâncias psicoativas pode ter como função servir como parceiro sintomático, quer dizer, uma tentativa de localizar o gozo sintomaticamente e singularmente. Deste modo, teria como efeito um gozo mais localizado e que, nessas condições, pode passar ao campo do Outro e enlaçar-se com um parceiro.

Nesses casos, ele constata que o consumo de drogas parece permitir a certos sujeitos coragem para se endereçar ao Outro sexo e, com isso, por em função o falo nessa mediação. A droga parece servir como um recurso para mediar a relação com Outro, assim, tem a função de uma construção auxiliar.

Em consonância com Martins, Naparstek afirma que nas psicoses e em certos casos de neuroses, pela via da identificação “sou dependente químico”, o uso da substância psicoativa pode não ter como efeito uma ruptura com o gozo fálico na neurose ou a irrupção de um gozo excessivo na estrutura psicótica, mas ter como função uma tentativa de localizar o gozo.

A identificação do sujeito com o termo utilizado pelo senso comum da dependência química pode propiciar que este se relacione com os outros. Deste modo, parece servir como um recurso, uma tentativa de estabilização, para o mesmo.

Comprendemos que é relevante, no início do tratamento no CAPSad, termos uma hipótese a respeito da função que a droga pode estar ocupando para o sujeito para orientarmos as nossas intervenções. Nos casos que o consumo da substância psicoativa funciona como parceiro sintomático é importante ter cautela para que as intervenções do profissional deste serviço não ocasionem questionamento sobre essa identificação, visto que pode acarretar um rompimento com um recurso que funcionava como tentativa de estabilização e localização do gozo.

Naparstek (2008) aponta também outro efeito que o uso da droga pode ter para o sujeito: o de enlaçar o mesmo ao seu órgão. Para tanto, destaca que o sujeito ao usar uma substância psicoativa, no momento deste uso, pode não ter um rompimento com o falo. Nesta situação, a droga parece exercer uma função autoerótica, isto é, um gozo no corpo, pois não é compartilhado com o Outro. O autor menciona como exemplo desta função o caso do paciente que usava cocaína e se masturbava.

Naparstek (2008) afirma que na nossa práxis é relevante elucidarmos a função que a

droga tem para o sujeito e articulamos este efeito a estrutura clínica. O autor destaca também que a função que a droga exerce para o sujeito pode se modificar no decorrer da vida. .

"A droga pode cumprir muitas funções na estrutura de alguém, sem que tenhamos aberto o leque para dizer se isto se trata de neurose, psicose ou perversão. A saber, que pode cumprir múltiplas funções na neurose, psicose ou perversão. Agora, não há dúvida de que essa função está articulada à estrutura. Temos que poder articular estas duas questões: estrutura e função da droga²⁰". (NAPARSTEK, 2008, p.61, tradução nossa).

Estamos de acordo com os autores citados a respeito das funções e dos possíveis efeitos do uso abusivo de drogas a cada caso, haja vista que também não temos como proposta afirmar o que poderia acarretar um uso excessivo de substâncias psicoativas.

Entendemos que é relevante frisarmos que é a cada caso e, também, a cada momento do tratamento que podemos analisar quais são as funções do uso de droga e como o sujeito responde a isto.

Portanto, o uso de substâncias psicoativas pode ter múltiplas funções nas estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), contudo, as funções não correspondem estritamente a determinada estrutura clínica, apesar de estarem articuladas a uma determinada estrutura. É relevante, então, na nossa práxis clínica articularmos a questão da estrutura clínica e a função que a droga ocupa para cada paciente.

Constatamos que os psicanalistas de orientação lacaniana afirmam que o consumo de substâncias psicoativas tem uma função a cada caso. Os autores também destacam que nas entrevistas preliminares é relevante elucidarmos que lugar a droga ocupa na economia psíquica do sujeito como direção clínica das nossas intervenções.

