



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

PEDRO MARTINI BONALDO

**DISPOSITIVOS DE GRUPOS REFLEXIVOS-TRANSICIONAIS NO
TRATAMENTO DA TOXICOMANIA NO BRASIL E NA FRANÇA**

BRASÍLIA

2025

PEDRO MARTINI BONALDO

**DISPOSITIVOS DE GRUPOS REFLEXIVOS-TRANSICIONAIS NO
TRATAMENTO DA TOXICOMANIA NO BRASIL E NA FRANÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para obtenção do título de doutor referente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Matos do Amparo.

BRASÍLIA

2025

Trabalho de doutorado apresentado à Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para obtenção do título de doutor referente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo (presidente da comissão)
Universidade de Brasília

Profa. Dra Marjorie Roques (membro externo)
Universidade de Borgonha

Profa. Dra. Regina Lúcia Sucupira Pedroza (membro interno)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio Carlos Nunes de Carvalho Júnior (membro externo)
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Prof. Dr. Roberto Menezes de Oliveira (membro suplente)
Centro Universitário Unieuro

BRASÍLIA

2025

A doença foi bem a razão

De todo o impulso de criar;

Criando eu pude me curar,

Criando eu me tornei sãο.

(Heine, 1844 citado por Freud, 1996a, p. 20)

Agradecimentos

A realização deste trabalho contou com a colaboração de muitas pessoas, sem as quais eu jamais teria tido a oportunidade de realizá-lo. Bem, começo meus agradecimentos ao meu pai, Antônio de Pádua Bonaldo, e à minha mãe, Angelica Carvalho Martini. O amor e o carinho dedicados a mim ao longo de toda a minha vida me energizam todos os dias para enfrentar a realidade. Mais do que isso, sei o quanto vocês fizeram sacrifícios pessoais para poder investir psiquicamente e financeiramente na minha formação. Obrigado por me amarem tanto em um mundo cada vez mais indiferente à alteridade.

À estrela guia que ilumina meu caminho, Mariana Lima Martini Bonaldo, a companheira que está comigo em todas as lutas, prazeres e desprazeres. Mariana, você faz todos os meus dias mais felizes, até nos momentos triviais, como acordar e tomar café da manhã, que se tornam momentos regados a amor e carinho. Lacan nos ensina que a falta é inextinguível e que o amor teria uma contradição da ordem do impossível: “amar é dar aquilo que não se tem para quem não quer”. No entanto, de alguma forma, seu amor e sua ternura bordeiam essa falta constitutiva e me enchem de alegria.

À minha mestra, amiga e orientadora, Deise Matos do Amparo, que me recebeu de braços abertos desde a minha iniciação científica até o final do meu doutorado. Deise, obrigado por me acolher e me ensinar tanto! Puxa vida, já faz mais de 10 anos que nos conhecemos, e eu não me canso de trabalhar contigo. Obrigado por ser uma orientadora presente e pela dedicação em me ajudar a realizar o sonho de poder fazer parte do doutorado na França. Espero que possamos continuar essa amizade e trabalhar juntos!

À Marjorie Roques, amiga e coorientadora na França. A dedicação de Marjorie em me receber e poder me orientar na França fez com que essa tese tivesse uma etapa importante na

França. Para além das orientações, Marjorie fez com que eu, um estrangeiro, me sentisse em casa. Obrigado.

À Mélina Meunier, por sua generosa ajuda nas traduções entre o francês e o inglês, e, acima de tudo, pela dedicação e profissionalismo no trabalho com usuários de saúde mental na França. Mélina, sua presença e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

A Baptiste Lignier, pelo acolhimento caloroso na França e pelo inestimável apoio na realização da etapa deste trabalho com usuários de saúde mental. Baptiste, sua disponibilidade e dedicação foram essenciais para que essa experiência se concretizasse e se tornasse tão enriquecedora.

À Roberta Martini Bonaldo, minha irmã. Certamente mais do que uma irmã, uma pessoa que me inspirou e me inspira todos os dias a seguir a carreira acadêmica com dedicação e comprometimento. Roberta, mesmo tão longe fisicamente, seus ensinamentos e seu amor podem ser sentidos no meu dia a dia.

