



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva

Trajetórias na Clínica Álcool e Outras Drogas: itinerários de dois sujeitos que se encontraram para aprender¹

Tiago Santa Cruz de Andrade

Orientadores

Rosana Onocko Campos
Alberto G. Diaz

Campinas
2011

¹ Trabalho de Conclusão do Aprimoramento Profissional em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde.

Ao Carlos,

**Ao coletivo do aprimoramento em Saúde Mental e Planejamento e Gestão 2010
(supervisores, professores, e aprimorandos, agora aprimorados),**

À equipe do CAPSad Independência,

Aos que me apoiaram neste trajeto (minha família, a Má, a Dé, a Carol, etc.).

Este trabalho é nosso!

“A diferença entre toxicomania e mero hábito constitui um jogo verbal”

Escohotado, A.

Índice

| | |
|---|----|
| Trajetórias | 5 |
| A Descoberta da “Clínica das Toxicomanias” | 7 |
| Os Passos de Carlos até o CAPS ad | 11 |
| Enfim, A Chegada | 15 |
| Início do processo psicoterapêutico | 15 |
| Tentativa de enquadre | 17 |
| Últimos Encontros, com Carlos, com o CAPS ad... | 20 |
| Carlos | 20 |
| CAPSad | 21 |
| ... E Comigo | 23 |
| Referências Bibliográficas | 26 |

Trajetórias

Mais que falar de trajetórias que permeiam a saúde mental, com este trabalho quero apresentar uma leitura de como algumas se cruzam em um contexto muito específico: na vida de um jovem que buscou tratamento em um CAPS ad nos dias de hoje. Faço isto pensando este contexto enquanto uma malha, em que uma série de elementos que determinam seu modo de funcionamento e co-produção, como os núcleos profissionais, necessidades sociais, interesses particulares, relações de poder e hegemonias, atores sociais, etc., se arranjam, se cruzam, e se influenciam. Assim, compartilho do entendimento de Campos (2009) relativo ao processo saúde-doença enquanto um fenômeno social:

Suponho haver uma co-produção dialética “multifatorial” na gênese dos acontecimentos e do modo de ser e de funcionar dos sujeitos e de suas organizações. Conservo o conceito de “dialético” porque reconheço que estes fatores (agenciados por sujeitos) produzem efeitos contraditórios, com sentido e significados paradoxais, quando interagem para produzir uma determinada situação ou contexto singular. Na realidade, estes fatores/sujeitos atuam tanto de maneira complementar, quanto em linhas conflitantes.

São partes desta malha de relações que pretendo abordar. Principalmente a partir da minha experiência, mas também com idas e vindas entre conhecimentos da clínica e da gestão neste contexto da saúde, indivisíveis pela relação dialética que estabelecem. Vale destacar que este trânsito será feito enquanto ensaio, em que buscarei exercitar a interposição de saberes com os quais tive contato no ano do aprimoramento com elementos da minha experiência enquanto aprimorando.

Sendo assim, este texto deve ser visto mais como um itinerário que uma produção voltada para a divulgação de conhecimentos, embora a primeira condição não impossibilite a segunda. Com o itinerário de formação, é possível traçar:

...quais são as qualidades implícitas que estão na base de uma certa “escolha” profissional. Certamente que se pode estar aí por acaso. Mas isto nunca é puro acaso: existe sempre uma dimensão inconsciente na decisão de se engajar, mesmo nesses tempos de desemprego, em que se espera um trabalho. A formação deve, com efeito, poder se integrar ao desenvolvimento da personalidade (Oury, 1991).

A Descoberta da “Clínica das Toxicomanias”

Primeiramente, para que muitos dos elementos que serão apresentados neste texto façam sentido, parece importante contextualizar o fenômeno sobre o qual escrevo. Início elaborando uma brevíssima introdução sobre a história de co-produção da relação das pessoas com as drogas. O faço, principalmente, a partir da perspectiva de Antônio Escohotado (1998).

Escohotado, que possui uma trajetória interessante no estudo da relação do homem com as drogas, que até o levou a ser preso por dois anos sob acusação de narcotráfico, apresenta na introdução de sua obra (*ibid*) uma discussão problematizando os valores que a droga assume na sociedade ao longo do tempo. Um argumento que se destaca na discussão é o de que a classificação entre droga boa e droga ruim é algo arbitrário. Sobre isto, o autor diz o seguinte: “A fronteira entre prejuízo e benefício não existe na droga, senão em seu uso por parte do vivente”. Também destaca que “droga inócua não seria droga” (Escohotado, 1998).

Estes elementos são importantes para pensar o lugar da droga nos tempos atuais, em que se nota as substâncias psicoativas tomando o centro da cena, em vez do sujeito e de sua relação com tais substâncias. Ainda sob uma perspectiva histórica, é possível pensar que as drogas passaram a ser consideradas um problema na medida em que foram retiradas do contexto cultural que lhes davam sentido: rito, cura, recreação. E assim como as drogas passam a ser um problema, seu uso começa a se inserir no registro da ilegalidade e, posteriormente, da doença.

Santos (2005), apresenta indícios deste movimento no início da colonização do império Inca pelos espanhóis, quando estes proibiram o povo Inca de utilizar folhas de coca em rituais, por considerá-las como algo demoníaco. Escohotado (1998) diz o seguinte:

Apesar de milênios de uso festivo, terapêutico e sacramental, os veículos de embriaguez se converteram em um destacado empreendimento científico, que começou incomodando a religião e acabou encolerizando o direito, enquanto comprometia a economia e tentava a arte.

