

Reflexões sobre a demanda na clínica da toxicomania

Mariana Fernandes Muniz de Souza

Este trabalho refere-se a minha experiência como aprimoranda do Programa de Saúde Mental da UNICAMP que se desenvolveu no Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADeQ), unidade integrante do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. O NADeQ atende usuários de álcool e outras drogas, com ou sem comorbidades, maiores de 18 anos de idade. Conta com 25 leitos de internação, sendo que 4 leitos são destinados para o sexo feminino e o restante para o sexo masculino. Há também 5 leitos-noite. Além do atendimento em regime de internação, o NADeQ oferece atendimento ambulatorial.

Na internação há atendimentos em grupos e individuais, além dos cuidados necessários ao impacto da síndrome de abstinência. São variados os atendimentos em grupos oferecidos (Grupo de Medicação, Grupo de Expressão, Grupo de Vivências... só para citar alguns). Já os atendimentos individuais caracterizam o que se denomina como técnico de referência. De acordo com Onocko (2003), sobre equipe de referência: *“Todo usuário tem um profissional (ou equipe) de referência, a quem se dirigir ante suas demandas. Isso cria vínculo com o usuário, estimula a responsabilização, e amplia a clínica”* (p.127). No ambulatório, são oferecidos atendimentos individuais como em grupos. Há os Grupos de Psicoterapia, Grupos de Terapia Ocupacional, Grupo de Família, Grupo de Prevenção a Recaída e etc. Há atendimentos individuais de psicoterapia, de terapia ocupacional e com a psiquiatria.

Minha atuação no serviço se deu a partir da inserção no ambulatório e na internação. Transitando por estes espaços, deparamos-nos com uma variedade de demandas: quem está internado quer saber se pode sair e voltar tão logo quanto possível para receber seu “benefício”, outros não recebem o “benefício” e querem saber como fazem para consegui-lo, outros ainda têm o “benefício” e querem conseguir um trabalho; uns têm emprego, porém estão afastados e querem retomá-lo, outros querem obter seu afastamento; uns querem que telefonemos para suas famílias pedindo que elas venham visitá-los, outros pedem para impedir as visitas de suas famílias; uns querem renovar o cartão que dá direito ao passe de ônibus gratuito, outros querem fazer o cartão, alguns solicitam por leito-noite e assim por diante... Ufa! É um emaranhado de

demandas sem fim! Tão frequentes e que algumas vezes apresentam-se tão logo, já durante o pronto-atendimento. E aí, cabe a equipe técnica decidir por atendê-las ou não. Esta é a primeira questão que nos é imposta: atender ou não a demanda? E a outra é: será possível tratar da toxicomania sem atender a demanda?

Bem, será que poderíamos pensar que estas demandas seriam uma espécie de fissura? Fissura, no sentido de “forte anseio”, por emprego, ou por afastamento do emprego, auxílio-doença, passe de ônibus, por ver a família e etc.? Sobre a fissura aponta-nos Deleuze: “*Se perguntarmos por que não bastaria a saúde, por que a fissura é desejável é por que, talvez, nunca pensamos a não ser por ela e sobre suas bordas (...) em pessoas prontas a se destruir a si mesmas e que é antes a morte do que a saúde que se nos propõem...*” (p.164). É possível então depreender que para Deleuze, não há outro modo do sujeito se apresentar. Para ele, a fissura é algo que se configura a partir de variáveis das mais diversas ordens e pela qual o indivíduo está irremediavelmente marcado.

Neste contexto, não atender a demanda significaria recusar ao modo que o sujeito se apresenta. Assim sendo, será possível tratar sem atender a demanda? Sem atender ao único modo possível, fissurado, do sujeito se apresentar?

