

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
**Daniela Balthazar de Lemos**

Reflexões sobre a Clínica no Sistema Único de Saúde:  
Algumas Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam Álcool e  
Outras Drogas a partir do olhar de uma Estudante de Graduação.

Porto Alegre  
2011

**Daniela Balthazar de Lemos**

Reflexões sobre a Clínica no Sistema Único de Saúde:  
Alguns Olhares e Palavras de uma Estudante de Graduação sobre  
o cuidado de pessoas que usam Álcool e Outras Drogas.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado no Instituto de Psicologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Sandra Torossian

Porto Alegre  
2011  
Daniela Balthazar de Lemos

**INCURSÕES PARTICIPATIVAS NAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS: ENSAIOS DE CIDADANIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado no Instituto de Psicologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Sandra Torossian

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Sandra Torossian  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul

---

Dr. Deise Cardoso Nunes  
Centro de Atenção Psicossocial em Álcool  
e Drogas do Centro de Saúde Vila dos  
Comerciários

**Porto Alegre, 13 de dezembro de 2011**

## RESUMO

Esse trabalho propõe-se a fazer um relato de experiência a partir das vivências de Estágio em Processos Clínicos e de Monitoria PET-Saúde UFRGS (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade do Rio Grande do Sul) em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) e no Programa de Saúde da Família Divisa (PSF Divisa) no Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre.

Para isso, pensa-se a experiência prática da clínica vivenciada pela graduanda em psicologia com sujeitos com problemas com Álcool e outras Drogas a partir de alguns pressupostos teóricos relacionados ao tema: toxicomania como sintoma social, clínica psicanalítica, trabalho em equipes no Sistema Único de Saúde (SUS), Política de redução de Danos.

Palavras-Chave: álcool e outras drogas; CAPS ad; Sistema Único de Saúde; toxicomania, sintoma social, Política de Redução de Danos.

## ABSTRACT

This paper proposes to make an experience report from the experiences of Internship in Clinical Processes and Health Monitoring PetSaude-UFRGS (Education Program of Work for Health of the University of Rio Grande do Sul) in a Psychosocial Care Center Drug and Alcohol (CAPS ad) and the Family Health Program Currency (Currency PSF) in the Sanitary District Gloria/ Cruzeiro/ Cristal in the city of Porto Alegre.

For this, it is thought the practical experience of clinical psychology graduate student experienced by individuals with problems with alcohol and other drugs from some theoretical assumptions related to the theme: addiction as a social symptom, psychoanalytic, teamwork in the public health System (SUS), harm reduction policy.

Key-words: alcohol and others drugs; CAPS ad; public health System (SUS); social symptom; addiction; harm reduction policy.

## Sumário

ESTAGIANDO NO SUS.....	10
DESDE QUE O MUNDO É MUNDO... ..	15
RELAÇÕES DE USO, TOXICOMANIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	16
SUS, TOXICOMANIAS, SINTOMA SOCIAL.....	22
... E A REDUÇÃO DE DANOS?.....	35
MAIS UMAS PALAVRAS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

Dedico, em primeiro lugar, este trabalho a mim mesma, por ter suportado esta longa caminhada de formação; depois aos meus pais e às minhas vós, por todas as vezes em que a insuportabilidade dessa caminhada bateu à minha porta e eu mesma me tornei insuportável, eles terem conseguido me suportar nestas horas e também me ajudar a seguir adiante. E à Sandra, minha orientadora que com sua alegria e com sua forma “leve e arejada” de nos transmitir os conhecimentos da psicanálise e da saúde coletiva, através de seu exemplo como professora e profissional da saúde, ter me mostrado, em diversos momentos, algum caminho mais suportável para seguir adiante. Pois parafraseando Nietzsche:

*“sempre coloquei nos meus escritos toda minha vida e toda minha pessoa,  
ignoro o que possam ser problemas puramente intelectuais”,*

sempre me coloquei inteira e intensamente em todas as experiências que tive durante esta trajetória de formação, o que me faz ignorar o sofrimento humano como sendo puramente intelectual ou um objeto a ser conhecido à distância pelo observador, mas sim sentindo-o e vivenciando-o diretamente na minha vida e no meu ser em suas multiversas formas, como pessoa/psicóloga.

*“... o contrário da dependência não é a abstinência,*

*o contrário da dependência é a liberdade...”*

Durante minha trajetória de formação no curso de psicologia obtive vários aprendizados importantes, que vão muito além de aprendizados de uma técnica ou prática psi: aprendizados que são também para e pela vida, que não se restringem apenas à formação do profissional psicólogo, mas sim ao sujeito psicólogo em construção/formação. Todas as experiências práticas que tive durante este processo – tanto os estágios, quanto os projetos de pesquisa e extensão, entre outros-, me trouxeram vários aprendizados, em sua maioria, difíceis de mensurar e colocar em palavras. Aprendizados estes em que me foi necessário muitas vezes a desconstrução de pré-conceitos de idéias, de ideais e de pensamentos, além da necessidade de aprender a ter abertura ao desconhecido e ao imprevisível. Acredito que, quando se trabalha com o ser humano, principalmente com o sofrimento humano, a flexibilidade é algo essencial, pois na vida nada é estanque, nada é igual, tudo está em movimento, está em transformação. Da mesma maneira que existem inúmeras teorias muito diferentes entre si para explicar os mesmos fenômenos, as diferentes pessoas também expressam em si com suas singulares subjetividades-, os mesmos fenômenos de formas muito diversas umas das outras; dessa forma, para entendê-las em suas singularidades, penso que há a necessidade de conseguirmos nos descentrar dos saberes-poderes enraizados em nós, nos despir de nossos julgamentos e pré-conceitos, sendo flexíveis para conseguir escutar de verdade o sofrimento do outro, e dessa forma ajudá-lo nessa difícil arte que se é viver a vida. Vida essa que, para a maioria das pessoas, está cada vez mais pesada de se viver, mais dura, mais angustiante e muitas vezes, mais sem sentido. Sentido este que vai sendo, desesperadamente, buscado em todos os lugares- ou, às vezes, em lugar nenhum. Lugares estes que podem ser buscados para além dos territórios existenciais- de vida e de morte-, mas que também são buscados em objetos, idéias ou ideais: e daí encontramos os “super-endividados” que devem enormes quantias de dinheiro a estabelecimentos comerciais, bancos, agiotas, etc; vemos os fanatismos de todos os tipos- políticos, religiosos, acadêmicos; e, como não poderia deixar de ser, vemos as pessoas que tentam buscar algum sentido para as suas vidas através do uso de substâncias que alterem seus estados de consciência “normal”- como o álcool, as drogas ilícitas, as medicações vendidas em farmácias, os chás alucinógenos, entre tantas outras

substâncias que trazem ao ser humano, momentaneamente, a expansão de sua consciência para um pouco além dessa cotidiana de muito trabalho, sofrimento, dor, angústias e misérias. Há os que digam que esta seria uma bengala- fumar crack, maconha, cheirar cocaína, cola de sapateiro, entre outras. Pensando por esta lógica me questiono: tomar um “pileque” para esquecer dos problemas ou um uísque no fim do dia pra dar aquela desopilada, ou mesmo ingerir o Diazepam ou a Fluoxetina pra poder dormir ou se manter acordado, também não seriam, então, bengalas para agüentar a dureza do dia-dia? Todas essas substâncias – entre as muitas mais que a mente humana consegue desenvolver e que as pessoas utilizam com o intuito de escapar da realidade e transcendê-la- alteram, em maior ou em menor grau o estado “natural” do psiquismo, alterando também as percepções das pessoas em relação ao mundo que as cerca- tanto as sensoriais, quanto as motoras e intelectuais. Agindo no sistema nervoso, na mente e na consciência o uso de substâncias psicotrópicas, em certa medida, alivia a tensão e as angústias das pessoas, podendo, sim, trazer, mesmo que momentaneamente, algum sentido para tanta amargura e sofrimento- nem que este sentido seja o de ficar tranqüilo, conseguir dar risada, espairar a mente por alguns instantes, ou mesmo, conseguir dormir em paz por algumas horas. Acredito que o problema não está em alterar as consciências de vez em quando- todos nós fazemos isso em diferentes formas e graus, não?-, mas que o problema está quando não se consegue mais viver a realidade da vida cotidiana sem lançar mão de algum desses mecanismos de alteração da consciência e quando o uso desses mecanismos passa a sobrepor todos os outros que temos também disponíveis para tal: todos os outros prazeres e distrações da vida, como a arte, o lazer, os esportes, entre tantos mais. O problema se dá quando a pessoa, por seus motivos particulares, passa a depender de tal objeto, substância, ou lugar para suportar a insuportabilidade de seu cotidiano e passa a usar de tal mecanismo- não de vez em quando, mas de vez em sempre- para conseguir viver; quando tal uso passa a lhe trazer mais prejuízos do que suportes em suas vidas, prejuízos que vão desde os materiais, passando pelos biológicos e psíquicos: quando a pessoa, ao invés de conseguir viver passa a apenas conseguir morrer. A partir daqui podemos adentrar em outra discussão, mais filosófica, sobre o direito de morte e de vida dos seres humanos, mas não é o intento deste trabalho.

O tema da toxicomania há muito tempo me chama a atenção e me produz questionamentos o tempo todo, tanto pela violência e devastação que geralmente causam na vida das pessoas que se tornam toxicômanas, quanto em relação ao fato observável de que nem todas as pessoas que são usuárias de drogas se tornam toxicômanas. Há muito me questiono sobre qual é a diferença existente entre uns e outros, o que acontece e o que faz com que alguns consigam fazer uso recreativo de drogas e outros se tornem ferozmente “dependentes” destas. Me inquieta que, apesar de todo o aparato da mídia para veicular notícias sobre o perigo e a prevenção do uso das drogas, assim como as tentativas das polícias e governos - nacionais e mundiais- de combate ao tráfico, cada vez mais, todos os dias, crescem as “toxicomanias” e o tráfico de drogas ao redor do mundo, havendo, claramente, um paradoxo nesta relação entre combate ao tráfico e crescimento dele. Será que a solução realmente se encontra na criminalização de alguns indivíduos- tanto dos usuários quanto dos traficantes de drogas? Ou será que estes são apenas o resultado final de uma forma de funcionamento maior, que engloba a todos, no convívio social? Será que os toxicômanos não estão de alguma forma ratificando o ideal consumista de nossa sociedade ao consumirem, sempre e cada vez mais, seu objeto de consumo, a droga? Será que o tráfico de drogas também não está muito bem inserido na lógica perversa de nossa sociedade capitalista e de consumo, em que o lucro está acima de tudo, e em que para se obter o lucro os fins sempre justificam os meios? Acredito que todas essas discussões são o pano de fundo de uma discussão muito mais profunda e que, porém, quase não se faz – inclusive na nossa formação em psicologia: qual a função da droga em nossa sociedade – ou de qualquer outra substância psicotrópica que altere a consciência dos seres humanos? Estas inquietações me levaram a optar por realizar meu estágio curricular de Processos Clínicos no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC)- ou Postão da Cruzeiro, como é mais comumente conhecido- para estar mais perto das pessoas que vivem- e sofrem- com essa realidade, e conhecê-la em loco, na experiência prática de atendimentos a essa população. Como monitora bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) da faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), também optei por trabalhar com a questão do álcool e drogas na Atenção Primária em Saúde- através do Programa de Saúde da Família (PSF) Divisa- no mesmo ano, 2010, e ver como esta realidade se dá nas Vilas. Estas duas experiências me