Esta descontextualização do uso de drogas talvez seja uma das principais características dos movimentos antidrogas que começaram a surgir no século XX. Pensando no enquadramento do uso de drogas enquanto doença, que também é imbuído desta descontextualização, ao centrar toda a problemática na explicação biomédica, tem-se como exemplo a explicação de Laranjeira (2010) sobre a dependência:

Um dos aspectos a destacar nesse debate é que a utilização contínua de qualquer substância psicoativa produz uma doença cerebral em decorrência do uso inicialmente voluntário. A consequência é que, a partir do momento que a pessoa desenvolve uma doença chamada "dependência", o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo as melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da sua relação com a família e com a sociedade.

É importante destacar que, com a apresentação deste fragmento de texto, não pretendo partir para um outro extremo, em que se desconsidera o impacto das drogas sobre o corpo. Falamos aqui, como expõe Costa- Rosa (2009), de uma relação específica com a droga em que a busca pelo gozo no corpo supera a manutenção da vida: “na toxicomania trata-se de um gozo que se quer absolutamente real; isto é, impossível de ser suportado pelo corpo” (p. 91).

O que pretendo é problematizar a maneira clássica de se abordar o fenômeno uso de drogas e toxicomania, que se dá pela via do saber biomédico e pela prerrogativa da abstinência.

A importância de se fazer esta discussão está no fato de que o modo de pensar/perceber um fenômeno, no caso o uso de drogas, dita os métodos e as técnicas utilizados para abordá-lo. Sob esta lógica, é possível pensar como as principais ofertas de cuidado ao público com problemas relacionados ao uso de drogas se constituíram no Brasil, destacando as Comunidades Terapêuticas, os Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, e os dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira voltados para este tipo de cuidado.

Quando se estuda a história da Reforma Psiquiátrica, percebemos que, na verdade, se trata da história das “reformas”. E esta abordagem histórica nos permite ver que as Comunidades Terapêuticas, que começaram a surgir no Brasil na década de 1960, eram algo inovador. Uma reforma. Como mostra Teixeira (1993, *apud* Tenório, 2002), foi uma tentativa de “montar um espaço institucional mais liberal e equânime”, fundamentado no conhecimento psicanalítico, em que se buscava interpretar, por meio das “leituras inconscientes” tanto os pacientes quanto a instituição e seus profissionais. Teixeira considera que um marco positivo deste movimento foi o surgimento da discussão do direito da pessoa dita louca à cidadania: “discute a questão da cidadania do doente mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta” (Teixeira, 1993, *apud* Tenório, 2002).

No entanto, o autor considera que, embora o modelo tenha proposto mudanças importantes na relação profissional–paciente, que promoveriam maior abertura à escuta e a diminuição na verticalidade desta relação, a experiência das comunidades terapêuticas foi, segundo ele, “apenas um intervalo liberal da vida asilar, seguido por um retorno ao modelo autoritário tradicional”, absorvida pelos manicômios privados em uma espécie de “jogada de marketing”. Foi uma época também em que a psicanálise passa a ocupar uma posição de saber hegemônico nas instituições psiquiátricas.

Quanto ao surgimento dos Alcoólicos Anônimos (AA), que originou também outros tipo de grupos chamados de ajuda mútua, como os Narcóticos Anônimos, aparentemente foi um movimento que ocorreu fora das instituições psiquiátricas clássicas, por iniciativa de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool. Campos (2004) mostra que a irmandade dos AA surgiu em 1935, na cidade estadunidense de Akron, Ohio, por iniciativa de Bill Wilson e Bob Smith.

De acordo com o registro histórico dos A.A., intitulado “Timeline of A.A. – 1935-2008”, Bill Wilson foi influenciado por um movimento popular chamado Oxford Group, que já trazia alguns dos princípios que foram incorporados à metodologia do A.A, “como

a promoção de mudanças pessoais a partir da elaboração de um inventário pessoal, da admissão de erros e tentativa de remediá-los, do uso de orações e meditação, e da transmissão da mensagem a outras pessoas”² (Escritório Mundial dos A.A., 2011).

Por volta de 1938, foi criado o programa dos 12 Passos, marca maior deste movimento, e ao longo do tempo houve um grande crescimento do número de grupos de A.A. por todo mundo. Segundo o Escritório Mundial dos A.A. (2011), no ano 2000 havia cerca de 2.160.013 pessoas associadas à irmandade e mais de 100.000 grupos de A.A., sendo o Brasil, de acordo com Soares (1999, *apud* Campos, 2004) o país com maior número destes grupos.

Anterior ao movimento dos grupos de ajuda mútua, encabeçado pelos A. A., surgiu o movimento conhecido como Redução de Danos. De acordo com Conte (2003), este inicia por volta de 1926, na Inglaterra, quando médicos são autorizados a prescrever opiáceos a pessoas com problemas relacionados ao uso desta substância como forma de tratamento. No entanto, as práticas de redução de danos se intensificam com o surgimento da AIDS, por volta da década de 1980 e, no Brasil, a partir da década de 90, o Ministério da Saúde passa a adotar esta perspectiva e os primeiros programas de redução de danos são criados.

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA, 2011):

Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. [...]. Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo.

Assim, na cena da produção de cuidado à pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas, há uma série de atores e instituições de cuidado que eu classificaria, por fins didáticos, para marcar algumas relações de conflito, entre atores/instituições com viés antidrogas e com viés da redução de danos. Porém, vale destacar que é um conflito que parte muito mais de trabalhadores da assistência e da gestão que

² “Members of the Oxford Group practiced a formula of self-improvement by performing self-inventory, admitting wrongs, making amends, using prayer and meditation, and carrying the message to others”.

propriamente do usuário que busca pelo cuidado. Do ponto de vista deste último, o que parece interessar é a variabilidade de ofertas, sejam elas quais forem.