A Bruno Martini Bonaldo, meu irmão. Como poderia esquecer da pessoa que me trouxe para Brasília e que sempre me apoiou nos momentos bons e ruins da vida? Bruno, tenho por você um grande carinho e admiração e, sobretudo, uma profunda gratidão por fazer parte da minha vida. Obrigado por ser esse bom amigo e irmão que você é.

Ao Grupo B (Lab): Giulia, Luana, Vitor, Virginia, Juscelino e Diogo. Certamente são meus amigos que descobriram comigo o campo da saúde mental e se mantêm unidos pelos laços de amizade. Obrigado, amigos, por fazerem parte dessa jornada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de uma bolsa como parte da etapa de doutorado sanduíche na França. Certamente foi

imprescindível o financiamento dispensado para a realização de uma etapa importante no país estrangeiro.

Aos usuários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Obrigado por permitirem que eu desenvolvesse minha pesquisa neste espaço e por terem confiado neste projeto interventivo.

Aos usuários e profissionais dos Centros de Atendimento e Prevenção em Adictologia (CSAPA) na França. Novamente, essas pessoas permitiram que eu desenvolvesse parte da minha tese neste espaço e foram bastante acolhedores e amáveis durante todo o desenvolvimento.

Resumo

A clínica da toxicomania enfrenta diversos desafios, sobretudo nos espaços privilegiados para o seu tratamento. Esta tese traz uma revisão conceitual sobre os sistema de tratamento no Brasil e na França, discute as dimensões psíquicas da toxicomania e, propõe, com base na teoria de Roussillon, diferentes dispositivos terapêuticos de grupo reflexivos-transicionais para auxiliar na promoção de simbolização e subjetivação, fundamentais para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no Brasil e no *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)* na França, em Dijon. Os toxicômanos são frequentemente tratados no contexto dos problemas gerais do uso de álcool e outras drogas, sem que sejam consideradas as especificidades dessa clínica e dos processos de simbolização. Ao abordar os dispositivos relacionados à saúde, destaca-se a importância do conceito de Roussillon sobre a criação de dispositivos que sejam moldados à medida da capacidade de simbolização, ao mesmo tempo que refletem sobre o favorecimento da reflexividade e a transitoriedade nessa clínica. Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo identificar, nos CAPS AD, a eficácia de dispositivos e processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental, além de propor práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado nos CAPS AD – Brasil e CSAPA- França, como o grupo reflexivo-transicional para a clínica da toxicomania. Assim, esta pesquisa se organiza em torno de uma metodologia de pesquisa qualitativa. A primeira etapa, visa investigar os processos de tratamento no CAPS AD e as condutas que podem culminar na institucionalização. Nas segunda e terceira etapas, foram desenvolvidos dispositivos de grupo reflexivos-transicionais, baseado na metodologia qualitativa clínica com epistemologia psicanalítica, particularmente fundamentada nos trabalhos de Roussillon, Brun e demais autores da Escola de Lyon - França. A primeira etapa contou com entrevistas com os profissionais do CAPS AD e com a imersão no cotidiano do serviço de saúde. Na segunda etapa, foi proposto um grupo reflexivo transicional com pacientes atendidos no CAPS AD com problemáticas ligadas ao uso de álcool e outras drogas. A terceira etapa ocorreu no CSAPA, na França, com proposição de um grupo reflexivo-transicional, no modelo de um ateliê de escrita com pacientes com problemas de álcool e outras drogas. Em todas as etapas foram utilizados diários de campo e, no caso do grupo, os encontros foram gravados e transcritos. Todo o material da pesquisa foi analisado seguindo os critérios da epistemologia qualitativa proposta. Nos resultados, destacou-se que o grupo de reflexivo transicional proporcionou uma transformação simbólica importante para os participantes, desenvolvendo a função imaginativa e permitindo a construção de metáforas como forma de simbolizar angústias corporais. Esse trabalho permitiu a expressão e a integração de sensações primitivas, até então sem forma, promovendo um espaço seguro para a manifestação e processamento dessas angústias por meio dos meios maleáveis. Dessa forma, os usuários conseguiram representar suas experiências corporais, indicando um processo de elaboração emocional e simbólica. Adicionalmente, os resultados enfatizam o papel do clínico como um “meio maleável”, necessário para sustentar e apoiar o desenvolvimento da função reflexiva dos usuários. A experiência do grupo reflexivo-transicional demonstrou que a transferência no grupo, associada à função de continência e à capacidade de suportar o sentir corporal, foi essencial para a restauração e elaboração dos pacientes, oferecendo-lhes novas possibilidades de significação e sentido.