Outra questão sobre o consumo de drogas que divide a opinião dos psicanalistas é se este fenômeno clínico pode ser considerado ou não um sintoma. Laurent (1988) pontua que muitos analistas que se ocupam dessa clínica consideram que o consumo de substâncias psicoativas não configura um sintoma. Ele destaca principalmente o consumo que tem como efeito, para o sujeito neurótico, o rompimento com o gozo fálico, que não é uma formação de

20-(...) La droga puede cumplir múltiples funciones en la estructura de alguien, sin que abramos el paraguas para decir si esto se trata de neurosis, psicosis o perversión. Es decir, que puede cumplir múltiples funciones en neurosis, psicosis o perversión. Ahora, no cabe duda que esa función está articulada en la estructura. Hay que poder articular estas dos cuestiones: estructura y función de la droga." (NAPARSTEK, 2008,p.61)

compromisso, mas de ruptura.

Nessa mesma direção, Santiago (2001) afirma que o uso metódico da droga se diferencia do sintoma como formação de compromisso. Na estrutura do sintoma como formação de compromisso, há uma mensagem recalcada. Ele observou na sua prática dos sujeitos que consomem drogas que, frequentemente, ocorriam *acting-out* e passagens ao ato²¹ no início do tratamento.

“Contrariamente à natureza de mensagem do sintoma, sempre desvelada pela função significante, à experiência clínica com os pacientes toxicômanos testemunha a presença massiva de *acting-outs* ou, mesmo, passagem ao ato. Pelo menos no início do tratamento, tornou-se bastante evidente que não se está em face de alguém que traz equívocos do pensamento, discordantes entre palavra e a linguagem, fonte mesma de toda a construção anterior do sintoma”. (SANTIAGO, 2001, p. 184).

Sobre o consumo de drogas constituir ou não um sintoma, Barros (2002) afirma que podemos considerar como sintoma, se compreendermos que sua estrutura se constitui a partir daquilo que repete da pulsão, isto é, não se restringindo apenas a noção de formação de compromisso.

“Diante desses casos, já não se trata de saber se é possível ampliar a margem que pode ser simbolizado, o que seria corrente como a estratégia freudiana, mas de ampliar a própria noção de sintoma, que não seria um representante simbólico do sujeito, mas uma forma de gozo pulsional, sem mediação discursiva.” (BARROS, 2002, p.104).

O autor afirma que uma das possíveis direções no atendimento de pacientes que chegam ao tratamento devido ao uso abusivo de drogas consiste em levá-los a responder pela sua repetição acéfala da demanda pulsional. Assim, como os pacientes de Freud tiveram que se responsabilizar pelo inconsciente.

Nessa mesma direção, Naporsteck (2009) afirma que a pergunta sobre o estatuto do

21- Segundo Lacan (1962) no *acting-out* há um endereçamento na ação do sujeito ao Outro. Na passagem ao ato o sujeito sai da cena, do registro do Outro que o constitui como ser, do lugar que teve que assumir como portador da fala para a errância. Com isso, a passagem ao ato é o momento que o sujeito sai de cena, quando não há palavra, simbólico, mas apenas ato.

consumo da droga depende da forma como o analista compreende a estrutura do sintoma, ou seja, se considera o sintoma apenas pela via do sentido ou se articula também o aspecto pulsional do sintoma, como aquilo que se repete.

A partir destas considerações a respeito do consumo de drogas pelo viés da psicanálise, notamos o quanto esse tema é polêmico e divide a opinião dos psicanalistas. Na nossa práxis, constatamos também que a droga ocupa um lugar singular na economia psíquica. Por isso, estamos de acordo com os autores que afirmam que a droga pode ocupar funções diferentes e ter efeitos singulares para cada paciente.

Sendo assim, concordamos com Barros que destaca, como uma direção clínica relevante, recolhermos, a partir das nossas intervenções, o que aparece de singular nessa repetição do ato da intoxicação.