A experiência cotidiana nos leva a alguns questionamentos e desafios. Vamos a eles. Recorto um atendimento realizado durante o período de internação. No primeiro atendimento a M., ele dizia que estava bem, mas que ainda sentia fissura e por vezes pensava em pedir alta. Afirmava que não pretendia fazê-lo porque desta vez queria parar de usar crack. Conta que foi encaminhado por uma unidade onde faz tratamento para o HIV, que os resultados dos exames foram ruins e isto o fez procurar pelo NADeQ. Diz que quer interromper o uso também porque tem um filho. Conta que é difícil ficar sem usar droga porque onde mora tem fácil acesso a esta e que inclusive trabalha na “biqueira” vendendo droga durante o dia para poder comprar a sua própria droga à noite. Diz que conseguiu ficar abstinente por mais tempo após a sua última internação, que estava sendo atendido em ambulatório em psicoterapia, mas que parou de vir porque chegava alcoolizado para os atendimentos. Em um outro momento, M. fala sobre o término de um relacionamento com uma namorada, sobre seu tratamento para o HIV, sobre seu envolvimento em um assalto e sobre seus “planos” para depois que saísse da internação. Durante o próximo atendimento, M. conta sobre triagem agendada no Núcleo de Oficina e Trabalho (NOT). Conta que recebe auxílio-doença, mas que gostaria de trabalhar para dar melhores condições de vida para o seu filho. Diz que esta

oportunidade de trabalho seria importante para ele e que gostaria de trabalhar como pintor, pois já fez alguns “bicos” e sabe pintar porque seu pai o ensinara. M. fala sobre a possibilidade ou não de trabalhar na oficina como pintor devido a sua condição clínica e sobre o fato de querer continuar seu tratamento em ambulatório. No atendimento que se segue, M. afirma que não vai mais trabalhar na oficina, pois tinha recebido orientações de que não era recomendável que estivesse exposto à tinta. Conta que lhe foi proposto assumir um outro “cargo”, o de assessor da obra. M. diz: “Eu não agüento não... Eu pus a mão na tinta, aí eu tive que parar” (sic). Fala que está com saudades do filho e pergunta pela alta. Sobre a alta, M. diz: “Eu acho que já deu o meu tempo aqui. Não tem mais o quê aproveitar” (sic).

Durante o último atendimento, M. conta que decidira continuar trabalhando no NOT após sua alta, e uma outra oficina, diferente da desejada. Afirma que daria continuidade ao seu tratamento no serviço que o encaminhara por ser mais próximo de sua casa. M. saiu de alta antes do tempo previsto. Algum tempo depois, ele telefonou para o NADeQ solicitando por leito-noite. Até o presente momento, ele pediu e ficou em leito-noite por mais alguns finais de semana e não está trabalhando no NOT, segundo informações que obtive. M. já havia pedido por NOT durante as internações anteriores, mas também não iniciou o trabalho nas oficinas anteriormente e nem sequer compareceu na entrevista de triagem agendada.

Então, diante da possibilidade de inserção na oficina, a temática “trabalho” rouba a cena e passa a ser o tema principal do atendimento. Em seguida, diante de um obstáculo em relação ao início do trabalho, vem um pedido de alta. E daí passa a ser a alta a temática principal dos dois atendimentos seguintes.

Outras situações semelhantes a esta ocorreram. Recordo do atendimento a um jovem (vou chamá-lo de A), usuário de crack. Atendi-o uma única vez na internação. Procura-me para perguntar sobre sua alta. Diz que aprendeu muito na internação e que já era hora de sair. Pergunto por que pensava que já era hora de sair. Ele conta uma situação recente que aconteceu durante a internação e que o deixou irritado. Novamente diz, de forma categórica, que já estava na hora de ter alta da internação e que gostaria de dar continuidade no seu tratamento em ambulatório. Quando saiu da internação, foi encaminhado para o nosso ambulatório e o atendi novamente. Ele conta que continuava abstinente, mas que estava inseguro, pois não sabia se iria conseguir continuar sem o crack. Também conta que participou da entrevista do NOT (esta foi agendada pela equipe técnica durante a internação) e que pretendia deixar o seu trabalho: o

contrabando. Dizia que acreditava que o trabalho na Oficina Terapêutica podia ajudá-lo a manter-se abstinente, mas que havia uma lista de espera e que se demorasse muito a ser chamado desistiria do NOT. Afirma: “Eu não sei esperar” (sic). Depois deste atendimento, A. não veio mais para os atendimentos. Também não está trabalhando na oficina.