oportunizaram ter um contato mais direto e muito próximo com inúmeros sujeitos que sofriam por causa da adicção ao álcool e/ou a outras substâncias psicotrópicas – principalmente o crack. Alguns dos sujeitos que eu atendia no CAPS AD eram também moradores da Vila Divisa; dessa forma, em algumas situações, pude conhecer mais de perto a realidade de vida de alguns pacientes meus ou do CAPS, a partir da realização de visitas domiciliares a suas residências com as Agentes Comunitárias de Saúde do PSF Divisa. A partir desse contato, dos relatos e discursos dos sujeitos que atendi, escutei, acompanhei, pude perceber que a droga em suas vidas, na maioria das vezes, entrava como uma maneira de conseguir transcender um pouco a realidade que os cerca- por alguns momentos ou mesmo constantemente-, realidade essa muito dura, de muita miséria e carências física e material, e de muito sofrimento pessoal e social no entorno deles. Dessa forma, aliando as experiências de 2010- Estágio de Clínica no CAPS AD e monitoria PET na Vila Divisa- tentarei juntar teoria e prática neste trabalho final de conclusão de curso na graduação de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS.

## **ESTAGIANDO NO SUS**

Optei por realizar meus três estágios curriculares obrigatórios no Sistema Único de Saúde, por acreditar, de antemão, que esse seria o local onde trabalharia após concluir a graduação em psicologia. Dessa forma, quis aproveitar os três estágios obrigatórios- Estágios Básico e de Ênfases- para conhecer e experimentar a realidade de trabalho neste campo de atuação. O SUS, como todo e qualquer outro sistema- seja de pensamento, de vida, de trabalho, etc-, têm suas belezas e suas amarguras, suas facilidades e dificuldades, seus ônus e seus bônus. Pude sentir e viver essas dualidades em diferentes graus em todos os três estágios curriculares que realizei, mas principalmente senti as amarguras desse abismo nas experiências de 2010 no Estágio de Processos Clínicos no CAPS AD e o trabalho de monitora PET, na Vila Divisa. Tais experiências me trouxeram, com toda certeza, grandes aprendizados, bem como uma ótima oportunidade de conhecer a área do trabalho com pessoas que têm problemas com o álcool e outras drogas em nossa sociedade- área instigante, encantadora ao mesmo tempo em que é muito dura de se trabalhar também. Mas esta experiência- ou melhor, todas as que tive no SUS- me trouxeram também muito sofrimento. Sofrimento por lidar com tanto sofrimento humano- para além do sofrimento psíquico-, e com tanta

miséria humana. E também por muitas vezes ver- e fazer parte, pois, como estagiários temos (quase) nenhum poder de decisão nas equipes em que estagiamos - tanto descaso em relação a isso. Descaso de diferentes ordens- desde o da gestão do nosso município em relação à questão do álcool e outras drogas na saúde pública, até o descaso por parte de muitos profissionais do SUS. Descaso que muitas vezes advinha da ignorância. Ignorância de várias ordens e níveis- tal qual o desconhecimento sobre a Política de Redução de Danos, que é a Diretriz de Trabalho com Álcool e Drogas do Ministério da Saúde!-, de muitas pessoas e instituições, e muitas vezes nesse entremeio, a impossibilidade de se trabalhar e fazer o que, acredito, deveria ser feito para ajudar as pessoas- tal como se trabalhar em rede, seguir e facilitar que sejam cumpridos os Princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade ao acesso à saúde no SUS. Sofri ao ver que, muitas vezes, ignorância gera entraves ao trabalho, e entraves no trabalho em equipes geram, na maioria dos casos, falta de cuidados dignos aos usuários do SUS, que é quem, geralmente, acaba “pagando o pato” por causa dos muitos entraves que ainda existem ao e no trabalho em equipes no Sistema Único de Saúde. Essa dignidade de que falei, para mim, depende, em primeiro lugar das pessoas que estão na Gestão desse Sistema, e infelizmente, aqui em POA isso vai muito mal: há um grande retrocesso em toda a área da Saúde Mental em nosso Município, principalmente no tocante ao trabalho com Álcool e outras Drogas, com crescentes pressões para a hospitalização e internações longas a estes usuários em Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas; em 2010 houve a pulverização do Programa de Redução de Danos do nosso Município; não incentivo à rede substitutiva de saúde, principalmente à não abertura de CAPS ADs em todos os Distritos Sanitários de Porto Alegre, entre outras questões. Em segundo lugar vejo que o SUS também depende, essencialmente, dos profissionais que lá trabalham e que o fazem acontecer – a forma como fazem, o entendimento que têm desse trabalho, bem como suas implicações nisto. E, pelo que tive contato nesses últimos três anos com diversos profissionais do SUS em POA, a coisa também não vai muito bem. Com certeza tem muita gente boa, implicada, e com muita vontade de fazer o melhor que pode no SUS, e isso é algo muito bonito de se ver e de se ter contato como pude ter nos locais por onde passei. Porém, acredito que a maioria das pessoas que trabalham no SUS AINDA são pessoas que encaram esse trabalho como um “bico”, uma “garantia de estabilidade financeira” e que não entendem muito bem a dimensão e a responsabilidade que se tem quando se trabalha com a saúde

pública e coletiva nesse país, e que, infelizmente, de alguma forma ou de outra, atravancam esse processo de construção do SUS. Esperançosamente, creio que daqui a uns bons anos esta realidade de trabalho esteja melhor, pois, com a reforma curricular dos cursos da saúde, com certeza, pessoas mais qualificadas, capacitadas e com uma mentalidade mais adequada à epistemologia do trabalho na saúde pública e coletiva estarão no SUS e, provavelmente, muitas das dificuldades e “enroscos” que se têm hoje já terão sido dissipadas, ou ao menos, amenizadas.

Acredito, também, que boa parte da dificuldade que senti nas experiências de 2010 se deve ao fato de a questão do trabalho com Álcool e Drogas ser um “tema recente” na área da saúde pública, onde há poucos anos, houve a criação de serviços especializados para o tratamento das toxicomanias, sendo o CAPS AD uma equipe recém-formada (indo para o seu quarto ano de existência em 2010), bem como ainda não era uma equipe completa e credenciada pelo Ministério da Saúde- o que, por si só já gera grandes dificuldades na viabilização do trabalho naquele estabelecimento de saúde pública que atende grande parte da população de POA. Em contrapartida, também não temos e não fazemos muitas discussões a respeito deste tema aqui dentro da academia, principalmente no Instituto de Psicologia da UFRGS: não temos nenhuma cadeira curricular obrigatória, nem eletiva, diretamente relacionada à questão do álcool e drogas. Algumas poucas discussões conseguem ser feitas a respeito com alguns professores e colegas nos espaços de algumas aulas, mas o foco nunca é a questão do álcool e drogas em nossa sociedade e no trabalho da psicologia, sendo que as poucas discussões que são feitas, acredito, são insuficientes para preparar e instrumentalizar os estudantes em formação neste instituto. Esta discussão precisa ser feita aqui dentro, na graduação, principalmente dada à realidade da saúde pública de nossa cidade (para não dizer do nosso país!): a questão do uso abusivo das drogas – em evidência o crack- está sendo umas das centrais no momento, principalmente em Porto Alegre com relação aos lugares destinados ao tratamento “das pessoas AD”- utilizando o vocabulário em voga por aí. Há retrocessos gritantes na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10. 216), na questão da abertura de leitos em hospitais para este público de pessoas, bem como as controversas sobre as comunidades terapêuticas e os CAPS AD – os já existentes e os que estão sendo criados. Dessa forma, vejo que a academia precisa acompanhar o ritmo e a realidade da sociedade, participando dos debates que lá acontecem, colaborando com

eles e dessa forma, preparando os alunos de acordo com a realidade do mundo em que vivem, produzindo saberes e conhecimentos pertinentes à nossa sociedade em que vivemos e atuamos desde já, em nossos estágios e experiências de pesquisas e extensão, entre outras. Esse recorte é um entre tantos que se dá pra fazer. É o recorte de uma pequena parcela da população mais desfavorecida da cidade de Porto Alegre, que habita o território do Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal e que procurou ajuda nos serviços de saúde CAPS AD e PSF Divisa. Espero também conseguir através deste trabalho de conclusão de curso (TCC) colaborar para que sejam feitas mais reflexões aqui dentro da universidade a respeito do tema, da clínica e do trabalho com pessoas com problema com álcool e outras drogas.

*\*Começo a escrever sobre o estágio apenas hoje, um mês depois de ter iniciado. Não que não sentisse vontade de fazer isso antes, ou necessidade. Apenas não o fiz. Acho que tem a ver com a história que ouvi ontem no grupo de quarta, no CAPS, a história de M.P., um guri de 17 anos. História cruel, violenta, triste. Horrível. Violências. Muitas violências sofrem essas pessoas, violências de todas as ordens, de todos os lugares, de todas as instituições. Violência social que não os deixa se desenredar da Vila (no caso de M.P. , a Vila Orfanotrófio).*

*Após ouvir sua história, da qual tenho certeza de que nunca me esquecerei, e nem os outros participantes do grupo, penso: **que alívio que não estou mais como monitora PET no PSF Orfanotrófio!** Alívio. Grande alívio. Sabia que aquela Vila era bem complicada, com um feroz tráfico tomando conta, mas não tinha noção da crueldade de que são capazes lá. Fiquei imaginando como seria novamente caminhar por aquelas ruas, fazendo visitas domiciliares (VDs) com o Agente de Saúde, João, depois de ouvir o que ouvimos do M.P. Não seria a mesma coisa que foi quando, em Janeiro, fomos fazer aquelas VDs. Nunca mais andaria pelas ruas do Orfanotrófio como andei depois de ouvir essa história. Me pergunto fortemente: **será que eles precisam de nós, da saúde? Será mesmo?***