Os Passos de Carlos até o CAPS ad

1. *“Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.*
2. *Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.*
3. *Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.*
4. *Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.*
5. *Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.*
6. *Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.*
7. *Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.*
8. *Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.*
9. *Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.*

10. *Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.*
11. *Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.*
12. *Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades”.*

Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos³.

Carlos será o nome fictício do jovem que atendi em psicoterapia. Na época dos atendimentos, tinha 19 anos e morava com sua família adotiva⁴, com a qual viveu desde seus nove meses de idade. Esta família era composta por sua tia (que Carlos considerava sua mãe), o marido desta tia (que considerava seu padrasto) e a filha destes dois, com 15 anos de idade. Os irmãos desta tia, que moravam na cidade, eram próximos, com exceção do pai biológico de Carlos, que o via poucas vezes, apenas quando este o visitava. Com um destes tios, estabeleceu vínculo importante desde quando era criança, mas que foi abalado a partir do momento em que Carlos apresentou problemas com consumo de álcool⁵.

Seu uso era quase diário e intenso. A quantidade era variada, mas sempre alta. Com frequência, Carlos era levado a um Pronto-Socorro, devido ao consumo exagerado que fazia, e se colocava em situações de risco⁶. Costumava gastar quantias de dinheiro que o endividava em bancos ou nos locais em que fazia uso do álcool, sendo que tinha preferência por beber em casas de prostituição.

³ Capturado no site oficial dos A.A. do Brasil em 26/02/2011, às 17:30h:
<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=14>

⁴ Descobriu que era filho adotivo aos 8 anos.

⁵ Este tio tinha histórico de uso abusivo de álcool, considerado pela família um quadro de dependência.

⁶ Carlos relatou certa vez que foi atropelado duas vezes em um mesmo dia quando andava pela rua alcoolizado. Já apresentou cortes profundos no super cílio direito e no queixo por conta de quedas, tendo perdido a consciência por estar alcoolizado diversas vezes em locais públicos.

Começou a beber quando tinha 14 anos. Relatou que fugia da escola para ir ao bar. Desde antes, Carlos apresentava dificuldades na escola⁷, que motivaram o início de acompanhamento com uma terapeuta ocupacional do Centro de Saúde de seu território, quando ele tinha 13 anos⁸. Esta profissional informou que, além das dificuldades na escola, ele se queixava de insônia.

A Terapeuta Ocupacional também expôs que a tia de Carlos limitava sua interação com seus pares, ao restringir sua circulação por lugares além da escola e a dificultar que Carlos levasse amigos para visitá-lo em casa: “a tia não permitia que Carlos levasse uma vida normal para um garoto de sua idade”. Há diversos relatos de Carlos durante os atendimentos que mostram que sua tia interferia excessivamente na maior parte de suas atividades⁹.

Nesta época, o tratamento de Carlos foi compartilhado com uma clínica-escola, em que foram trabalhados os problemas de aprendizagem. Carlos começou a apresentar melhoras, mas sua tia não contribuiu para a continuidade do trabalho.

Na medida em que Carlos intensificou seu uso, paulatinamente abandonou as atividades que costumava realizar, sendo uma delas de relevância importante: treinamento em um clube de futebol da cidade, pelo qual participava de competições e tinha bom desempenho, segundo seu relato. Aos 16 anos, percebeu que não conseguia conciliar o uso de álcool com suas outras atividades. Cabulava as aulas para ir ao bar, deixou de fazer atividades de lazer que gostava e perdeu contato com seus pares.

Foi neste período que Carlos foi internado pela primeira vez – e compulsoriamente¹⁰ – em uma Comunidade Terapêutica (CT). Esta internação durou 6 meses. Carlos relatou que se internou porque seus pais estabeleceram uma condição, em que ele deveria se internar ou sair de casa. Disse que não se internou porque queria parar de beber, mas porque não queria “passar necessidade” (sic). Sobre esta primeira

⁷ Carlos estudou até a sétima série, sendo que as três últimas séries foram concluídas em supletivo.

⁸ Ele foi acompanhado no Centro de Saúde por toda a infância e, nesta época, também foi acompanhado por um psiquiatra e um homeopata.

⁹ “Minha mãe [tia] quer saber de tudo. Quando eu saio, quer saber onde vou, a que horas chego. Até vendi meu celular porque ela não me dava sossego. Até me atrapalhava o serviço. Por conta dessa co-dependência da minha mãe, sou tratado como um garoto de 15 anos. Só que eu tenho 19. Já sou responsável pelo que faço” (sic).

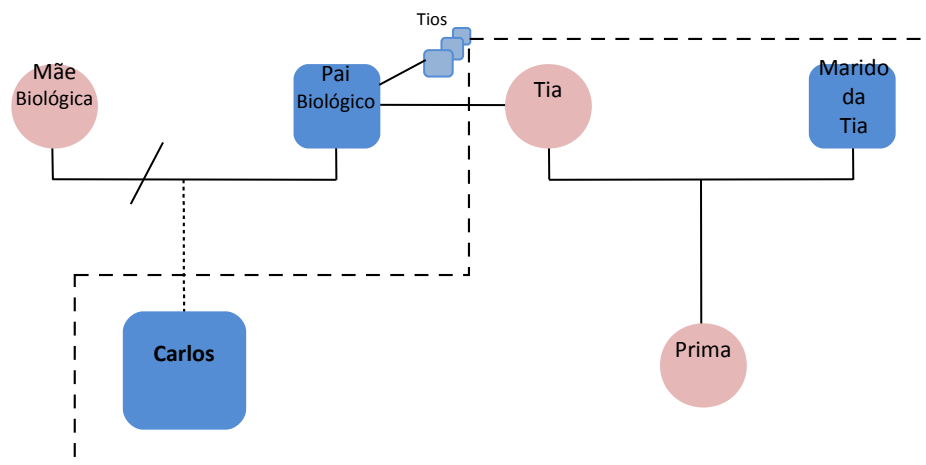
¹⁰ A lei 10216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, discrimina três tipos de internação psiquiátrica no art. 6º, parágrafo único: “I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça”.

internação, Carlos disse: “Eu estava no paraíso. Tinha piscina, comida...Só não tinha álcool”.