Entendemos que uma das recomendações ao profissional de orientação psicanalítica, nessa práxis, é ter como orientação escutar nesse consumo de drogas os efeitos e as funções que podem ter para cada sujeito. Acreditamos que essa posição ética pode propiciar que o paciente se implique na queixa inicial pelo qual demandou tratamento no CAPSad.

Barros afirma que nessa práxis nos confrontamos, muitas vezes com a opacidade do silêncio e temos que reconhecer nisso um apelo do sujeito. Além disso, há momentos na clínica em que há apenas uma opacidade da demanda pulsional nas repetições do paciente. O autor recomenda que, nestas situações, a intervenção analítica possa suscitar a dimensão do apelo, uma vez que neste registro já há um endereçamento ao Outro.

Laurent (2011) recomenda, nessa práxis, o que denomina como tratamento do sujeito, ou seja, que o profissional, ao acolher a queixa inicial sobre a droga, possa apontar também o singular do sofrimento. O autor destaca ainda que as intervenções têm como direção clínica dar lugar para a dimensão subjetiva e para o gozo da palavra.

A partir das considerações teóricas, discutiremos acerca destas questões na construção do caso clínico a seguir. No caso do Daniel, abordaremos os pontos referentes às entrevistas preliminares, como a demanda inicial, a transferência e o manejo clínico, a partir da oferta de tratamento na instituição de saúde mental. Além disso, discutiremos a função que a droga pode ocupar para o sujeito em determinado momento da sua vida.

III -3- Caso clínico Daniel:

(Parte da dissertação não autorizada para publicação em internet).

CONCLUSÃO

O interesse em pesquisarmos sobre o início do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) surgiu da nossa experiência clínica nessa instituição. Na nossa pesquisa, partimos da hipótese que a estrutura das entrevistas preliminares pode ser um dos dispositivos clínicos utilizados na recepção dos pacientes no CAPSad.

Constatamos na mesma que o fenômeno do uso de drogas é complexo e envolve vários segmentos sociais, como tratamento, segurança e prevenção. Desse modo, o nosso recorte teórico é o início do tratamento no CAPSad.

Iniciamos nosso percurso teórico sobre a rede de saúde mental e a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outra drogas. Constatamos que os CAPSad foram criados para oferecer tratamento e também acolher os momentos de urgência dos pacientes que usam substâncias psicoativas. Anteriormente, o tratamento ofertado a esta clientela era principalmente a internação em Comunidades Terapêuticas que visava à abstinência dos pacientes.

A rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é composta por diversos dispositivos clínicos como os CAPS nas suas várias modalidades: consultório de rua, leitos de internação em hospitais gerais, internação em hospitais psiquiátricos, dentre outros serviços.

Observamos que há uma preocupação do governo federal com o consumo de drogas nos diversos segmentos da população, principalmente o uso excessivo do crack. De acordo com Silva (2011), cada época tem a sua droga. O consumo abusivo de crack se constitui como a droga de escolha no contexto atual, na medida em que propicia um prazer fugaz e imediato. O consumo desta substância psicoativa parece estar em consonância com a lógica do consumo dos objetos ofertados pelo sistema capitalista.

Desse modo, discutimos acerca do consumo de drogas a partir do que Freud afirma quanto ao uso de substâncias psicoativas no início do século XX. Freud (1930) destaca que o consumo de drogas é uma das construções auxiliares que os sujeitos utilizam para lidar com o mal-estar que é inerente a cultura. Assim, o uso de substâncias psicoativas é um dos recursos mais eficazes para evitar o desprazer, pois diminuiu a sensibilidade ao sofrimento e, concomitantemente, acarreta sensações prazerosas.

Naparstek (2008) afirma que há uma diferença entre o período no qual Freud escreveu

o seu artigo sobre o mal-estar, quando a intoxicação seria uma das construções auxiliares para lidar com o desprazer, e o momento atual em relação ao uso abusivo de droga.