*M.P. não usa mais drogas, inclusive o crack, depois do ocorrido. Será que é uma questão da saúde mesmo essa coisa do crack? Acredito, sempre acreditei que não, e, acho que agora mais ainda ouvindo o outro depoimento, o de L., que claramente nos disse: **“Me faltou oportunidade na vida”** (sic). L. teve que começar a trabalhar com 10*

anos de idade e não pôde mais ir à escola. Se sente frustrado quando tenta aprender e vê que não consegue, que **“não tem jeito pra isso”**. Sempre foi muito bom nos trabalhos que teve, serigrafista. Até afundar no crack: **“Isso é a rapa da panela do diabo”** alguém lhe avisou antes de experimentar a droga. Mas L., que já cheirava pó, não escutou o que lhe disseram e se entregou ao rapé do diabo. Tirando o crack, sempre teve uma vida profissional muito difícil, de muitas pressões e exigências dos outros com ele e dele consigo mesmo. Sofreu bastante em seus trabalhos, fez muitas horas-extras que nunca foram remuneradas. E sofria calado. **“Nem tão calado”**, disse. Cheirava, bebia, etc. durante esses “serões” para agüentar o tranco. *Questão de saúde pública? Novamente me questiono. Parece-me mais ser questão de saúde humana, de humanidade. E questão social, trabalhista. O que L., em sua posição de técnico de serigrafia- em nenhum momento estou desprezando seu conhecimento-, e que estudou apenas até os dez anos, conseguia fazer em seu favor frente às adversidades do seu trabalho? Apenas respondia à demanda de produção. Produzir sempre e cada vez mais serigrafia para que outros consumam seu trabalho sempre e cada vez mais. E L. consumia drogas sempre e cada vez mais para conseguir lidar com essa demanda do Outro, sempre e cada vez mais insuportável para ele- seria caso para a saúde do trabalhador? E assim o crack entrou na sua vida: “Meu, o cara me disse aquilo, me avisou pra eu não usar e eu usei! Eu usei! Não dei bola. E olha onde eu fui parar”.* L. foi morar nas ruas, virou mendigo por uns tempos, comeu comida de lixo. De lixo! (“Vi ontem um bicho na imundície do pátio catando comida entre os detritos/ Quando achava alguma coisa, não examinava nem cheirava: engolia com voracidade/ O bicho não era um cão, não era um gato, não era um rato/ O bicho, meu Deus, era um homem”/Manuel Bandeira). L. não tem vergonha ou receio de falar isso. Fala para todos, fala sempre que pode. E se segura nisso para se manter sem usar drogas. E por falar de mendigo, me lembrei do morador de rua que frequenta o CAPS, o M. Não sei se ele é mendigo, mas é morador de rua. Já o tinha visto muito por aí, pelo BomFim – o bairro onde mora- antes de conhecê-lo no CAPS ad. M. e sua mochilinha rosa, de criança. M. que sempre puxa assunto comigo, troca idéias. Boas idéias. M. que está sempre vestido socialmente com paletó, calça social, e sapato: **“Já trabalhei como segurança em casa noturna, na Goeth. Tinha que ter roupa social”**(sic). Também foi pizzaiolo. E agora está na rua. Mas tem mãe, a mãe que ele levou na consulta com a Elaine. A mãe que só brigou com ele durante a consulta, que não o entendeu. Aliás,

*segundo M., todos brigam com ele em algum momento: “vou morrer espancado nas ruas. Vão me matar assim”, era o triste destino que via traçado para si. No primeiro dia em que falei com ele já foi me avisando: “ninguém me agüenta, todos os lugares me expulsam. Já fui expulso de vários serviços de saúde”- caso de saúde pública ou do quê? Mas. M. diz não saber o porquê de lhe expulsarem desses lugares: “brigam comigo”. Os Outros, sempre o Outro. Ah, como diria Sartre, o inferno são os outros!*

\* (Trecho retirado do meu diário de campo elaborado durante o estágio em 2010).

## **DESDE QUE O MUNDO É MUNDO...**

Na história da humanidade sempre houve o consumo de psicotrópicos e as drogas sempre fizeram parte de diversas culturas ao redor do mundo. O uso de drogas não é uma invenção das sociedades pós-modernas. Porém, em cada cultura o uso de algum tipo de substância psicoativa é entendido de formas diversas, podendo haver, ou não, diferentes simbolismos e funções atribuídas às drogas. Os indígenas sempre fizeram uso de substâncias que, segundo eles, os faz entrar em contato com seus guias da natureza; no Oriente usa-se o ópio de diversas maneiras; em alguns países da América Andina faz-se o uso da folha de coca como “medicamento” para suportar os efeitos advindos das altas altitudes em que se vive. Entretanto, como refere Joel Birman (1999), em seu livro intitulado “*O Mal-estar na atualidade: a Psicanálise e as novas formas de subjetivação*”, nas sociedades ocidentais cada vez mais as pessoas estão fazendo uso desses tipos de substâncias não atribuindo simbolismo algum a elas, fazendo parte também da lógica ocidental do consumo como via de se obter algum tipo de gozo e satisfação momentânea. Também o uso de substâncias psicoativas, muitas vezes é feito como forma de transcender a realidade que atordoa os sujeitos, alienando-os dela, sem no entanto, estes intentarem ou conseguirem modificá-la ou transformá-la (Birman, 1999). Entre as décadas de 50 e 60 “o consumo de drogas se inscrevia em uma cultura, em uma ética, e realizava uma crítica da cultura instituída. Mediante as experiências através das drogas, se contestavam os valores tradicionais” (Birman, 1999, p. 221). A partir da década de 60 houve uma mudança na perspectiva de uso de drogas nas sociedades ocidentais, e este uso deixou, pouco a pouco, de se inscrever nos quadros da visão de mundo da contracultura e foi perdendo seu simbolismo de acesso a um outro mundo possível, passando a fazer parte, também, da lógica da sociedade capitalista e a

funcionar para algo da ordem do gozo e não mais do êxtase e da transcendência; transformara-se, principalmente, em empreendimento econômico, em objeto de lucro, deslocando-se do campo regulado pela economia dos signos para o campo da economia política. Birman (1999) observa também que na maioria dos países produtores, as drogas se inscrevem em rituais religiosos e nas práticas sociais. Nos países consumidores, a maioria dos usos que se faz das drogas se inscreve em um outro registro no qual não existem processos simbólicos que justifiquem a ingestão delas, sendo que seu consumo se dá pela questão do real, se dá pela questão da busca pelo gozo através do consumo de objetos pelos sujeitos, transformando-se em valor de uso apenas (Birman, 1999), perdendo a relação de inserção simbólica, histórica e religiosa. Para o autor, a produção das toxicomanias se inscreve nesse abismo que há entre essas duas lógicas diferentes em relação ao mesmo objeto, o uso de drogas.

### **RELAÇÕES DE USO, TOXICOMANIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Toxicomania e dependência química são nomes diferentes que podem conceituar um mesmo fenômeno, mas que, carregam concepções médicas, filosóficas, sociais e ideológicas diferentes. Dentro mesmo da psicologia há diferentes teorias (como a terapia cognitivo comportamental, a psicologia analítica, a psicanálise, etc) que pensam de formas distintas esta questão, e que assim têm diferentes abordagens para o tratamento das toxicomanias. O viés da dependência química ressalta a química em detrimento do sujeito (Torossian, 1998). O viés da toxicomania aponta para as questões do sujeito e, geralmente, não coloca a abstinência como o requisito principal e primordial do tratamento, mas sua via de trabalho se dá na escuta e descentramento do sujeito do objeto droga (Conte, 1998). Ainda no campo da saúde coletiva, prefere-se a referência às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Por entender que esses termos não são excludentes, referiremo-nos às toxicomanias sempre que apontarmos para as questões do sujeito.

*\*Z., 48 anos, chega ao CAPS ad encaminhado pela médica de família, a “Dra. Lú”, do seu Posto de Saúde, o Divisa, em que eu também ia semanalmente por causa da monitoria do Pet-Saúde. Durante 2010, fiz algumas visitas domiciliares à Z. e sua família, conhecendo um pouco melhor todo o “enrosco” familiar existente. O “problema” de alcoolismo não está entre suas queixas principais, e sim o desemprego,*

*a falta de oportunidades de trabalho para ele, o preconceito e a discriminação por sua idade, sua obesidade, o problema no joelho piorado por causa da obesidade, e algumas outras queixas que aos poucos, vão aparecendo durante as consultas individuais.*

*Seu Z. - forma respeitosa com que eu o chamava- tem um casal de filhos e é separado, sendo que todos moram em Cachoeirinha. Z. diz que já usou vários tipos de drogas, e que conseguiu largar todas, sozinho. Conta que a cachaça também está largando, aos poucos. Reconhece que não é de uma hora pra outra que, uma pessoa que há pouco tempo atrás tomava 3 litros de cachaça por dia vai parar de beber. Mas diz que está conseguindo reduzir, diz saber da medida que pode tomar sem causar problemas: três caipirinhas de cachaça. Além dessa dose, fica “daquele jeito”(sic). Z. conta que sempre aconteceu algum fato marcante em sua vida que lhe fez parar de usar a droga de escolha daquele momento. Como exemplo, traz que já usou cocaína injetável, mas que, uma vez se meteu em confusão com a polícia, o levaram, ele ficou alguns dias desaparecido, apanhando dos policiais, até que sua mãe ficou sabendo que ele estava lá. A mãe foi até a Delegacia, e fez com que os policiais lhe entregassem o filho de volta. Os policiais, então, lhe contaram que seu querido filho se injetava, e mostraram os braços dele pra mãe. Envergonhado pela decepção da mãe e por tudo o que passou, por ter feito sua mãe sofrer naqueles dias de desaparecimento, Z. resolveu não usar mais cocaína injetada, e, segundo ele, nunca mais usou.*

*Seu Z. tem origens bugre: sua avó era curandeira, sabia fazer vários chás, era procurada pela comunidade por isso e também por que era parteira. Era uma pessoa muito boa, cuidava das crianças que as mães não tinham com quem deixar durante o dia. Cuidou dele e da irmã também. Porém, diz que bebe álcool desde pequeno: todo dia de manhã, sua avó fazia um chá pra ele e pros irmão em que colocava cachaça. Porém, de acordo com Z., como aquecia- “e o chá era bem aquecido no fogão!”( sic)- o álcool evaporava. Diz que seu avô e seu pai bebiam todos os dias. Lembra que cansou de fugir de casa com a mãe no meio da noite para conseguir chamar a polícia, depois das brigas entre seu pai bêbado e a mãe. Mas apesar disso, diz que teve um ótimo pai, que lhe educou e lhe ensinou a ter responsabilidade. Os pais se separaram em algum momento, e Z. diz que as coisas se acalmaram. O pai nunca perdeu o contato com eles.*