Duas semanas após a alta, recaiu e, em seguida, foi internado novamente (outra internação compulsória). Quando completou 3 meses de internação, iniciou um curso na CT para formação de conselheiro terapêutico. Neste período, Carlos se manteve abstinente e passou a estabelecer uma outra relação com a CT: agora era quase um membro da equipe e poderia integrá-la ao concluir o curso. No entanto, faltando dois meses para a conclusão do curso, Carlos interrompeu seu tratamento na CT, pois havia conseguido um trabalho. Dois meses depois, recaiu.

Carlos era repositor de estoque e teve problemas em conciliar o uso de álcool com seu trabalho. Antes de iniciar o tratamento no CAPS ad, passou por dois empregos sem conseguir concluir o período probatório, por excesso de faltas. Ele iniciou o tratamento no CAPS ad após a segunda demissão, quando uma profissional de um CAPS em que sua tia era atendida lhe indicou o serviço e o encaminhou.

Genograma e descrição da família de Carlos



- **Pai biológico:** é alcoolista. Abandonou a mãe de Carlos quando este era recém nascido. Carlos mantém contato esporádico.
 - **Mãe biológica:** entregou Carlos à sua tia quando este tinha nove meses e apresentava sinais de maus tratos (estava com marcas de queimadura feita com cigarro quando passou à guarda da tia). Ela quis recuperar a guarda de Carlos quando este tinha 12 anos, porém ele não aceitou e continuou vivendo com a tia.
- **Tia:** irmã do pai de Carlos. Não trabalha e faz tratamento em um CAPS III. Os profissionais que a atendem consideram que ela apresenta traços histéricos. Carlos refere que ela sofre de depressão grave (ela também diz isso). Quando não está bem, apresenta dificuldade para realizar atividades da vida diária. Por exemplo, não consegue sair de casa sozinha, pois pensa que pode cair. Ela entende que sua depressão e os problemas familiares são produzidos pelo consumo abusivo de álcool por Carlos.
 - **Marido da Tia:** a partir dos relatos de Carlos, foi possível notar que sua relação com o “padrasto” era frágil, sem trocas afetivas (“falamos somente o necessário” – sic).
- **Prima:** na relação com sua mãe (tia de Carlos), os papéis “mãe” e “filha” se invertem. A filha acaba adotando postura de cuidadora. A profissional do CAPS III que era referência da Tia relatou que, quando esta melhorava, o que implicava em um aumento de sua autonomia, sua filha se sentia deslocada. A relação desta prima com Carlos era conflituosa.

Enfim, A Chegada

Início do processo psicoterapêutico

Carlos chegou ao CAPS ad no início de março de 2010, apresentando sinais de síndrome de abstinência. Começou a frequentar os Grupos de Acolhimento¹¹ (GA) do CAPS, em que relatava sentir-se impotente diante do álcool e que entendia que as mudanças que desejava dependiam só dele para acontecerem. Neste início, em que frequentou os GAs, recaiu e foi encontrado ao chão, próximo a uma favela, com o supercílio direito cortado devido à queda. Em outro momento de recaída, relatou que foi a um prostíbulo e gastou mais de R\$500,00 em uma noite (boa parte deste dinheiro foi sacada do limite de sua conta).

Meu primeiro contato direto com Carlos foi um dia após esta ocorrência. Dei de encontro com ele quando contava sobre sua noite na casa de prostituição ao segurança do CAPS. Imediatamente, Carlos começou a dirigir-se também a mim para contar a história. Dizia que gastou todo seu dinheiro e que, pela primeira vez, havia transado com uma mulher. Ele contava a história em tom de chacota, de forma banalizada, e eu pedia detalhes de como havia sido a noite em tom mais sério. Neste dia, ofereci-me para conversar mais com ele caso quisesse. Carlos não conversou comigo e, partir deste dia, não apareceu no CAPS por 3 semanas aproximadamente.

A equipe de referência de Carlos, na qual eu estava me inserindo, discutiu seu caso e definimos que seria feito contato telefônico para agendar uma triagem. Marcamos a data e ele compareceu conforme combinado. Carlos relatara que manteve consumo contínuo de álcool durante o período que esteve distante do CAPS.

Durante a conversa, da qual a psiquiatra que o acompanharia também participou, Carlos relatou que se preocupava com seu futuro: *“Eu poderia estar fazendo várias outras coisas. Tenho 19 anos e fico bebendo ao invés de fazer outras coisas”*. Ele havia conseguido um emprego de repositor de estoque em uma loja e dizia estar

¹¹ São grupos formados por pessoas recém-chegadas ao serviço, ou retomando o tratamento após longo período afastadas, e cuja função é criar um espaço em que usuários e trabalhadores possam se conhecer e em que o usuário possa elaborar melhor o sentido de estar no CAPS, de iniciar um tratamento. O usuário participa de GAs por cerca de um mês até a primeira formulação do Projeto Terapêutico Singular. Para uma discussão mais extensa sobre os Grupos de Acolhimento, consultar o trabalho de Greco (2009).

gostando do trabalho. Foi seu terceiro emprego, tendo saído dos outros por excesso de faltas.