Mais uma vez, o tão solicitado trabalho no NOT não foi iniciado. Está certo que em ambas as situações algum obstáculo foi encontrado: no caso de M. havia uma condição clínica que implicaria em um impedimento para ele trabalhar na oficina desejada ou que postergaria o início de seu trabalho. No caso de A. havia não necessariamente um obstáculo em si, mas o que talvez constituísse um obstáculo para ele: o não saber esperar. Caso não houvesse obstáculo algum, será que o desfecho destas situações seria diferente? M, por exemplo, já havia tentado o NOT outras vezes e nem por isso ingressou nas oficinas. De qualquer modo, não há como garantir ou prever.

Estas duas situações ainda guardam entre si outros aspectos em comum: o primeiro é que mesmo que as triagens tenham sido agendadas pela equipe técnica, a demanda é seguida por um pedido de alta. E mais do que isso: a temática “trabalho” fica em destaque sendo que é, principalmente, sobre ela que os usuários passam a falar. O segundo aspecto em comum é o fato de existir, em ambos os casos, um trabalho que garantia alguma renda. No caso de M. havia um auxílio-doença em jogo e os rendimentos que ele obtinha com o tráfico. No caso de A., havia um trabalho em curso, o contrabando, que só seria substituído pelo NOT se este viesse depressa. E neste sentido, poderíamos pensar: se M. e A. já tinham um trabalho que lhes gerava alguma renda, o quê será que o pedido por uma vaga no Núcleo de Oficinas e Trabalho constituía? Há uma hipótese possível de ser formulada: tanto M. como A. estavam em dúvida, não sabiam se resistiram ao crack e a sua fissura. Será a solicitação pelo trabalho nas oficinas uma tentativa de resistir à fissura? Bem, esta é apenas uma hipótese...

Partindo de Deleuze, à fissura não há como resistir. Seria possível pensar em substituir a fissura pela droga, pela fissura em trabalho, em leito-noite, em uma atividade de lazer e etc? Por outro lado, para este autor, a droga produz efeitos semelhantes aos produzidos por outros acontecimentos, porém, nas suas palavras, o alcoolismo “dá um valor exemplar”: *“O que dá ao alcoolismo um valor exemplar, entretanto, entre todos estes acontecimentos do mesmo tipo, é que o álcool é ao mesmo tempo o amor e a perda do amor, o dinheiro e a perda do dinheiro... Ele é ao mesmo*

tempo, o objeto, a perda do objeto e a lei desta perda em processo concertado de demolição” (p.163/164). Há então, no consumo da droga, uma especificidade. Substituição possível do seu consumo por uma outra atividade? Temos aí um impasse.

Retomemos a questão da demanda. Para alguns psicanalistas, a demanda é apenas um ponto de partida para que dela o sujeito possa vir a fazer um questionamento sobre si mesmo. É o querer saber sobre si que se pode entender como uma demanda a ser remetida à psicanálise.

Sobre a demanda, aponta-nos Figueiredo (1997), em seu livro intitulado “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público”: *“É preciso decantar essas demandas. De um lado para esvaziá-las, desfazendo equívocos. De outro, fazendo aparecer um dado novo (“ um a mais”), ou uma outra maneira de dizer. Há, portanto, um trabalho anterior a ser feito como condição para dar lugar a uma outra demanda que possa ser remetida à psicanálise ou, simplesmente, fazer desaparecer a demanda fora do lugar”* (p. 50/51). Em um outro trecho, ainda mais adiante: *“Fala-se para um outro que, num primeiro momento, é aquele que atende. Há aí um deslocamento da fala como desabafo, queixa, pedido de alívio, e etc. para um plano que podemos chamar de reflexivo ou indagativo. É preciso, em algum momento, querer saber sobre o que se diz”* (p. 124/125).

Le Poulichet (1996), em seu livro intitulado “Toxicomanias e psicanálise” escreve: *“Para todo indivíduo, a oportunidade de empreender um tratamento de análise não depende da qualidade do sintoma... mas, muito mais, do estilo da demanda que se dirige e se sustenta... Um tratamento não se pode empreender com sujeitos que venham só a se queixar de sua toxicomania, mas isto não apresenta diferença fundamental com qualquer outra demanda que não solicita mais que um remédio milagroso para combater uma anomalia. Se o sujeito formula uma demanda de tratamento de análise ou de psicoterapia, ela não pode ser só em nome da toxicomania (...) É sem dúvida no momento das primeiras entrevistas com o analista quando se pode dispor ou elaborar o lugar próprio da demanda, o que constitui o tempo necessário para a reapropriação e a subjetivação desta última”* (p.157/158, tradução minha).