O autor destaca que na atualidade há uma tendência de lidar com o desprazer como uma resposta única e globalizada, que seria uma forma de gozar similar, ao invés de um modo de gozar singular. Nesse sentido, a resposta preponderante dos sujeitos diante do desprazer na atualidade é o consumo imediato dos objetos ofertados pela lógica do sistema capitalista.

Ao discorrermos sobre a sociedade de consumo do sistema capitalista, depreendemos que o objeto droga se insere na lógica do mercado consumidor, isto é, no circuito da oferta e da demanda. Constatamos também que a droga se diferencia dos outros produtos ofertados pelo sistema capitalista porque tem uma incidência no corpo que, algumas vezes, pode ter como efeito um excesso de gozo.

No segundo momento do trabalho, abordamos a estrutura das entrevistas preliminares e o início do tratamento no CAPSad. Em nossa pesquisa, notamos que foi importante discutirmos a estrutura das entrevistas preliminares para, em momento posterior, analisarmos a possibilidade de utilizarmos este dispositivo clínico como um dos recursos no início do tratamento no CAPSad e como uma certa retificação subjetiva do sujeito.

Na estrutura das entrevistas preliminares destacamos como balizas relevantes a associação-livre, a demanda inicial e o estabelecimento da transferência. Nas entrevistas preliminares e na análise não devemos privilegiar algum ponto do discurso, na medida em que ao enfatizarmos algo na fala do paciente podemos dificultar a associação-livre e, com isso, dificultar o advento no discurso de questões que concernem ao sujeito. Nesse sentido, compreendemos que a posição ética do analista se constitui ao ofertar a possibilidade do sujeito iniciar um processo analítico.

No percurso teórico que traçamos, abordamos também a práxis do analista na instituição de saúde mental, visto que temos como objetivo da pesquisa analisarmos o início do tratamento e as contribuições da psicanálise a essa práxis.

Constatamos que os autores afirmam que, apesar de algumas divergências entre as normas institucionais e a teoria psicanalítica, há possibilidade de um trabalho orientado pela psicanálise porque esta práxis tem como ponto de convergência a clínica. Zenoni (2000) destaca também que a instituição de saúde mental tem como função ser um espaço de acolhimento e proteção para o paciente. Com isso, a instituição é uma necessidade social a certos estados de psicose, a certas passagens ao ato e ao depauperamento físico, que podem levar o sujeito à morte.

Notamos que no início do tratamento no CAPSad, os pacientes frequentemente

chegam à instituição de saúde mental a partir de uma identificação ao discurso compartilhado pelo senso comum sobre a dependência química. Nesses casos, uma das recomendações à práxis do profissional orientado pela psicanálise é poder acolher a queixa inicial relacionada ao consumo de drogas. Observamos que é importante ter cuidado para que sua escuta não fique capturada pelo relato, muitas vezes sistemático do uso de substâncias psicoativas.

Os autores apontam, como outra recomendação relevante, que o profissional possa escutar e fazer perguntas que suscite o paciente a falar sobre seu consumo de drogas e também para além deste uso. Em outros termos, que o sujeito ao dizer sobre as certezas que tem sobre seu consumo de drogas possa começar a se interrogar sobre o que lhe acomete.

Constatamos que os autores afirmam ser o estabelecimento da transferência um dos impasses que os analistas podem se deparar nessa práxis. No segundo capítulo, analisamos os fragmentos clínicos para discutirmos as questões que levantamos nesta pesquisa.

Ao analisarmos os fragmentos clínicos, notamos que, para Joaquim e Fernando, as entrevistas preliminares foram importantes para que começassem a falar sobre o consumo de drogas e também sobre outras questões lhes concernem.

No caso clínico do Pedro, percebemos que ele não se sentia a vontade para falar no atendimento individual e também nos apontou que lhe era importante escutar outros pacientes que estavam iniciando o tratamento na instituição como ele.