Disse também que se sentia um estorvo em casa e que pensava em se mudar: *“Eu queria mudar de casa. Porque, se o problema sou eu, o problema desaparece quando eu sair”*. Porém, sua família, assim como Carlos, não acreditava que ele era capaz de morar sozinho.

Carlos se queixou de insônia e, ao final da reunião, acordamos sobre seu tratamento no CAPS para as próximas duas semanas. Sugerimos oficinas, combinamos que ele iria todos os dias pela manhã ao CAPS durante aquele período, a médica receitou Diazepam 10mg, 3 vezes ao dia, e eu ofereci psicoterapia.

No dia seguinte à triagem, tivemos nossa primeira sessão de psicoterapia. A seguir, apresento parte do registro deste atendimento:

Carlos não havia bebido desde a conversa no dia anterior (fizemos um acordo em relação a isso). Disse que havia passado bem a noite, que no caminho entrou no bar, mas não bebeu, e começou a sessão dizendo que no caminho até o CAPS pensava em como uma coisa pode fazer bem e mal ao mesmo tempo. Carlos via o mal que a bebida faz a ele, mas não pode ficar sem beber, pois isso o deixa pior. Aproveitei para perguntar como era quando ele começou a beber.

Carlos relatou que, no começo da adolescência, sempre teve interesse em saber como era beber: “Eu via o pessoal bebendo na rua, com o som ligado e aquele monte de mulher dançando, e queria saber como era estar lá” (sic). Ele começou a beber aos 14 anos, em uma festa na casa dos avós em Fortaleza, entendendo que seria a forma de ser aceito por um grupo que estava lá, de pessoas bem mais velhas: “Tinha umas mulheres que falavam que homem que não bebe não é homem” (sic). Depois disso, passou a beber esporadicamente e a frequentar bares, passando a ter amigos mais velhos: “A coisa mais fácil que tem é fazer amigo no bar. Só que eles não são amigos” (sic).

[Carlos contou de como foram as duas internações em Comunidades Terapêuticas]

Pedi que Carlos explicasse como foi o episódio da recaída. Ele disse que sentia não ser um problema voltar a beber, pois já havia conquistado a confiança de todos. Neste momento, eu disse que a aceitação dos outros era algo muito

importante para ele. Ficamos em silêncio e Carlos se mostrou bastante inquieto [ele evitava o silêncio].

Tentativa de enquadre

De acordo com Costa-Rosa (2009), na psicanálise, especificamente na abordagem lacaniana, a análise do uso de drogas deve ser feita do ponto de vista do gozo no corpo, do mais-gozar, considerando-se o arranjo atual da sociedade, com destaque para a lógica de consumo. Sobre este arranjo, Santos (2005) diz o seguinte:

“O que presenciamos neste contexto é que a partir de uma concepção que a modernidade tem da consciência, a idéia de gozo encontra-se associada ao consumo, tendo uma ligação mais intensa com os conceitos de vontade e necessidade e não da ordem do desejo na dimensão do inconsciente. Ter e poder são conseqüentemente gozar; eis a lei da pós-modernidade”.

No primeiro atendimento, encontram-se alguns elementos que apareciam e foram trabalhados ao longo de todo o processo de psicoterapia. Um deles é o papel da bebida na vida de Carlos. Pude notar, a partir desta e de outras falas, que o álcool, além de ser uma fonte de sofrimento, a partir do momento em que o colocava no lugar de “problema da família”, também era uma fonte de prazer. Sua única fonte de prazer. Além de lhe dar a possibilidade de ser o “problema”, também lhe permitia ser “homem”, “fazer amigos”, esquecer os problemas, conhecer mulheres e dar vazão à sua sexualidade. Abria-lhe outras possibilidades, sendo algumas essenciais à vida, que lhe eram negadas no contexto familiar... e por ele mesmo.

A questão da extração do gozo no corpo fica evidente na medida em que, primeiramente, se nota um uso compulsivo de bebida que se encerra somente quando não há qualquer possibilidade de continuação, seja porque todos os meios de se obter a bebida – todos mesmo – tenham se esgotado, ou pela síncope produzida pelo uso exagerado. Além disso, era só pela via da completa embriaguez que Carlos conseguia suportar a vida. Era recorrente ouvir falas de Carlos como: “quando bebo, meus problemas acabam”.

A partir dos elementos citados acima, penso em uma analogia, em que a ebbriedade entra na vida de Carlos como uma ante-sala entre um mundo de pressões massacrantes e um mundo que ele nunca teve oportunidade de experienciar, relativo ao gozo fálico. Esta percepção parece corroborar com a apresentada por Costa-Rosa (2009), em que os alcoolistas parecem viver um conflito entre a escolha pelo mais-gozar e o “empuxo ao narcisismo pelo culto dos valores socialmente desejados”. Inclusive, o autor aponta como este conflito leva o alcoolista a se engajar em práticas ritualizadas oferecidas pela sociedade, como é o caso da metodologia dos A. A.

A ideologia dos A.A. permeava as sessões de psicoterapia constantemente. Carlos evocava o discurso das CT/A.A. para falar de si: “Sou um dependente”; “Meu problema é o alcoolismo”; “[Quando recaio] sinto um fracasso espiritual”; “Eu evito mentir, porque sei que quando minto, é pra mim mesmo. Não to enganando o outro, mas me enganando” (Carlos reproduzia esta mesma fala em outros momentos e em outros espaços).

Este discurso era muito evidente nas primeiras sessões e apareceu paulatinamente menos a cada sessão posterior. Notava que esta era uma maneira de Carlos não entrar em outras questões: defesa pela via da racionalização. No entanto, esta problemática não aparece somente nos atendimentos de Carlos, mas na maioria dos casos de pessoas que frequentaram ou frequentam os A.A. ou N.A.¹², o que parece uma evidência de que a metodologia destes grupos de ajuda mútua não promove o protagonismo do sujeito. Não produz questões e responsabilização do sujeito por seu processo de tratamento e sua vida.