Então, para estes autores, todo tratamento vai se iniciar a partir de “uma queixa, de um desabafo, de um pedido de alívio e etc”. A partir disto, o sujeito pode vir a querer saber sobre ele mesmo. Trata-se do estabelecimento da transferência analítica. Para Le Poulichet (1996), entende-se como transferência analítica *“(...) uma destinação feita ao analista e o sujeito testemunha seu sofrimento na palavra”* (p.170, tradução minha). É o

“querer saber sobre o que se diz” já referido anteriormente. Le Poulichet faz vários apontamentos a respeito do encaminhamento da demanda, mas explorá-los aqui seria perder de vista o objetivo deste texto. Mas, vale destacar um deles: “(...) a especificidade do tratamento de muitos pacientes toxicômanos consistiria na dificuldade para estabelecer uma transferência analítica” (p.171, tradução minha).

A partir do que estes autores nos colocam, é possível pensar em alguns desafios: a análise pode ou não interessar ao sujeito. Se análise ou psicoterapia não é do interesse de todos, se não são todos que querem saber sobre si mesmo, o quê fazer diante da demanda no caso da análise não interessá-lo? Além disto, como distinguir entre a não disponibilidade para análise e a dificuldade em estabelecer a transferência analítica?

Voltemos à experiência cotidiana. Há ainda situações em que a equipe decidiu por atender a demanda. Recordo de O. Ele chegou ao nosso serviço encaminhado de um outro no qual já estava em tratamento para uso que fazia de etílicos. Esta era sua primeira internação. Ao longo dos atendimentos, solicitou por uma colocação nas nossas oficinas terapêuticas. O. era morador de rua, não tinha contato com familiares e estava desempregado no momento. Atualmente, está trabalhando no NOT. Não tenho informações sobre a continuidade do seu tratamento que se daria no serviço de onde O. havia sido encaminhado. Aqui, nota-se que a demanda foi atendida e o trabalho iniciado. O quê fez com que nesse caso, a demanda tomasse um encaminhamento diferente? Afinal, O. ingressou na oficina. Será que este caso, é exemplo de que a fissura pelo álcool pode dar lugar à fissura por trabalho? Ou ainda, se pensarmos a partir da psicanálise, qual será que foi o encaminhamento desta demanda no sentido da análise? (Vale lembrar aqui que a questão da colocação nas oficinas terapêuticas é puramente exemplar. Há outras situações que poderiam ter sido tomadas como exemplo, como a solicitação por leito-noite, por “benefício” e por aí vai.).

Figueiredo (1997) cita o relato de um caso clínico: um adolescente envolvido no tráfico de drogas e sua analista, que a partir dos atendimentos, pensou em atribuir a ele o “cargos” de postar aerogramas (recurso que o serviço de saúde em questão se utilizava). A idéia da analista não se concretizou. A autora questiona e comenta: *“Isso resultaria no bom andamento da análise? Entretanto, este seria um julgamento precipitado(...) Poderia ser útil se o serviço oferecesse formas de absorção e ocupação para certos pacientes. Isso, porém, não basta, é preciso localizar o que oferecer e quando fazê-lo a cada caso”* (p.104). Poder-se ia pensar que o “quando e o quê” colaboraram para o ingresso de O na oficina ou para a desistência de A. e M.?

Enfim, há dois modos de pensar diferentes: Deleuze e a psicanálise. Há também impasses advindos destes dois modos de pensar, além de casos clínicos capazes de questionar a ambos. São os desafios da clínica da toxicomania: quem a opera, inevitavelmente, irá se deparar com eles!

Referências Bibliográficas:

Campos, R.O. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Em G.W.S. Campos (Org) *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Deleuze, G. (2003). Vigésima segunda série: porcelana e vulcão. Em G. Deleuze. *Lógica do Sentido*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Figueiredo, A.C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.