*Em certa consulta, Z. conta o que aconteceu para querer parar de beber cachaça: um incêndio que começou em sua casa, e se alastrou para quatro casas vizinhas à sua, queimando tudo, tudo o que ele e os vizinhos tinham. Isso foi em Cachoeirinha. Por isso não mora mais lá, e voltou a morar com sua mãe em Porto Alegre, no bairro em que passou a infância, o Cristal. Z. diz que a culpa não foi dele, apesar de se sentir culpado e não conseguir, por mais de um ano, voltar à comunidade em que morava em Cachoeirinha. Diz que foi comprar cigarros no mercadinho e quando voltou havia dado um curto-circuito na rede elétrica, iniciado em sua casa. Fala que alguns vizinhos, pessoas da comunidade que não gostavam dele, e até os próprios filhos, o acusaram de tentar incendiar a casa. E que, apesar de a perícia ter comprovado que não foi sua culpa, mas um curto na rede elétrica, ele não conseguiu voltar lá por muito tempo- “**não consigo encarar a comunidade**” (sic). Ficou tão traumatizado com o acontecido, que na hora em que viu as casas pegando fogo ficou paralizado, em choque. Conta que até uma “**tremedeira de família**” que tinha nas mãos passou depois desse episódio, que aconteceu em Abril de 2009.*

*Após contar sobre o incêndio, Z., nas sessões seguintes, passa a sempre rememorar o ocorrido, acrescentando outras histórias a essa, numa crescente elaboração da cena traumática. Conta de sua separação: sua mulher o trocou por outro, o traiu. Apesar de ela vir avisando que iria deixá-lo caso não “melhorasse”, Z. não acreditava em suas ameaças. Até que um dia um amigo lhe avisa que ela tinha outro. Certa manhã, Z. a segue e descobre a traição. Se sente humilhado, envergonhado por isso. Pensa e arquiteta uma forma de matar a ex-esposa. Manda os filhos e netos pra Porto Alegre, visitar a avó. Consegue uma arma e fica num bar perto da casa do amante da esposa esperando a hora de fazer o que pretendia. Até que, um catador conhecido seu percebe que ele está estranho e vai conversar com ele. Não lembra como, mas descobrem o seu intento, chamam a família em Porto Alegre, e a família o impede de matar a esposa. Z. disse que ficou desesperado, chorou muito, bebeu muita cachaça e então decidiu ele se matar. Foi até uma ponte que tem sobre um rio em Cachoeirinha, e ficou lá por um bom tempo olhando pra baixo. Diz que, novamente, um morador de rua conhecido seu, passa por ele e se dá conta de que ele queria se jogar. Conversa com ele e acaba o convencendo a não fazer isso, a irem tomar um trago de cachaça que era melhor. Depois desse episódio Z. conta que*

começou **“a viver uma vida muito louca”** (sic): sua mulher sai de casa, vai morar com o outro, e ele, que trabalhava como segurança noturno começa a viver de festas, bebidas, drogas e jogo. Seus filhos tentam ajudá-lo, mas ele não dá bola, briga com os filhos que eles não devem se meter em sua vida. Sai de casa e vai morar com uns amigos, fica assim por algum tempo até que- não me recordo o motivo- Z. resolve voltar a morar com os filhos. E é aí que acontece o episódio do incêndio. Z. diz que, por causa desse histórico que estava vivendo na época, a traição da mulher, a vida louca, todos acharam que ele botou fogo na casa intencionalmente, **“pois estava louco nessa época”** (sic). Conta que de tanto beber já estava enlouquecendo: falava sozinho, achando que tinha sempre um amigo com ele. Ia pro bar e pagava cachaça pra ele e pro amigo. Mandava servir dois copos de cachaça, até que um dia o dono do bar, seu amigo, lhe chama num canto e lhe diz pra procurar ajuda, tratamento, pois ele estava **“enlouquecendo de cachaça”**. Resolveu parar de beber: saía caminhando pelas ruas sem rumo, viajando por aí, pra desopilar. Conta que tinha finais de semana em que pegava um ônibus para alguma cidade do Estado, passava o dia, e voltava. Foi trabalhar em Caxias do Sul por uns tempos. E agora, que parou de beber, começou a ter várias doenças. Não consegue entender como, **“na época em que bebia não tinha nada dessas porcarias”** (sic), e agora está com várias doenças. Num primeiro momento, atribui estas doenças- obesidade, pressão alta, diabetes- à parar de beber!

Sobre o trabalho, conta que sempre trabalhou na construção civil, diz ser este seu verdadeiro emprego. Só depois que não pôde mais trabalhar nisso passou a ser segurança de festas e guarda-noturno. Indagado sobre o porquê de não poder mais trabalhar em construção, Z. conta que é porque se machucou bastante, e agora não consegue mais fazer muito esforço como subir escadas, nos andaimes, se abaixar, carregar peso... Mais adiante relata que, muitos desses ferimentos aconteceram quando ele estava alcoolizado. Já caiu do andaime duas vezes; na última se machucou bastante e teve que parar de trabalhar em obras. Também já rompeu alguns ligamentos jogando futebol, andando de bicicleta- nestas situações estava alcoolizado. Quando tento retomar com ele que seu corpo está assim agora por causa de um passado de detonações, exageros e não cuidados, Z. diz que está assim é porque parou de beber, como se a bebida lhe desse uma capa mágica e lhe impedisse de ter qualquer doença.

*Relaciona a doença com a abstinência, e às vezes, fala, “brincado”, que “é melhor voltar a beber” (sic). \*(Estudo de caso escrito durante o estágio no CAPS ad)*

Pensar no fenômeno da drogadição através do viés da toxicomania nos permite entender este fenômeno como sendo um sintoma do laço social e não como fazendo parte apenas de uma patologia individual: Freud (1921) já nos falava que toda a psicologia é, também, uma psicologia social e que todo o mal-estar de nossa civilização advém da relação primordial da entrada do homem na cultura, através da interdição do incesto na figura do pai Simbólico. Lacan acreditava que não há subjetividade fora do laço social. Para ambos, os sujeitos apenas passam a se constituir como sujeitos de acordo com essa castração simbólica que se faz necessária a todos na vida em sociedade. Sendo assim, olhamos os sujeitos toxicômanos como sendo sujeitos biopsicossociais, permitindo que se enxergue o problema com o uso de substâncias psicoativas para além apenas do fator orgânico e biológico, mas que está atravessado e constituído também por fatores de ordem psicológica e social. Assim sendo, a cura não será indicada pela abstinência ou não-abstinência, mas sim na escuta do desejo inconsciente e no processo de mudança de posição subjetiva do sujeito em relação ao objeto droga: procurar obter diferentes formas de prazeres na vida além do que obtêm com a droga, pode ser uma via de trabalho de descentramento desses sujeitos à substância psicoativa que lhe causa prejuízos. Percebi nos meus atendimentos clínicos que a grande dificuldade que se tem com esse tipo de paciente é justamente essa, a de que eles consigam encontrar novas formas de sentir prazer sem usar a droga de escolha. Depois de muito tempo de uso de alguma substância psicoativa, os sujeitos se fecham num “circuito” muito massivo com a droga, estabelecendo uma relação simbiótica com o uso e a sensação que advém desse uso, não conseguindo num primeiro momento, na grande maioria das vezes, pensar em prazeres outros que não tenham a substância envolvida. Após longo período de uso da substância, quando sem usá-las, esses sujeitos não conseguem mais sentir pequenos prazeres que sentiam antes de se tornarem adictos. Esse fato soma-se à questão econômica e social desses sujeitos: a maioria que atendi no CAPS ad eram pessoas de classe baixa, que moravam em vilas, onde há escassas oportunidades e espaços para lazer e diversão, e onde há muita oferta de compra fácil de drogas, sendo que muitas vezes, torna-se mais em conta para esses sujeitos gastarem cinco reais numa pedra de crack para sentir prazer e se distrair do que ir para outro lugar

onde gastariam os cinco reais apenas no deslocamento de ônibus. A medicação contém e muito a fissura e a vontade de usar a droga, porém, o lugar e o entorno onde vivem esses sujeitos se apresentam como grande empecilho para eles na busca pela cura. Por essas e outras questões, penso ser muito importante se trabalhar intersetorialmente com profissionais da assistência social, da educação, educação física, artes, entre outros, pois só a saúde não tem como dar conta desse fenômeno das toxicomanias. Seguindo essa linha de pensamento, entendemos a produção das toxicomanias nas sociedades atuais estando relacionada com a produção de subjetividade das sociedades capitalistas e de consumo da época em que vivemos: a pós-modernidade.

A sociedade pós-moderna pode ser caracterizada como “sociedade do espetáculo” (Debord, apud Birman, 1999) ou como estando inserida na cultura do narcisismo (Lasch, apud Birman, 1999). Em ambas as leituras, o sujeito perde suas relações com as idéias de tempo e de história, importando a pontualidade do momento. A memória já não existe tão grande é a ênfase atribuída ao presente. Vivemos, sem dúvida, em uma cultura do descartável, que estimula o consumo em massa, o consumismo desenfreado - tanto de produtos como de pessoas, sendo que tal cultura opera na sociedade pós-moderna produzindo subjetividades com essa mesma lógica, lógica do descartável, do efêmero- levando em consideração, muitas vezes, apenas o momento presente. Produtos não são mais fabricados para durarem por longos tempos, pois, logo já devem ser substituídos por outros mais modernos. Há a procura por um gozo desenfreado, sem limites, nos objetos consumidos, que logo são descartados e trocados por outro novo, diferente e que carrega a promessa de um novo gozo. De acordo com o psicanalista Contardo Calligaris,

a palavra de ordem é gastar, para adquirir, mas é também gastar o adquirido, certamente, para adquirir de novo, como se o gozo se constituísse privilegiadamente no exercício do gasto. Parecemos estar além ou aquém do império dos objetos, numa festa um pouco trágica onde se afirma e vale quem pode e sabe gastar. (Calligaris, 1991, p. 128).