As prerrogativas contidas nos 12 Passos indicam isto, na medida em que, por exemplo, o processo de “cura” depende do reconhecimento do álcool enquanto uma entidade que tira o controle da pessoa sobre a sua vida e que este controle só pode ser restituído pela rendição da pessoa a um Poder divino e pelo seguimento minucioso dos 12 Passos. No caso de Carlos, notei que sua experiência com os A.A. produziu mais culpa e medo da recaída que uma emancipação.

Continuando o enquadre, é importante destacar dentro desta construção simbólica de Carlos em torno da bebida (bebida = ser homem = ter mulheres = ter amigos) a relação íntima da família de Carlos com o álcool. A família de Carlos é originária da região nordeste e lá seus avós eram donos de um alambique. Como Carlos,

¹² segundo a minha percepção e da equipe do CAPSad.

seu pai e um tio, do qual ele era próximo, tiveram problemas relacionados ao uso de álcool. Além disso, interessa citar que Carlos nunca mencionou uso de outras substâncias além do álcool.

Bebida é igual a ser parte da família? Era uma constante nas falas de Carlos o sentimento de ser alguém que vive com uma família, sem ser parte dela: “[com meu padrasto], converso somente o necessário”; “evito contato com minha família”; “fico o tempo todo jogando vídeo game ou mexendo no computador”. A família, por outro lado, personificava em Carlos o mal-estar que viviam, principalmente sua tia. Carlos dizia que era comum ouvir a tia lhe dizendo que “tinha depressão por causa dele”. Ela também mantinha este discurso quando falava comigo.

Olievenstein (1985) teoriza que, de um modo geral, as famílias suportam coisas que a sociedade não suportaria. Mas um resultado disto é a produção de escapes, ou nas palavras do autor, “excreções”, sendo uma forma de escape a produção de um bode expiatório, em que se deposita as angústias dos familiares, dentre elas a angústia de morte¹³. No entanto, o autor coloca que, neste modo das famílias funcionarem, há uma dinâmica que torna tudo isto suportável:

[...] não se trata de relações estáticas e imutáveis, e as vibrações afetivas produzem uma confusão que é indispensável. Caso contrário, se o papel de bode-expiatório-pecador se tornasse claro para todos, a situação ficaria insustentável e o alívio só poderia se dar através da morte (assassinato ou suicídio).

Mas afinal, o que será que, neste caso, a sociedade não suportaria? Além do alcoolismo, penso no acolhimento de uma criança sem pais, sendo o pai não tão ausente, mas alheio; penso na tensão que este acolhimento causa em uma família já estruturada. Também penso na série de sofrimentos e conflitos que se alojam no seio desta família, como a depressão/histeria, a passividade facilmente convertida em heteroagressividade, a inversão de papéis... Elementos que às vezes nem mesmo os serviços de saúde suportam.

Por fim, vale encerrar esta seção com silêncio. Os silêncios de Carlos, em que a boca fechava, mas o corpo falava. Era freqüente ver Carlos entrar em um crescente de inquietação, de agitação motora, sempre que havia um silêncio na sessão. Aos poucos,

¹³ Foucault (*apud* Olievenstein, 1985) defende que as religiões e a loucura também têm esta função.

pude perceber que não havia um silêncio. Eram silêncios, que assumiam significados diferentes¹⁴.

Últimos Encontros, com Carlos, com o CAPS ad...

Da antiguidade nos chega um conceito – exemplarmente exposto pelo grego phármakon – que indica remédio e veneno. Não uma coisa nem outra, mas as duas inseparavelmente.

A. ESCOHOTADO.

Carlos

Nosso processo de psicoterapia se encerrou no início de 2011, aproximadamente 3 meses depois que Carlos começou a trabalhar como auxiliar de entregas em uma empresa de laticínios. Passou pelo período probatório, foi efetivado e se sentia satisfeito com o emprego. Desde o início do trabalho na empresa, começou a faltar a alguns atendimentos agendados¹⁵ e, posteriormente, faltou em todos os que agendamos. Foi ao CAPS ad algumas vezes, sem agendamento e, quando era possível, conversávamos.

Atribuo esta finalização principalmente à possibilidade de que, com a conquista do emprego, o espaço de psicoterapia tenha perdido o sentido para Carlos, visto que o trabalho era um tema constantemente trazido a cena nos atendimentos. Ele falava disso da perspectiva do incapaz, de alguém sem condições de trabalhar, já que, desde quando iniciou o uso da bebida, ficou “estagnado” (sic). Assim, a partir do momento em que ele contraria suas próprias regras – a lógica do incapaz – talvez tal encadeamento simbólico tenha se anulado.

Em nosso último atendimento, Carlos se queixou de seu consumo de álcool, que parecia ainda muito intenso. Em seu discurso, enfatizava como não conseguia parar e como colocava constantemente seu emprego em risco por conta disto. No entanto,

¹⁴ Para um estudo sobre diferentes formas de silêncio, ler Hernandez (2004).

¹⁵ A iniciativa de agendar os atendimentos, desde este momento, partiu sempre de mim.

desde quando foi efetivado, nunca destacou este fato como uma conquista, nem o fato de conseguir adequar seu consumo ao ritmo de trabalho, que por sinal também era bem intenso (trabalhava das 4h às 17h), ou que já conseguia contribuir com as despesas da casa, algo do qual se cobrava bastante quando não trabalhava.