Na nossa pesquisa, verificamos que o recurso clínico das entrevistas preliminares não é indicado para todo caso. Constatamos a relevância das instituições de saúde mental terem dispositivos clínicos diversos para acolher os pacientes no início do tratamento. Assim, é indicado que o projeto terapêutico seja elaborado a cada caso e também que deva ser revisto a cada momento do tratamento.

No percurso teórico que traçamos, notamos que as funções que a droga pode ocupar na economia psíquica do sujeito são uma questão importante, na medida em que orientam as intervenções do analista nessa clínica. Por isso, no terceiro capítulo, discutimos as funções que a droga pode ter para o sujeito.

Lacan (1975) afirma que a droga pode ser a única forma de romper o matrimônio com o gozo fálico na neurose. Santiago e Tinoco destacam que, na psicose, o consumo de drogas pode ser uma tentativa de localizar o gozo no corpo e mediar a relação com Outro. Os autores, entretanto, pontuam que na estrutura psicótica a droga pode ter como efeito também uma irrupção de gozo em excesso e ter um papel coadjuvante nos fenômenos alucinatórios e delirantes.

Nessa mesma direção, Naparstek (2008) afirma que a droga pode ter também a função

de parceiro sintomático e enlaçar o sujeito ao órgão. O uso de drogas para o sujeito pode servir como parceiro sintomático, isto é, tem como função dar coragem ao sujeito de se relacionar com Outro sexo. Nos casos em que a droga serve para enlaçar o sujeito ao órgão, esta tem como efeito um gozo autoerótico, como no caso do paciente que usava cocaína e se masturbava.

Notamos que, na clínica com sujeitos que usam substâncias psicoativas, é relevante elucidar a função que a droga tem a cada caso e articular com o diagnóstico estrutural. Portanto, o uso de substâncias psicoativas pode ter múltiplas funções nas estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), contudo, as funções não correspondem estritamente à determinada estrutura clínica, apesar de estarem articuladas a uma determinada estrutura.

No terceiro capítulo, analisamos o caso clínico do Daniel com o intuito de discutirmos acerca da função que a droga pode ter na economia psíquica e também a respeito das questões que levantamos no nosso percurso teórico sobre o início do tratamento no CAPSad.

Escolhemos, portanto, o caso do Daniel devido às nossas dificuldades no manejo clínico e aos momentos de impasse no tratamento que nos fizeram interrogar-nos sobre o início do mesmo no CAPSad.

Observamos na nossa práxis no CAPSad que alguns pacientes chegam ao tratamento no momento em que se deparam com uma urgência. Nessas situações, é relevante que a nossa posição não seja afetada pela urgência do paciente. Em outras palavras, as nossas intervenções não devem também ter um caráter de urgência para que possamos acolher este momento do paciente no tratamento. Desse modo, é relevante que, a cada momento de impasse, os profissionais de orientação psicanalítica possam analisar a posição que têm na direção do tratamento.

Constatamos, no caso do Daniel, que no início do tratamento o dispositivo estratégico foi as entrevistas preliminares, pois ele não se interessava em participar dos grupos, oficinas terapêuticas, dentre outros recursos do CAPSad.

No início do tratamento, percebemos que Daniel quase não comparecia aos atendimentos e falava muito pouco. Nesse contexto, ele não parecia ter uma queixa inicial ou uma demanda de tratamento. Notamos que foi importante ofertarmos o dispositivo clínico do atendimento individual e também acolhermos os momentos de urgência do Daniel na instituição de saúde mental. Com isso, em momento posterior do tratamento, ele pode se endereçar aos profissionais e também começar a se implicar no sofrimento que lhe concernia.

Na nossa pesquisa, percebemos que o fenômeno do consumo de drogas é complexo e que envolve vários setores sociais. Compreendemos que algumas questões suscitadas neste

trabalho ainda carecem de um estudo mais aprofundado, como a questão da urgência subjetiva e o diagnóstico estrutural no caso do Daniel.