## **SUS, TOXICOMANIAS, SINTOMA SOCIAL ...**

Nosso Sistema Único de Saúde está estruturado a partir do trabalho em equipes de saúde – tanto na Atenção Primária quanto na Secundária- e que tem como Princípios e Diretrizes norteadoras do trabalho a Universalidade, que é o Princípio que diz que a saúde é direito de todos e para todos-; a Integralidade, que prevê a visão integral dos seres humanos, para além apenas de seus sintomas e da doença que possam apresentar, mas em relação dinâmica com seus processos de saúde/doença/ cuidado/qualidade de vida; e a Equidade do acesso à saúde, considerando-se diversos dispositivos e estratégias de cuidados que contemplem os diferentes ritmos e movimentos de cada pessoa na relação com a sua saúde, ao tratá-las diferentemente à medida que se diferenciam e levando em conta as desigualdades sociais (Mayer, 2010). Porém, pelo que experienciei em todas as equipes por que passei, infelizmente ainda é um grande entrave da saúde pública os profissionais das diferentes áreas da saúde conseguirem, de fato, realizar um trabalho conjunto em equipe. Numa equipe não basta apenas um bom convívio entre os diferentes profissionais: é preciso que se construa um trabalho em equipe coletivamente. É preciso que aja o enlaçamento entre as disciplinas e suas dinâmicas, para daí poder extrair indicações que vão sustentar a direção do tratamento e construir uma referência mínima comum ao paciente. Não que as diferenças em formações e formas de se trabalhar sejam algo ruim a priori: acredito que a diversidade faz parte natureza dos seres humanos, seria um absurdo desejar que, numa equipe de saúde, todos trabalhassem da mesma maneira com os mesmos entendimentos, sendo que a diversidade numa equipe pode gerar trabalhos muito ricos. O problema, acredito, se dá quando não se consegue integrar diferentes práticas e formações em saúde num trabalho conjunto e unificado dando uma coesão e um norteamento tanto à equipe quanto ao funcionamento do serviço de saúde. Para Figueiredo (2000), os atendimentos coletivos dependem fundamentalmente do trabalho em equipe- uma equipe sólida consegue solidificar também seus atendimentos coletivos, como grupos e oficinas. O trabalho em equipe pode ressaltar tanto as possibilidades terapêuticas quanto as contradições e dificuldades inerentes ao atendimento em si. Caso a equipe não seja coesa e não tenha clareza em seus propósitos, as diferenças entre seus integrantes podem- ao contrário de enriquecer o trabalho em equipe- tornarem-se intransponíveis, dificultando, e muito, o trabalho de todos. No caso de pacientes toxicômanos, o atendimento em uma equipe

unificada e coesa faz muita diferença, pois são sujeitos que têm como característica um vínculo muitas vezes frágil com as instituições de saúde, necessitando de uma referência institucional sólida. Dessa forma, se a equipe que o atende não estiver coesa e com um trabalho integrado, pode deixar escapá-los por causa de seus próprios furos, e a falta de coesão e afinação do trabalho em equipe acaba se refletindo também na não-vinculação dos usuários do serviço, e, principalmente na sua desvinculação dos espaços de atividades coletivas, como os grupos e as oficinas (Figueiredo, 2000).

A questão do vínculo é uma pedra fundamental para a saúde coletiva, principalmente no SUS. Para Figueiredo (2010), o vínculo deve ser pensado para além da relação entre paciente-terapeuta/ usuário do SUS/profissional de referência: há também que se dar importância, na condução deste tipo de tratamento, à vinculação destes sujeitos com a instituição de saúde que lhes atender:

Sabemos que a transferência se dá em qualquer tipo de tratamento e toma características mais pulverizadas no atendimento em instituição onde um paciente é recebido por diferentes profissionais com funções diversificadas (Figueiredo, p. 127, 2000).

Essa pulverização de que fala Figueiredo pode ser observada em algumas situações em que mais de um profissional atende individualmente algum usuário do serviço e não trocam informações a respeito com os outros profissionais que o atendem também paralelamente, faltando integração das informações para a condução do caso por todos os profissionais que o atendem. Em todos os estágios que realizei no SUS percebi nas equipes essa pulverização- reflexo da dificuldade do trabalho em equipe!-, sendo que muitos usuários do SUS ficavam “soltos” dentro de seus estabelecimentos de saúde, sem ter um profissional de referência que possa recorrer para, entre outras questões, avaliar o andamento do seu tratamento. Muitas vezes, essas pessoas, depois de ficarem algum tempo soltos pelos atendimentos nos serviços de saúde não retornam mais à instituição que o atende, sendo considerado que **“eles é que não aderiram ao tratamento”**. Este é um analisador que fala do funcionamento de inúmeros estabelecimentos de saúde do SUS. A aparente desconexão do paciente toxicômano ao

tratamento e ao serviço de saúde- devido a instabilidade e oscilação deles-, pode ser agravada se a equipe que o atende for também ela desconectada entre si, não tendo um afinamento de trabalho entre seus profissionais. Porém, a visibilidade da desconexão, na maior parte das vezes, apenas recai sobre o usuário do serviço, e no caso dos sujeitos toxicômanos, há a “desculpa” socialmente aceita e que povoa o imaginário dos profissionais de saúde de que **“é este tipo de paciente que não adere ao tratamento mesmo!”**.

Conte (1998), sobre a clínica com toxicômanos, fala que esta se caracteriza por uma transferência massiva, pela pouca frequência nas sessões e pelas ida e vindas do paciente no processo terapêutico, e que, geralmente, as equipes que os atendem muitas vezes passam a encarar estes pacientes como **“não-aderentes ao tratamento”**, produzindo, de antemão, a crença de que eles **“não se vincularão ao seu projeto terapêutico”**. Essa crença pode dar margem para que se obture, desde o início do tratamento, a aposta por parte dos profissionais de que se conseguirá vincular os sujeitos ao serviço de saúde, levando-os, muitas vezes de antemão a não apostar num trabalho mais duradouro com estes. Sempre apostei na “aderência” dos sujeitos que atendi ao tratamento, aderência esta que pude enxergar em suas múltiplas formas de acontecer tal como o caso de J.S., 27 anos, que, nos primeiros meses, ia rigorosamente às consultas comigo, após algum tempo começou a faltar algumas sessões, em seguida “sumiu” do serviço por longo tempo. Retornando, voltou a faltar, mas sempre remarcava as consultas e não ia. Após recaída, onde achou que havia sido enganado pelos traficantes- achou que havia cheirado crack ao invés de cocaína e se assustou com a possibilidade de ficar viciado também em crack-, passou a ir semanalmente às consultas até o final do meu estágio, em Janeiro de 2011, tendo um belo processo terapêutico, entendendo e elaborando sua relação com a cocaína - e a dos outros membros da família com outros tipos de “drogas”:

*\*J.S. e sua família chegam ao CAPS ad bastante nervosos, atrapalhados, ainda sob o impacto do acontecido. J.S. havia cometido um assalto à mão armada- de brinquedo-, e por isso foi preso, permanecendo por cinco dias no presídio central. Os pais de J.S. estavam muito nervosos com a situação, querendo entender o que aconteceu para o filho ter feito isso, demandando internação em Comunidade Terapêutica pra ele não correr o risco de fazer isso novamente. No primeiro mês de*

acompanhamento, J.S. sempre vem ao CAPS ad acompanhado pelo pai. Depois, passa a vir sozinho. O próprio J.S. já sabia que isso iria acontecer: **“daqui a pouco eles se esquecem, passa o susto e volta tudo ao normal”**.

J.S. se enxerga como tendo uma doença, a dependência química. Seu discurso sempre é carregado de um misto de grupos de auto-ajuda com o discurso psiquiátrico sobre dependência química: acredita que tem um **“monstrinho dentro do seu cérebro, que às vezes fica quieto lá dentro”**, porém, quando ele não se cuida, esse monstrinho **“pode atacar e armar situações para que ele use a cocaína”**. Além disso, J.S. chega para atendimento comigo “colado” ao diagnóstico de bipolaridade, que, ao transcorrer das sessões começo a me questionar se está correto, pois, para mim, ele tendia mais pra um diagnóstico de depressão do que de bipolaridade. No início, J.S. fala bastante do assalto e do medo de ter que voltar ao presídio central: conta que cometeu o assalto quando passava por um momento complicado de sua vida. Fala que era fim do mês, não tinha mais dinheiro, e estava faltando algumas coisas na sua casa, principalmente pro bebê de alguns meses. J.S. então liga pro pai e pede dinheiro. O pai lhe diz pra ir lá buscar no outro dia, que lhe daria R\$ 50,00. J.S. então vem em POA buscar o dinheiro- mora em Alvorada com a mulher e o filho mais novo, o mais velho mora com os pais de sua esposa. Diz que tinha algum dinheiro na carteira e então gastou metade numa dose de cocaína. Ao chegar na casa dos pais, o pai lhe dá menos do que o prometido- segundo J.S., porque percebeu que ele tinha usado cocaína-, e lhe diz que não teria todo o dinheiro prometido naquele dia. Dá R\$20,00 pra ele e manda-o buscar o resto no outro dia. J.S. fica aturdido com a situação, pensando na mulher em casa esperando o dinheiro pra poder comprar o que precisa. Vê, então, uma arma de brinquedo do sobrinho, na sala da casa dos pais, e leva junto consigo quando vai embora. J.S. vai pra parada do ônibus. Diz que não sabia o que fazer, que caminhou bastante pela rua, que foi a pé da Cruzeiro até o INSS da Bento. Diz que chega na parada e vê duas meninas, aponta a arma de brinquedo pra elas perguntando o que elas teriam para dar pra ele. Diz que as duas lhe entregam os celulares, e então ele as manda entrar no próximo ônibus que passar. As meninas entram, e ele segue caminhando pelo corredor de ônibus, até que, mais a frente tinha uns brigadianos e as meninas que ele assaltou o denunciam. Os brigadianos o prendem, e ele passa cinco dias no Presídio Central. Fica muito impactado pelos dias que passou no Central, e tem

*certeza de que quando da audiência com o Juiz, será punido e condenado a voltar pra lá. Diz que a audiência ocorrerá daqui a um ano, e por isso quer ir se preparando psicologicamente pra voltar “pra aquele lugar” (sic).*

*No início J.S. fala muito de sua doenças, suas características e a forma como a dependência química arquitetada as situações para ele fazer uso da cocaína e que se ele não estiver sempre atento pode acabar usando a droga. Conta que já fez tratamento outras vezes, uma delas na Cruz Vermelha, e que conseguiu ficar por três anos sem usar. Mas daí foi relaxando, até que começou a recair em atitudes e pensamentos, e voltou a usar. Diz ter mudanças rápidas de opinião, de humor, e atribui isso à doença. Diz não ser uma pessoa feliz naturalmente, que são breves seus momentos de felicidade, e que muitas vezes se sente pra baixo, cansado, sem energia e sem ânimo para fazer as coisas que deve; muitas vezes usou cocaína nesses momentos, para ter o ânimo que lhe falta “naturalmente” de conseguir fazer as coisas que precisa. Ultimamente voltou a usar cocaína pra agüentar e conseguir fazer coisas de sua rotina. J.S. faz curso técnico de informática, tem aulas de noite e de dia estagia. Morava com os pais e irmãos em Porto Alegre, na Vila Cruzeiro, e há pouco tempo foi morar com sua mulher e o bebê na casa que seu pai tem, e que estava vazia, em Alvorada. Conta que está com sua esposa há dez anos, já tem um filho de sete anos com ela, porém, os dois sempre viveram cada um com seus pais. Faz pouco tempo que os dois saíram da casa dos pais e resolveram constituir a família. Porém, o filho mais velho continuou morando com os avós maternos por causa da proximidade com a escola. Mas nos finais de semana vai para a casa deles. Fala das dificuldades nessa sua nova vida longe dos pais. Dificuldades no convívio familiar assim como na nova rotina familiar. Da esposa, diz tê-la “como uma mãe e não como uma esposa” (sic): diz que a esposa cuida dele, e que assim, sua mãe fica tranqüila, pois sabe que ela cuidará bem dele. Porém, reconhece que, apesar dela ter tanto esse cuidado com ele, muitas vezes ele não a trata bem como ela o trata. Muitas vezes está mal-humorado, e desconta nela.*