Mantinha o discurso da culpa, bem como a dificuldade de falar de seu consumo também pela perspectiva do prazer. Carlos certa vez disse o seguinte: “parece que tem um muro que não deixa eu ver minhas qualidades”. O tal muro continuou forte.

O impedimento por incompatibilidade de horários dos atendimentos e do trabalho não aconteceu, pois havia dois dias da semana em que Carlos tinha uma parte da tarde livre. No entanto, nota-se com frequência no CAPSad que o funcionamento deste serviço somente em horário comercial inviabiliza a continuidade do tratamento para os usuários que trabalham. Diante disto, a equipe tem discutido maneiras de ampliar o horário de funcionamento para atender a esta população.

CAPS ad

Ao final deste processo, quando olho para a equipe e tento explicar a partir da minha experiência o seu processo de trabalho, penso que o termo *phármakon* é uma constante no dia-a-dia do CAPS. Percebi um modo de operar deste coletivo que se mostrou ao mesmo tempo potente e despotencializador, progressista e conservador, remédio e veneno. *Phármakon*. Chamarei este modo de operar de “Trabalho Sem Dúvida” e escolhi este nome porque traz consigo dois significados. Um deles, que se refere ao que suscitou em mim uma paixão pelo trabalho desta equipe (trato disto mais adiante), é que não há dúvidas de que a equipe executa seu trabalho. Impressiona o modo como a equipe se mantém na tarefa primária que fundamenta a instituição.

No entanto, parece-me que o ônus disto é a obrigação de trabalhar sem dúvidas: evitando o sentimento de dúvida, a contradição e o conflito. E há uma lógica possível nisto: a dúvida nos imobiliza e, portanto, não é possível arriscar. Pude perceber que a evitação da dúvida muitas vezes produziu silêncios e, com isto, um clima de vigilância sem comunicação que culminou em um sentimento de persecutoriedade. Tiro estas conclusões a partir da dinâmica e de falas da equipe nas reuniões em que eram discutidos assuntos polêmicos ou na supervisão institucional.

Mas, tal mecanismo de defesa não se forma gratuitamente. O CAPS ad está exposto a uma série de pontos de tensão muito difíceis de suportar. Dentre estes, poderia citar as críticas do viés antidrogas, potencializadas pela mídia e pelo senso comum; as ações políticas verticais, com viés higienista ou da clínica da abstinência; a pressão dos usuários pelo tratamento clássico (medicalização e internação), etc. Como disse o coordenador do serviço quando nos apresentou o CAPS ad, “estamos constantemente remando contra a maré”.

Outro ponto de tensão importante seriam as intervenções dos estagiários¹⁶, considerando que muitas vezes estas intervenções podem produzir alguma medida de sofrimento para a equipe. Este é um ponto de tensão especial, que consideraria um analisador desta dinâmica *phármakon*. Em Campinas, o CAPS ad talvez seja a instituição de saúde de seu gênero, considerando suas proporções, que receba o maior número estagiários. Não somente no sentido de abrir as portas do serviço para que os estagiários possam conhecê-lo, mas de inseri-los na equipe.

A mim, este analisador – grande número de estagiários inseridos de fato na equipe – indica tanto a capacidade da equipe em manter-se na tarefa quanto um desejo de conseguir olhar para a contradição. Seria um modo mais protegido de viver a dúvida.

¹⁶ Incluindo os aprimorandos e residentes.

...E Comigo

“Mas e aí cara, por que você escolheu a saúde mental? Você tava no meio da sua galera da faculdade, bem louco, e pensou na gente? Foi por dó dos loucos?”

Usuário de um CAPS de Campinas.

“Senti um alívio imenso quando notei minha sinceridade ao responder que não”

Eu.

Trabalhar como aprimorando no CAPS ad foi uma escolha, assim como o foi para meus colegas. Porém, me pareceu, de início, uma escolha pueril. Parecia-me que havia escolhido o CAPS ad porque “fui com a cara da equipe”. Durante a fase em que visitamos os serviços em que poderíamos realizar nossas atividades práticas, lembro que fui tomado de uma empolgação tremenda quando ouvi a apresentação que o coordenador fez do serviço. Depois que decidi trabalhar naquele CAPS, constantemente era arrebatado pela incógnita: por que o CAPS ad? Será mesmo que escolhi porque fui com a cara do coordenador ou da equipe? Não lembro de um interesse pelo tema na universidade... Nunca estudei seriamente algo sobre essa área antes.

Toda esta dúvida me levou a trabalhar no registro de meu itinerário de aprimorando, algo que nossa supervisora sempre sugeriu que fizéssemos. Com isto,

pude encontrar algumas respostas, algumas motivações. Abaixo, transcrevo parte deste texto:

POR QUE CAPS AD?

Tenho pensado em porque escolhi trabalhar com a população dependente de álcool e outras drogas sentindo sempre uma estranheza. Por que diabos me interessei tanto por este tipo de trabalho somente agora, sendo que poderia, muito bem, ter me envolvido com isto antes? Estava difícil fazer uma ligação lógica com o que vivi no passado e minha situação atual. Mas acho que agora consegui vislumbrar estas relações.

Até quando entrei na universidade, nunca havia presenciado situações envolvendo qualquer outra droga que não fosse álcool ou cigarro (raras vezes me deparei com maconha e morria de medo de maconheiro até os 17 anos), menos ainda situações em que pudesse discutir sobre a questão das drogas livremente. Quando se tocava no assunto, o que era raro, as discussões só eram permeadas por uma ideologia repressora, em que se ignorava a existência das drogas ilícitas, o abuso de drogas lícitas, e quando surgia o dependente, se tratava de enquadrá-lo rapidinho na sub espécie dos homo stupidus.

[...]