Tivemos, ainda, como intuito analisar algumas questões que nos foram ocasionadas pela nossa prática no CAPSad, principalmente a partir da nossa dificuldade no manejo clínico. Assim, esse trabalho se conclui, mas não se encerra no sentido de que abre para outras questões motivadas pelo início do tratamento no CAPSad. Freud indicava que a teoria psicanalítica está em constante construção e elaboração a partir das questões suscitadas pela clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVARENGA, E. (2005). **El uso de drogas y el uso de la red** . In: *Pharmakon 10*: Efectos de tratamientos de toxicômanos en instituciones. SALAMONE, L. D. & MILLER, J.. Belo Horizonte: Tya e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

ANDRADE, T. (2011). **Reflexões sobre a Política de Drogas no Brasil**. (p.4665-4683). In Revista Ciência e Saúde Coletiva vol. 16 n. 12. Associação Brasileira de pós-Graduação em saúde Coletiva: 2011

AMARANTE, P. (2007). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____ 2008. **Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BARROS, R. (2002). **Compulsões, desejo e gozo**. In: Latusa número 7. A fuga nas doenças impossíveis. Esco). FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Pequena coleção das obras de Freud*; trad. P.D. Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1973. v.21a Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro.

_____ (2005). **Um objeto que não se consumiria nunca**. In: Subjetividade e Contemporaneidade, ano X, número 16. Disponível em : http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/arqanexos/documenta/doc16_art2.pdf. Acesso em: 23/07/2013

BASTOS, F.; BERTONI, N. (2014) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Organização: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

Disponível: www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786. Acesso em: 15/10/2014.

BAUMAN, Z. (1999) **Globalização: As consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____ (2008) **Vida para o consumo. A transformação das pessoas em mercadoria**. Jorge Zahar Editor Ltda. Rio de Janeiro, 2008.

BORSOI, P.(2011) **A política do sintoma na clínica da saúde mental: aplicações para o semblante analista.** In: Opção lacaniana online nova série. Ano 2; Número 5; Julho 2011. Disponível://www.opcaolacanianana.com.br/pdfnumero_5A_pol%C3%ADtica_do_sintoma.pdf. Acesso em: 10/ 01. 2015.

BRASIL. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 1992.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos, 2001.

BRASIL. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPSad II. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. Portaria nº 189-1, de 22 de março de 2002. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas .Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e das outras providências. Brasília (DF), Presidência da República: 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília (DF), Presidência da República: 2011.

BRASIL. Presidência da República, 2011: **Crack é possível vencer.** Disponível: www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1/view. Acesso em: 20/ 10/2014.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2012.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2012.

BERTOLOTE, J. (2006) **Glossário de álcool e outras drogas.** Glossário de álcool e drogas / Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2006. Disponível:www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf. Acesso em: 21/ 10/ 2014.

BROUSSE, H.(2007). **O uso do objeto**. In: Latusa digital- ano 4- número 30- setembro de 2007. Disponível em: www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_30_a2.pdf. Acesso em: 3/02/2015.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. (2008). **Urgência subjetiva e clínica psicanalítica**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 11, n. 4, p. 640-652, Dec. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/11/2014.

CALDAS, H. (2012). **Salvar a pele que se habita**. In: Papers 8- VIII Congresso de la AMP, 2012. Disponível em: www.congresoamp.com/pt/Papers/Papers-008.pdf. Acesso em: 27/12/2014.

CAREW, V.(2009). **El Otro social y la dirección de la cura en la clínica de las toxicomanías**. In: Introdução a la clínica con toxicomanias y alcoholismo, vol.II. Org. Fabián Naparstek. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

DALGALARRONDO, P (2008). **Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas**. In: Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREUD, S. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: *Pequena coleção das obras de Freud*; trad. P.D. Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1973. V.2.

_____ (1911). **Formulações sobre os Dois Princípios do Acontecer Psíquico** In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Volume 1. Rio de Janeiro. Imago, 2006.