*Sobre sua família fala que é o primeiro filho a ir morar longe dos pais, que todos moram ou no mesmo terreno dos pais, ou na mesma rua, na Cruzeiro. E que, dessa forma, os problemas de uns se misturam com os dos outros; sempre tem alguma “novidade”, e que os pais sempre acabam se envolvendo com os problemas dos filhos e se estressando. Fala que a mãe tem depressão e já tentou se matar tomando Diazepam*

com álcool. Fala que na verdade todos os seus irmãos têm alguma coisa, mas não reconhecem isso e não se tratam. Que ele é o primeiro deles a buscar tratamento. Conta de um outro irmão que cheira cocaína, de outro que bebe, da irmã que é consumista e está bastante endividada... Sobre o álcool diz que todos na sua família bebem, que tem uma irmã alcoolista e que a mãe gosta de cerveja preta. Diz que enxerga que o álcool na família sempre teve a função de **“encorajá-los a falar o que não conseguem falar uns para os outros normalmente”** (sic), ou mesmo ter atitudes que não têm espontaneamente, como se abraçarem, dar um beijo. Diz que seus pais nunca foram muito carinhosos, que não se lembra de eles o abraçarem ou beijarem, dizerem **“eu te amo, essas coisas”** (sic) sem terem bebido. Em certa altura do acompanhamento, J.S. traz certa dificuldade de participar dos almoços de família aos domingos; a não conseguir mais fazer que nem eles, como fazia “normalmente”. Diz querer se isolar, ficar mais na dele, às vezes sem vontade de conversar com eles e ficando tevé. Nessa consulta, J.S. diz que a parte mais difícil do tratamento é a reabilitação psicossocial, pois ele é que mudou e os outros não mudaram. Enxerga sua saída da casa dos pais como parte do tratamento, porque assim se afasta dos problemas da família que afeta a todos. Fala que sabe que das outras vezes em que recaiu teve a ver com o ambiente familiar conturbado, reconhecendo que muitas vezes foi o **“bode expiatório”** (sic) dos problemas da família. Diz que agora estava procurando nos finais de semana não vir sempre para Porto Alegre visitar seus pais, e ter ficado mais em casa, em Alvorada, **“com a minha família”**.

Após essa última consulta que aconteceu em 09/08/2010, quase dois meses até agora, J.S. não se consultou mais comigo. Faltou duas consultas, depois a esposa ligou dando explicações pela falta e pedindo para marcar novo horário. Remarcado o horário, ele telefona remarcando de novo. Até que um dia chegou 50 minutos atrasado na consulta e eu já havia ido embora. Remarcou novamente, mas no dia da consulta telefonou dizendo que não poderia ir e remarcou, novamente, para a semana seguinte. Fico pensando no que aconteceu, se nesta última consulta ele teve várias elaborações importantes e por causa da resistência não veio mais às consultas, ou se arrumou trabalho e não consegue mais ir, ou mesmo se não precisa mais vir e está bem. Porém, ele se dá ao trabalho de ligar e avisar que não pode ir, remarcando a consulta. Pode ser também por causa da medicação que toma, e por causa do processo judicial que

*ainda mantém o vínculo com o CAPS ad. Não sei o que houve, pois eu mesma lhe havia apontado a possibilidade de se tratar num CAPS ad de Alvorada, o que ele não quis, pois **‘já estava acostumado’(sic) comigo.** \*(Estudo de caso escrito durante o estágio no CAPS ad)*

Nesse tipo de clínica, precisamos ser flexíveis com as pessoas que atendemos, evitando projetar nelas a imagem que temos e queremos do “paciente ideal”: aquele que nunca falta às consultas nem aos grupos, que vai sempre ao serviço de saúde. Por isso é necessário que sempre se acolha estes sujeitos quando cheguem ou voltem ao serviço de saúde, e que não se fique apegado ao imaginário de que este tipo de paciente não adere ao tratamento: eles aderem sim ao tratamento, mas da forma que conseguem:

*\*P.R., 38 anos, antigo usuário do CAPS II do Postão- se tratou lá por 18 anos, diagnosticado pela psiquiatra do CAPS II com esquizofrenia paranóide, e tido por esta como um paciente que não aderiu ao tratamento dela. Ao ouvir isso, numa interconsulta que fizemos eu e minha supervisora do CAPS ad com o CAPS II questionei: **mas como que ele não aderiu ao tratamento freqüentando o CAPS por 18 anos?** 18 anos freqüentando um serviço de saúde, desde quando é não aderir a ele? Por não obedecer às “ordens” da psiquiatra do CAPS II – ‘ou você pára de usar drogas ou não vai mais ser atendido por nós’- fez um vínculo intenso, e bonito, comigo individualmente, porém, P.R. não conseguiu se manter em nenhum dos grupos oferecidos pelo CAPS AD. Dizia, sem ser muito bem entendido, que nos grupos falavam muito sobre drogas e que ele não queria ouvir falar sobre isso, senão, sentia vontade de usar! Entre alguns surtos e duas internações- no Hospital Espírita de Porto Alegre- durante meu estágio no CAPS AD, P.R. ia, religiosamente, às consultas comigo, e confiando aos poucos em mim, foi me contando sua- forte e violenta- história de vida, que tinha um divisor de águas muito marcado por ele: antes **“quando era normal e trabalhava no banco como servente”** e **“depois de ficar assim, deprimido”** (sic). Depressão era o diagnóstico que atribuía a si mesmo, com muita razão já que passou 8 anos **“entrevado numa cama, só dormindo, sem levantar para nada, minha mãe me levando a comida na cama”**(sic). P.R. já chegou em atendimento comigo não muito bem, porém, eu achei que ele ‘era assim mesmo’. Só notei a diferença do P.R. mal, beirando um surto esquizofrênico, e o P.R. bem, quando de sua volta da internação no Espírita e retomada do tratamento comigo. Perceptível diferença, seu rosto, seu jeito,*

sua voz... era outro. Se me pautasse pelo “viés da normalidade”, diria que esse é o P.R. normal, o outro estava mal, e eu, pela falta de experiência e mesmo por não conhecê-lo, não me dei conta. Desde o início me afeiçoei a P.R., o achei “querido”, carismático (me dei conta de que gosto de trabalhar com psicóticos, sinto um carinho maior por eles). No viés da psiquiatria do CAPS II ele era ‘sedutor, manipulador, que nem todos os dependentes químicos’ (sic). P.R. veio ao CAPS porque estaria usando crack. Chegou lá sozinho pela primeira vez, diferentemente da maioria que vem à primeira consulta acompanhada por alguém. Nos quatro primeiros meses no CAPS, P. R. afirmava que estava sem usar crack, pois, de acordo com ele, se sabe que faz mal, porque vai usar? Lembrava-se de tudo de ruim que já o aconteceu por causa dessa ‘porcaria’ (sic), e então fazia força para não usar: **‘tem que pensar, porque quando a gente pensa consegue enxergar as coisas certas’** (sic). Antes da sua primeira internação durante meu estágio no CAPS AD, falava muito sobre isso: o pensamento. Pensar. Pra ele era difícil isso, mas tentava, o tempo todo e às vezes não conseguia dormir de tanto que pensava. Tinha as duas forças (a boa e a mal), que lhe davam idéias diferentes. Mas daí ele pensava, e pensando se mantinha longe das drogas.

P.R. também gostava de jogo: jogo do osso. Dizia que ia muito à uma cancha, no Centro da cidade, e deixava muito dinheiro lá com jogo, bebida e mulheres- **‘você sabe que ele gasta todo dinheiro que ganha em jogo, mulheres e drogas?’**, perguntou-me a psiquiatria do CAPS II na interconsulta que fizemos com eles para tratar do **‘difícil caso P.R.’** (sic). Antes da internação estava indo na cancha pra rever as pessoas lá, gosta de lá, se sente bem lá, mas quando sente vontade de jogar vai embora. Atualmente, diz que está indo na cancha e sentindo vontade de jogar. Porém, vai sem dinheiro, e não joga. Me chama a atenção esse fato de como P.R. consegue se controlar pra não jogar, não usar crack: como sabe que essas coisas fazem mal, então ele não faz, é isso! Diz que tem que se ocupar quando vem esses pensamentos ruins: passar um café, lavar uma roupa, ajudar em casa. Fazer e tomar um chimarrão com a mãe. Às vezes P.R. fala da vida familiar: conturbada. Mas não gosta de falar muito, nem de saber muito sobre eles: procura não saber pra não se “emocionar”, pois, para ele, **‘porque o problema está no coração’** (sic). Às vezes fala do pai, que morreu de câncer, cirrose e hepatite. Disse que o pai bebia, era festeiro, adorava fazer festas. P.R. não gostava das festas, não se divertia, só trabalhava nelas. Também não gostava de ficar

*ali com as pessoas. Agora diz que está evitando estas festas da família. Diz que mentiu pro seu pai no leito de morte, no hospital: o pai lhe deu dinheiro e pediu que jogasse no jogo do bicho. Ele pegou o dinheiro, jogou no osso, perdeu, foi ao hospital e disse ao pai que os números que ele lhe disse pra jogar não saíram. O pai morreu sem saber a verdade.*

*Sobre os irmão, P.R. não fala muito, mas fala. Conta que dois já morreram: um caiu de cima do prédio do Banco do Brasil, no Centro de Porto Alegre, onde trabalhava- ‘ou se jogou?’, perguntei certo dia, mas ele responde que não sabe, não quer saber dessas coisas pra não se emocionar! Conta que esse irmão usava crack, e na época estava usando muito a droga. Tinha esposa e dois filhos. Conta que na noite antes de morrer foi na casa da mãe, ficou lá um pouco, e depois foi embora. Sobre os irmãos vivos, acha que eles **também são loucos**, mas não se acham loucos sendo só ele, P.R., que é o louco da família.*

*O tema da loucura volta e meia aparece nas sessões. Muitas vezes P.R. fala sobre isso, sobre lhe chamarem de louco, sobre o mundo lhe tratar mal, sobre o estigma que carrega. Ele é o louco. A mãe se usa disso de vez em quando para lhe desculpar de suas atitudes: ‘não dá bola pra ele, ele é louco’(sic). Ele mesmo se valeu disso no Postão da Cruzeiro, uma vez, quando estava beirando o surto: ‘eu vou cagar aqui se você não me der o papel (higiênico), já que eu sou louco. Louco não faz isso? Então eu vou fazer’. E fez cocô no corredor do Postão, para espanto da auxiliar de limpeza. Depois se arrependeu, disse que ia pedir desculpas pra moça. Pensou. Pensou que não ia gostar se fizessem isso com uma de suas irmãs, ou com ele próprio, que já trabalhou de auxiliar de limpeza por muito tempo. Pensou que não está certo descontar sua raiva nos outros, e foi isso que fez.*