Chegando na universidade, saí de um contexto de negação da droga para outro que a tinha como objeto de fetiche. O bom é que já se podia falar sobre as drogas com as pessoas. O ruim é que só falávamos besteiras. Mas, o engraçado era que quase todo mundo usava (uau!).

[...]

Em um estágio, acompanhei uma criança de quatro anos, cuja mãe era usuária e havia sido presa por tráfico de drogas. A criança tinha a saúde extremamente frágil por conta do consumo de crack da mãe durante a gestação e era e tão revoltada que me fazia sentir pena. Sei que a questão do tráfico é complexa, que por trás há um processo histórico que envolve muitas instituições, mas não conseguia deixar de fazer a relação imediata entre o tráfico e o sofrimento daquela criança e de tantas outras de sua turma.

Posteriormente, tendo considerado a questão com as drogas “superada”, a engavetei e segui minha vida, com a conclusão de que as drogas podem ser um tapume em nossas relações com o mundo, que estrategicamente empregamos em situações que nos mobilizam e com as quais nos parece ser impossível lidar. Se eu

não sei resolver o problema, o enterro, oras. Só que o enterramos vivo e este sempre dá um jeito de sair por outro buraco.

Por fim, acho que aí está a resposta para aquela pergunta. Quando ouvi a apresentação do coordenador sobre o que se faz no CAPS AD, me apaixonei. Não pela equipe, mas pela proposta de trabalho daquele CAPS que todos eles sustentam. Proposta de tentar pensar a questão do consumo de drogas sem hipocrisia, sem o discurso da repressão, que leva ao discurso da abstinência. Proposta de tentar entender as relações das pessoas com o mundo, percebendo assim que a droga é apenas um componente dentre vários outros tão importantes.

Trabalhar no CAPS AD não será apenas uma estratégia para aprender direitinho sobre processos de gestão, mas uma forma de tirar da gaveta aquela conclusão que ainda merecia ser elaborada.

E a tal elaboração de fato aconteceu. Ainda acontece e sempre acontecerá. Novas questões sempre surgem no trabalho no CAPS ad. No entanto, pude elaborar outras também. A principal delas foi a minha identidade profissional, sendo que este processo se deu de modo doloroso desde o início. Primeiramente, porque me inseri em um contexto em que senti que a maioria das coisas que aprendi na graduação não tinha lugar. E era ainda mais sofrido quando pensava que eu sabia desde o início que seria assim.

Senti uma ansiedade constante em meu trabalho no CAPSad, motivada, penso eu, por um misto entre o sentimento persecutório compartilhado pela equipe (o que a equipe vai achar do que estou fazendo?) e a falta de confiança em minhas intervenções.

Acredito que esta falta de confiança esteve, em partes, relacionada à falta de uma postura teórica definida. Mas, como assumir uma postura teórica? Esta foi uma pergunta que me perseguiu por muito tempo sem que eu pudesse dar uma resposta. Talvez porque respondê-la significasse aceitar que eu teria que abrir mão de algumas coisas que aprendi na graduação e que considero relevantes.

Porém, percebi que não se tratava apenas de abrir mão de algo, mas de dar lugar a outros elementos que sustentem minha prática no contexto de trabalho que escolhi. Não subtrair para dar lugar à outra coisa, mas agregar o novo. Isto exige que deixemos de nos dedicar ao que é antigo para assimilar o novo, mas sem necessariamente esquecer o primeiro.

Por fim, vale destacar que o aprimorando muitas vezes agride a equipe com seus questionamentos. Numa equipe com dificuldade de acessar a dúvida, as perguntas poderiam ser recebidas como ataque. Isso gerou em mim muita ansiedade, mas mostrou que tenho que fortalecer meus limites, minhas opiniões, para suportar essa posição tão necessária na vida profissional, que é a de colocar questões que se mostram necessárias na reflexão sobre as práticas de um coletivo, mas que, por alguma razão, não aparecem.

Referências Bibliográficas

Alcoholics Anonymous World Services. **Timeline of A.A. – 1935 – 2011** [online] [acesso em: 2011 Fev. 23]. Disponível em <http://www.aa.org/aatimeline/>.

Campos, E. A. As Representações Sobre o Alcoolismo em uma Associação de Ex-Bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Caderno Saúde Pública**. 2004; (5) 20, p. 1379 – 1387.

Campos, G. W. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos G W S, Minayo M C S, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho Y M, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – FIOCRUZ; 2009, p. 41-80.

Conte, M. Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis? In: **Jornada Clínica da APPOA**, 2003.

Costa-Rosa, A. Algumas Notas sobre Subjetividade e Uso de Drogas. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2009; (8): 10, p. 88-97.

Escohotado, A. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Espasa; 1998.

Greco, C. P. **O Grupo de Acolhimento: um dispositivo para facilitar a adesão ao tratamento**. Campinas: UNICAMP. 2009.

Hernandez, J. O Estatuto do Silêncio. **Psicologia USP**. 2004; (15) 1/2; p. 129-147.

International Harm Reduction Association. **O que é Redução de Danos?** [online] [acesso em: 2011 Fev. 23] Disponível em http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf.

Laranjeira, R. Legalização de Drogas e a Saúde Pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010; (15) 3, p. 1-19.

Olievenstein, C. **O Destino do Toxixômano**. São Paulo: ALMED; 1985. Cap. 3: O Idiota da Família.

Oury, J. Itinerários de Formação. **Revue Pratique**. 1991; 1, p. 42-50.

Santos, C. E. **A Reincidência na Drogadição a Partir da Visão do Adicto**; 2005. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Faculdade de Ciências e Letras, UNESP Assis.

Tenório, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 2002; (1) 9, p. 25-59.