_____ (1912). **A dinâmica da transferência**. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Vol.10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1913) **O Início do Tratamento**. In: In: Sigmund Freud. Obras Completas. Vol.10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1914) **Recordar, Repetir e Elaborar**. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Vol.10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1915) **Observações sobre o amor de transferência**. In: Sigmund Freud. Obras Completas. Vol.10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1919) **Linhas de progresso da terapia psicanalítica**. ESB. vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1969.

_____ (1920). **Além do Princípio do Prazer**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Volume 2. Rio de Janeiro. Imago, 2006.

_____ (1930). **Mal-estar na civilização**. In: Sigmund Freud. *Obras Completas*. Vol.18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FIGUEREIDO, A. C. (2005) **Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial**, em *MENTAL- Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC- Barbacena*, ano III, Nov. 2005, p.43-55.

FREIRE, A. B.; MALCHER, F. (2013) **Laço social na psicose: impasses e possibilidades**. *Ágora (PPGTP/UFRJ)*, v. XVI, p. 119-133, 2013.

LACAN, J. (1951 / 1998). **Intervenção sobre a transferência**. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____ (1953 / 1998). **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____ (1955-6) **Seminário – livro 3. As Psicoses**. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.

_____ (1958 / 1998). **A direção do tratamento e os princípios de seu poder**. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed

_____ (1962). **Seminário- livro 10, A angústia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 2005

_____ (1972-1973). **Seminário- livro 20, Mais, ainda**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2008.

_____ (1974). **O triunfo da religião**. In *O triunfo da religião, precedido de Discurso aos católicos* (A. Telles, Trad., pp. 55-83). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____ (1975). **“Jornadas de estudos dos Cartéis da Escola Freudiana: sessão de Encerramento”**. In: *Documentos para uma escola. Revista da Escola Letra Freudiana*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, n. 0, p. 110-119, 1983.

LAIA, S. (2003) **A psicanálise e as novas instituições**. *Opção Lacaniana*, v. 38, p. 116-121, 2003.

LAURENT, E.(1988). **Tres observaciones sobre la toxicomania TYA** (Toxicomanias yAlcoholismo)Disponível:www.wapol.org/es/las_escuelas/TemplateImpresion.asp?intPublicacion=4&intEdicion=1&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=168&intIdiomaArticulo=1. Acesso em: 20/10/2013.

_____ (2007). **O analista cidadão**. A Sociedade do Sintoma. A psicanálise, hoje. Rio de Janeiro. Opção lacaniana, número 6. Contra Capa Livraria, 2007.

_____ (2011). **“Post- war on drugs?” Como a psicanálise pode contribuir para o debate político sobre as drogas**. In: Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana. Belo Horizonte. Scriptum Livros, 2011.

MARON, G. (2008). **Urgência sem emergência?** Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro. Editora Subversos, 2008.

_____ (2012). **A dimensão aditiva do sintoma**. In: Opção Lacaniana online nova série; ano 3, número 7; março de 2012. ISSN 2177-2673. Disponível: www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero7/texto5.html. Acesso em: 15/12/2014.

MARTINS, V. (2009). **O recurso à droga nas psicoses: entre objeto e significante**. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica). 2009.

MARTINS, V; BASTOS, A. **O recurso à droga nas psicoses: desencadeamento, modos de estabilização e suplências**. In: A materialidade da psicanálise. Organização (Anna Carolina Lo Bianco), Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. P.183- 201.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003). **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – 1ª ed**. Brasília – DF.

MILLER, J. -A. (1988) **“Jacques Lacan e a voz”**. Colóquio sobre a voz ocorrido em Ivry, em 23 de janeiro de 1988.

_____ (2011). **Perspectivas dos Escritos e outros Escritos de Lacan**. Entre desejo e gozo. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor Ltda, 2011.

MIRANDA, M. (1998) **Toxicomanias: onde opera o analista?**In: O brilho da infelicidade. Kalimeros- Escola Brasileira de Psicanálise- Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs)- Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, p. 141- 148.