*P.R. vai à Igreja, hábito que herdou dos avós que lhe levavam na Igreja com eles. Gosta de lá, gosta de uma moça que tem lá. Porém, não se aproxima dela. Amor platônico. Diz que as pessoas sabem disso: ‘as pessoas sempre sabem, não é?’. Diz que a moça trabalha, é de família direita. Que se um dia ela quiser namorar com ele, vai ser todo direitinho, do jeito dele. Mas ele não se aproxima, só olha. Sabe por onde ela vai, as pessoas lhe contam coisas dela. Porém, P.R. tem uma amiga, uma senhora, mulher mais velha, deve ter uns cinqüenta anos. P.R. mora na casa dela de vez em*

*quando, de vez em quando mora na casa de sua mãe. Fica nesse vai - vêm. Quando a coisa na casa da mãe ta ruim, ele vai pra casa da E. Quando enche o saco da E. volta pra casa da mãe. Diz que a casa da mãe é barulhenta, conturbada, e ele não gosta disso: a parede do seu quarto dá pra entrada de uma casa que é boca de fumo e escuta tudo o que se passa lá, além de sentir o cheiro do crack quando alguém está fumando pela boca. Tem um incomodo grande com volume alto da tevê, barulho. Tem que ser baixinho. Às vezes, de tão baixo, tem que ficar bem perto da tevê para escutá-la. Disse que o Hospital Espírita é muito barulhento, e isso o incomoda nos primeiros dias de internação, “**tem sempre barulho, alguém gritando. O tempo todo**” (sic). \*(Estudo de caso escrito durante o estágio no CAPS ad)*

O modo com que cada pessoa se vincula ao tratamento, não é, necessariamente, a forma que desejamos como profissionais da saúde, mas acredito que devemos sempre respeitar o modo como cada um consegue fazer esse vínculo. Conte (1998) coloca que o discurso deste tipo de paciente- o usuário de drogas ilícitas- não é conduzido pela culpabilidade em relação aos valores fálicos de bom pai, ou bom marido, ou bom funcionário. Eles não se colocam em lugar de ideal frente ao olhar do analista assim como acontece na clínica com alcoolistas; pelo contrário, chegam se culpando bastante por terem perdido muito dinheiro, o emprego, a esposa entre outras perdas, por causa do consumo excessivo da substância. Estes têm uma posição diferente com relação ao grande Outro: chegam, em geral, ao analista, como detentores de um saber que faltaria a quem os está escutando (Torossian, 1999). É muito marcada nos discursos de pessoas toxicômanas, principalmente os usuários de crack, uma constante glorificação em relação à posse de objetos e à relativa facilidade com que conseguem acumular bens materiais quando na “ativa”- quando o uso da droga não os impede de trabalhar. Em contrapartida, há uma intensa frustração e ressentimento deles justamente por acabarem, quase sempre, “perdendo” todos esses objetos que acumularam quando entram no circuito compulsivo de uso de drogas e acabam vendendo ou trocando seus bens materiais por alguma dose da droga de escolha. Ainda para Joel Birman (1999) em sua obra sobre o mal-estar na atualidade, as toxicomanias são os efeitos mais evidentes da cultura do narcisismo e do consumismo. De acordo com o psicanalista Contardo Calligaris (1991), a lógica das sociedades pós-modernas ratifica o ideal social para o qual vale quem goza sem os limites que impõem a preservação de si mesmo, dos

próprios recursos e do bem do qual se goza. Em meio aos imperativos do “consume”, “apareça”, “mostre quem você é”, “faça parte desse espetáculo”, o sujeito que é incapaz de fazer parte dessa lógica e exercer, ele também, o fascínio de estetização de sua existência, é tido como fora do funcionamento social, é considerado e considera-se um fracassado segundo os valores sociais vigentes na visão de mundo atual- fato este fortemente observável com os toxicômanos que tive contato no SUS. Birman (1999), ainda aponta que o que define as psicopatologias atuais- tais quais as depressões, as síndromes do pânico e as toxicomanias- é o destaque conferido aos quadros clínicos fundados no fracasso da participação do sujeito na cultura do narcisismo e na impossibilidade dele de responder aos imperativos sociais do consumo e do espetáculo:

Quando se encontra deprimido e panicado, o sujeito não consegue exercer o fascínio de estetização de sua existência, sendo considerado, pois, um fracassado segundo os valores sociais dessa visão de mundo. Pelo uso sistemático de drogas o indivíduo procura desesperadamente ter acesso à majestade da cultura do espetáculo e ao mundo da performance. É necessário glorificar o eu, mesmo que por meios bioquímicos e psicofarmacológicos, isto é, pelos artefatos tecnológicos. (Birman, 1999, p. 169).

Ainda para o autor, existe “um processo de produção social das toxicomanias, pelas vias de medicalização psiquiátrica e do mercado de drogas pesadas, que encontra suas condições de possibilidade na ética da sociedade do espetáculo e do narcisismo” (Birman, 1999, p.192). O autor contrapõe as toxicomanias aos psicofármacos utilizados pelas neurociências para as depressões e a síndrome do pânico, pois, de acordo com ele, tanto os sujeitos tidos como deprimidos, “panicados” e toxicômanos ao se utilizarem de tóxicos – seja para obter a cura seja como a causa do seu sintoma- sentem-se, também, como “cidadãos de direito da sociedade do espetáculo, nem que seja por uma fração de segundo e tempo limitado” (Birman, 1991, p. 192):

*\*F. chegou ao CAPS AD com um discurso que me ‘chocou’ bastante na primeira vez que o ouvi, e que me trouxe uma reação de indignação quando lhe ouvi dizer que*

*nunca mais poderia conviver em sociedade e que teria que viver para sempre em Comunidades Terapêuticas (C.T.). F. até já tinha construído um plano de se tornar monitor em alguma comunidade e lá viver para sempre, evitando, a qualquer custo, sair dessa Pasárgada que criou para si. F. após ficar mais de um ano 'limpo'- antes dessa última recaída já havia conseguido ficar por mais tempo sem usar crack durante outra estada na mesma C.T.-, durante sua última estada na comunidade terapêutica, recaiu apenas uma hora depois que saiu de lá, quando telefonou para sua ex-esposa, querendo rever o filho, e teve um atrito/discussão com esta. Logo, se utilizou do caminho que já sabia fazer quando de suas frustrações ou necessidade de transcender a dureza da vida: foi fumar crack, e por lá ficou, novamente, por uns meses no circuito da compulsão. Gastou todo dinheiro que a mãe lhe deu, bem como as roupas e calçados novos que a mãe havia lhe comprado para recepcioná-lo após longa internação. F. participava do grupo que minha supervisora local do CAPS coordenava e eu conhecia sua história desses encontros semanais, que tinham em torno de duas horas de duração. Nestes, F. se queixava muito das perdas materiais e afetivas que teve quando do uso compulsivo do crack; lembrava muito que, quando conseguia controlar o uso e trabalhar era como “as outras pessoas por aí”(sic), conseguindo juntar dinheiro para comprar roupas, tênis de marca, carro, computador, celular, etc. F. estava realmente convencido de que era “um monstro e deveria ficar enclausurado em alguma fazenda terapêutica pro resto da vida”(sic). Tinha certeza disso, pois seu psiquiatra também achava isso em relação a ele- sim, seu psiquiatra lhe reafirmava que ele nunca mais conseguiria viver em sociedade como as outras pessoas!-, reforçando-o em seu propósito de viver para sempre em alguma C.T. como sendo seu único caminho possível de vida. \*(Estudo de caso escrito durante o estágio no CAPS ad)*

Na maioria dos tratamentos para a saúde o medicamento é apenas uma parte do tratamento: se o sujeito que tem diabetes reduz seu tratamento a apenas tomar a medicação prescrita pelo médico, mas não mudar seus hábitos alimentares e de vida - continuar comendo comidas que lhe prejudiquem a saúde física, não fazer exercícios físicos-, a doença não é controlada, levando a amputações de membros e mesmo a óbito vários sujeitos diabéticos por causa do descontrole da insulina e outras questões de ordem física. Com os sujeitos toxicômanos não é diferente: se eles apenas tomarem os pesadíssimos remédios psiquiátricos prescritos para conter a fissura, angústia, etc, e não

mudarem a relação que estabeleceram com a droga – como recorrer a ela toda a vez em que é frustrado na vida, entre outras situações-, e também não mudar seus hábitos de vida, muito provavelmente ele não conseguirá parar de usar droga: vejo que o esporte, a arte, a cultura, entre outros, contribuem muito para que as pessoas transcendam/transformem seus sofrimentos, angústias e dificuldades na vida em algo positivo e que lhes impulsionem a continuar. Acredito que em 90% dos casos que atendi eram de sujeitos que moravam em vilas, sem muito acesso a esporte, cultura e lazer- pois o acesso a esses tipos de prazeres em nossa sociedade, na maioria das vezes, é algo caro. Sendo que a grande fatia dos seus salários era usada apenas pra sobreviver, era freqüente relatarem que outra parte era usada para comprar a droga e terem alguns momentos de distração do cotidiano: o lazer “barato” deles vai tornando-se caro à medida que entram no circuito compulsivo de uso da substância de escolha.

Nossa sociedade consumista repousa sobre um ideal, mas ignora que este ideal é o toxicômano que o realiza. Eles também são ferozes consumidores como a maioria dos “cidadãos de bem” de nossa sociedade- consumidores de drogas ilícitas, geralmente, mas gastam também muito dinheiro nisso, contraindo dívidas, etc, como tantos outros cidadãos no mundo que fazem isso em diversos estabelecimentos comerciais por aí! Ao mesmo tempo em que denunciam o defeito de nossa organização social, também estão adaptados à lógica social vigente e respondendo ao imperativo do consumo da atualidade, muitas vezes tornam-se, que nem outras pessoas, dependentes a produtos- mas nesse caso é a substância psicoativa. Espelhando o ideal das sociedades consumistas, são para esta e seus “bons cidadãos” como uma ferida narcísica: gastam montantes de dinheiro em drogas estabelecendo um comércio selvagem com os traficantes. Trocam, muitas vezes, seus pertences por um valor muito menor em quantidade de droga e se “super-endividam” com os traficantes, tal como tantas pessoas por aí, que, poderiam também ser chamadas de “toxicômanas de outros tipos de objetos”, não? Estes sujeitos escancaram para toda a sociedade o próprio modo de funcionamento dela em sua forma mais trágica e cruel, mas são rechaçados pelo laço social que os subjetiva dessa maneira- tal qual um narciso que não gosta da imagem que vê no espelho. Para Melman (1992), a dependência é o estado normal constitutivo do sujeito. Contudo, a grande diferença é que a dependência toxicomaníaca privilegia um objeto real, enquanto que na dependência constitutiva dos sujeitos a instância fálica é

simbólica e imaginária. Torossian (1998) afirma que, muitas vezes, os pacientes toxicômanos encontram uma grande dificuldade em lidar com as palavras e certa facilidade em colocar o próprio corpo como o depositário Real do que falta no Simbólico. O toxicômano, na procura do reconhecimento simbólico, acaba em uma oscilação entre o acesso à palavra e o sacrifício do corpo, sendo que, o uso da droga vem a obturar qualquer possibilidade de fala. É nesse deslocamento entre “palavra e corpo” que se dão as idas e vindas do sujeito na terapia, sendo que o terapeuta se torna, geralmente, o depositário de toda a angústia que essa dialética provoca. Faz-se, então, necessário que o terapeuta consiga sustentar um lugar de fala sem se colocar no lugar de “salvador do paciente”- lugar ao qual, muitas vezes é convocado a ocupar no SUS principalmente pela miséria e precariedade das pessoas que atendemos, e que os profissionais geralmente acabam ocupando, gerando, em grande parte das vezes, desgaste e frustração dos profissionais no trabalho com essas pessoas. Para a psicanálise, optar por essa posição de “salvar a vida” pode acabar com a única via de acesso ao simbólico que o sujeito possui. Dessa forma, o terapeuta deve escolher a posição de sustentador da transferência, e viabilizador do deslocamento do objeto da falta, a droga, para outro objeto que ocupe o lugar da substância de escolha. Com certeza, para os profissionais, não há como se manter psiquicamente saudável querendo ser o salvador de tantas vidas dilaceradas e maltratadas; não há como fazer isso por muito tempo sem afetar negativamente a si mesmo e ao processo terapêutico. Penso que por ocuparem esse lugar de “salvadores dos drogados” muitos serviços de saúde do SUS acabam, ao invés de conseguir ajudar esse tipo de sujeitos, fazendo o contrário- fato fortemente observável principalmente nos PSFs da Atenção Primária de saúde; acredito que também por isso, mas não só por causa desse fator, acabe havendo tantas recaídas- e desistências por parte destes sujeitos ao tratamento nos serviços de saúde do SUS, principalmente no caso das toxicomanias. Acredito que mais projetos de educação permanente voltados ao trabalho com a questão do álcool e drogas nessa área poderiam ajudar aos profissionais a conseguirem lidar melhor com a condução destes casos no SUS.

### **... E A REDUÇÃO DE DANOS?**

A Redução de Danos (RD) foi inicialmente inserida no Brasil em 1994 vinculada à redução de incidência de HIV em usuários de drogas injetáveis. Porém,

atualmente, é a Diretriz de Trabalho da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas no SUS (MS-2004). Para além disso, utilizando as palavras de Rose Mayer ( coordenadora do Programa de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre), a Redução de Danos contribui para que um trabalho possível possa ser constituído no espaço entre o ideal e o real no trabalho com sujeitos com problemas com Álcool e outras Drogas, sendo, também, a RD “ via de cidadania para as pessoas que usam drogas, modo de intervenção, forma de tratamento, tecnologia leve de cuidado, objetivo terapêutico” (Mayer, 2010, p.93). É via de cidadania, pois se apresenta de acordo com alguns movimentos históricos e sociais como as Reformas Sanitárias e Psiquiátrica, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto do Idoso, e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Mayer, 2010). É um modo de intervenção que busca superar falsas dicotomias, procurando-se fazer o cuidado no “entre” das palavras:

(...) entre ‘salvar e cuidar’, dispõe-se a uma aposta na pessoa; entre o equívoco da fragmentação entre abstinência e redução de danos, de acordo com a Saúde Coletiva, foca em um cuidado usuário-centrado, ou seja, investe no movimento da pessoa em relação ao seu cuidado; entre o ideal e o possível, como já se disse, o destaque se coloca na construção de um possível, a superação da díade da culpa e da responsabilidade se apresenta na ênfase às combinações a serem refeitas, revisadas e recolocadas tanto quanto necessário na direção de uma co-responsabilização em termos do agenciamento do cuidado. (...) Entre sujeito e objeto, prioriza-se a relação; entre igualdade e diversidade, convida à singularidade; entre erradicar ou minimizar o uso, ocupa-se de acompanhar o processo de cada pessoa. (...) a pessoa que usa drogas pode transitar da posição de agonizar para se protagonizar. (Mayer, 2010, p.95).

Como um conceito, pode-se entender a RD como uma tentativa de minimizar as conseqüências do consumo de drogas dos pontos de vista da saúde, sociais e

econômicos, sem necessariamente ter-se que reduzir esse consumo (Mayer, 2010). Como estratégia de Saúde Pública, a RD decorre da aproximação com outros trabalhadores da saúde, na perspectiva de construção de um trabalho em rede- com estratégias coletivas e singulares- visando fortalecer fatores de proteção e reduzir riscos em diferentes contextos dos modos de viver e trabalhar (Mayer, 2010, p. 92). Como forma de tratamento, a RD se faz a partir do protagonismo dos sujeitos que usam drogas, apoiando-se no discurso desses sujeitos, considerando sua co-responsabilidade – bem como a de sua rede de afetos-, procura-se sempre encontrar vias de se produzir saúde na perspectiva da capacidade destes em lidar potencialmente com suas vulnerabilidades: o enlace da pessoa que usa drogas no cuidado de si, a partir de suas palavras, é protagonismo que pode tomar diversos contornos (Mayer, 2010, p. 96). Na minha experiência de estágio/monitoria PET com os sujeitos com problemas com álcool e outras drogas, tentei sempre me pautar nestes princípios de trabalho da Redução de Danos, porém, este posicionamento, muitas vezes, não era muito bem aceito e entendido por inúmeros profissionais do SUS, nos diversos estabelecimentos da rede de saúde de Porto Alegre por onde circulei em 2010. Infelizmente, grande número desses profissionais não acredita que a RD seja uma via possível de se trabalhar com a questão do álcool e outras drogas, imperando entre eles, ainda a visão da abstinência como resultado primordial no tratamento dessa questão- cheguei a ouvir da psiquiatra do próprio CAPS ad e do CAPS II da Cruzeiro (que primeiramente nem sabia o que era a RD), que elas não acreditavam que a **“redução de danos funcione com usuários de crack” (sic)**. Porém, a partir da minha experiência de Estágio em Processos Clínicos no SUS, e dos sujeitos que acompanhei neste percurso, cada vez mais pude acreditar que é possível sim olhar, cuidar, tratar dos sujeitos com problemas com álcool e outras drogas quando estes ainda estão fazendo uso da substância; acredito que, sem exigir deles, a priori, que parem de usar drogas – como ocorreu com P.R. no CAPS II do Postão- pode-se conseguir acompanhá-los em seus processos, sempre respeitando suas singularidades, desejos, movimentos em relação à droga de escolha. Se irão definitivamente parar de usar ou não acredito que não deva ser a questão essencial, mas sim, conseguir ajudar os sujeitos a lidarem de outra forma com seu sintoma, o uso de drogas. Nunca me esquecerei das frases de J.S.- o que praticou um assalto com arma de brinquedo-, na última consulta que tivemos, em Janeiro de 2011: “Te desejo tudo de bom pra você na

sua vida, nos seus próximos estágios, e tenha a certeza de que o seu papel comigo foi cumprido, que você conseguiu me ajudar muito neste ano”.

### **MAIS UMAS PALAVRAS...**

Com certeza, os cinco anos de percurso na graduação em psicologia operaram muitas mudanças em mim além de me trazer muitos aprendizados tanto quanto em relação ao ser humano, quanto ao funcionamento da nossa sociedade e das instituições que ela comporta, assim como o trabalho da psicologia com a clínica e com equipes. Mudanças trazem consigo o desconhecido, o novo, o diferente, o imprevisto e o imprevisível, e quase nunca se dão de forma fácil ou sem embates, porém, muitas vezes são importantes e essenciais de acontecerem. Quando mudanças acontecem e necessário, muitas vezes, aprender a lidar com o desconhecido e sermos flexíveis com a gente e com o mundo. Dentre tantas mudanças/aprendizados que tive nos últimos cinco anos, precisei aprender a não ter medo de não saber dar respostas às perguntas que nos formulam e às que nós nos formulamos, tendo que, muitas vezes, duvidar das certezas que eu tinha para conseguir escutar os sujeitos em suas singularidades e ajudá-los a pensar em novas formas de habitar seus territórios de vida e de morte. Com certeza, aprendi muito com cada instituição em que estagiei, com cada profissional que tive contato, e, com certeza com cada pessoa que acompanhei/atendi nesse percurso, principalmente os usuários de álcool e outras drogas. Eles, mais do que qualquer um, me ensinaram a enxergar a humanidade que existe em todo o ser humano- apesar de veicularem incessantemente nos meios de comunicação que eles, os “drogados”, não têm sentimentos nem laços afetivos com ninguém; o quanto nossa sociedade pode ser violenta e cruel com as pessoas das classes sociais baixas, principalmente se elas são usuárias de drogas; o quanto nós, muitas vezes, somos duros e preconceituosos com o que desconhecemos, com a diferença; também, eles, em suas falas e histórias me ensinaram muito sobre a hipocrisia reinante em nosso mundo contemporâneo, onde milhares de pessoas estão doentes, angustiadas, estressadas e se “detonando” por aí das mais diversas formas, e que, porém, sobra para o usuário de drogas o pesado fardo de ser o porta-voz de toda essa loucura do mundo- vejo que eles não são mais loucos nem menos loucos do que ninguém e apenas sintomatizam seus conflitos de uma forma diferente. Parafraseando Clarice Lispector, eles me ensinaram que é preciso viver, apesar de tanto sofrimento, doenças, misérias e angústias: “(...) apesar de, se deve

comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida”.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BIRMAN, J. *O Mal-Estar na Atualidade: a Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CALLIGARIS, C. À escuta do sintoma social. In: Ropa, Daniela. *Anuário Brasileiro de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v 1, n 1, p. 11-22, 1991.

CONTE, M. Psicanálise e Toxicomania: algumas questões sobre essa clínica. In: Fleig, Mario et al. *Psicanálise e Sintoma Social- Livro 2*. São Leopoldo: UNISINOS, 1998, p. 59-66.

FIGUEIREDO, A.C. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: Cadernos IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ, v 4, n 17, p. 124-130, 2000.

FREUD, S. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Ed. Imagi, Rio de Janeiro, vol. XVIII, p. 81-143.

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

MEYER, R. T. (2010). A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: Santos, L. M. de B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, p. 87- 98.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TOROSSIAN, S. Sobre a Toxicomania. In: Fleig, Mario et al. *Psicanálise e Sintoma Social- Livro 2*. São Leopoldo: UNISINOS, 1998, p. 103-109.