MONTEZUMA, M. A. (2001). A clínica na saúde mental. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

MOURA, F. et al. (2009). **A técnica dos ‘ artigos sobre a técnica e o lugar do analista**. In: Psicanálise e Laço social. Org (Fernanda Costa- Moura). Viveiros de Castro Editora Ltda, p.105- 118.

NAPARSTEK, F.(2008). **Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008.

_____ (2010). **Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2010.

NICODEMOS, J. (2013) **Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: A clínica na intersectorialidade**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Pesquisa e Clínica em Psicanálise na Universidade do Rio de Janeiro).

OLIVIEIRI, F. A. (1998) **psicanálise diante da toxicomania**. In: O brilho da in: Felicidade. Kalimeros- Escola Brasileira de Psicanálise- Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs)- Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, p. 173-178.

QUINET, A. (2007). **As 4+ 1 condições de análise**, 9 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2002.

_____ (2009). **Teoria e clínica das psicoses**, 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

RECALCATI, M. (2003). **Sobre la práctica com los grupos monosintomáticos**. in: **Clínica del vacío: Anorexias, dependencias y psicosis**. Madrid (España): Síntesis Editorial, 2003.

_____. (2004). “A questão preliminar na época do Outro que não existe”. In: *Latusa Digital*- ano 1- número 7- julho de 2004. Disponível: www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf. Acesso em 19/01/2015.

SANTIAGO, J. (2001). **A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

SILLITTI, D. (2000). **¿ La droga: objeto?** In: SILLITTI, D.; SINATRA, E. S.; TARRAB, M. (Orgs.). *Más Allá de Las Drogas: estudios psicoanalíticos. Sujeto, goce y modernidad*. Nueva serie. La Paz: Plural Editores. p.115-117

SILVA, R. (2011). **No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra**. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Almanaque On- line número 9. Disponível: www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/09/textos/No%20meio%20de%20todo%20caminho-Rose-final.pdf. Acesso em: 26/07/2014.

SINATRA, E. (2010). **La nomimación, la función del tóxico y las formulas de la droga**. In: *Todo sobre las drogas?* Buenos Aires. Grama, 2010.

SOLER, C. (1991) **Artigos clínicos: Transferência, interpretação, psicose**. Salvador, 1991

SOTELO, J. et al. (2007). **Cuando el psicoanálisis no responde a lo que le es históricamente típico: Los nuevos centros de atención psicoanalítica**. III Encontro Americano do Campo Freudiano. Disponível em: <http://www.eamericano.org>. Acesso em: 22/10/2013.

SOUZA, N. (1991). **A Psicose: Um estudo Lacaniano**. Rio de Janeiro. Campus, 1991.

STEVES, A. (1999). **Psicanálise e Saúde Mental**. In: *Curinga*, n.13, Belo Horizonte, 1999, p. 42-48.

_____ (2005). **El error del toxicômano**. In: *Pharmakon 10: Efectos de tratamentos de toxicômanos en instituciones*. SALAMONE, L. D. & MILLER, J.. Belo Horizonte: Tya/Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

.TARRAB (2000). **El derecho a no ser anónimo**. In: *Más allá de las drogas*. Estudios Psicanalíticos. Bolívia. Plural Editores.

TÉNORIO, F. (2001). **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Rios Ambicioso, 2001.

_____ (2002). **A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos**. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2002.

TEXEIRA, M. L. **Nascimento da Psiquiatria no Brasil**. Cadernos do IPUB número 8, 1997.

YASUI, S. (2010). **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VIGANÒ, C. (1999). **A construção do caso clínico em Saúde Mental**. In: In: *Curinga*, n.13, Belo Horizonte, 1999, p. 50-59.

ZENONI, A.(2000). **Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan**. Revista Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p. 12-93.

_____ (2002) “**Orientação analítica na instituição psiquiátrica**”. Mental n 10, maio de 2002, Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée – EEP.