Palavras-chave: toxicomania, grupo, psicanálise, saúde mental.

Abstract

The clinical treatment of addiction faces numerous challenges, especially within the specialized spaces dedicated to this care. This thesis provides a conceptual review of treatment systems in Brazil and France, discussing the psychological dimensions of addiction and proposing, based on Roussillon's theory, various reflexive-transitional group therapeutic interventions aimed at fostering symbolization and subjectivation—fundamental for treating alcohol and drug users in Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPS AD) in Brazil and in *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)* in France, specifically in Dijon. Addicted individuals are often treated within the broader context of alcohol and drug use issues, without regard for the unique needs of this clinical population and its processes of symbolization. By addressing health-related interventions, the importance of Roussillon's concept regarding the creation of interventions tailored to the patients' capacity for symbolization is highlighted, while also fostering reflection and transience in this clinical work. Thus, this research aims to identify, within CAPS AD, the effectiveness of certain interventions and practices that may still result in the institutionalization of mental health users, and to propose differentiated healthcare practices through new interventions in CAPS AD – Brazil and CSAPA – France, such as the reflexive-transitional group intervention for addiction treatment. This research is structured around a qualitative research methodology. The first phase seeks to investigate treatment processes within CAPS AD and practices that may lead to institutionalization. In the second and third phases, reflexive-transitional group interventions were developed based on clinical qualitative methodology grounded in psychoanalytic epistemology, particularly supported by the work of Roussillon, Brun, and other authors from the Lyon School in France. The first phase involved interviews with CAPS AD professionals and immersion in the daily workings of the healthcare service. In the second phase, a reflexive-transitional group was proposed for patients at CAPS AD dealing with issues related to alcohol and drug use. The third phase took place at CSAPA in France, with a reflexive-transitional group intervention in the form of a writing workshop for patients facing alcohol and drug issues. In both phases, field journals were used, and group sessions were recorded and transcribed. All research material was analyzed following the criteria of the proposed qualitative epistemology. Results indicated that the reflexive-transitional group enabled significant symbolic transformation for participants, developing their imaginative function and allowing them to construct metaphors as a means of symbolizing bodily anxieties. This process fostered the expression and integration of previously formless primitive sensations, creating a safe space for the emergence and processing of these anxieties through malleable mediums. Thus, users were able to represent their bodily experiences, indicating a process of emotional and symbolic elaboration. Additionally, the results highlight the clinician's role as a "malleable medium," essential in sustaining and supporting the users' reflective function development. The reflexive-transitional group experience demonstrated that the transference within the group, combined with the containing function and the ability to support bodily sensations, was crucial for patient restoration and elaboration, offering new possibilities for meaning and understanding.

Keywords: addiction, group, psychoanalysis, mental health.

Resumen

El tratamiento clínico de la adicción enfrenta numerosos desafíos, especialmente en los espacios especializados dedicados a esta atención. Esta tesis presenta una revisión conceptual de los sistemas de tratamiento en Brasil y Francia, discutiendo las dimensiones psíquicas de la adicción y proponiendo, con base en la teoría de Roussillon, varios dispositivos terapéuticos de grupo reflexivo-transicional destinados a promover la simbolización y la subjetivación, fundamentales para el tratamiento de usuarios de alcohol y otras drogas en los Centros de Atención Psicosocial para Alcohol y Drogas (CAPS AD) en Brasil y en los *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)* en Francia, específicamente en Dijon. Los individuos con adicción a menudo son tratados en el contexto general de problemas de consumo de alcohol y otras drogas, sin tener en cuenta las especificidades de esta clínica y de los procesos de simbolización. Al abordar los dispositivos relacionados con la salud, se destaca la importancia del concepto de Roussillon sobre la creación de dispositivos adaptados a la capacidad de simbolización de los pacientes, a la vez que se fomenta la reflexividad y la transitoriedad en esta práctica clínica. De este modo, esta investigación tiene como objetivo identificar, en los CAPS AD, la efectividad de ciertos dispositivos y prácticas que pueden culminar en la institucionalización de los usuarios de salud mental, además de proponer prácticas diferenciadas en salud mediante nuevos dispositivos de atención en los CAPS AD - Brasil y CSAPA - Francia, como el grupo reflexivo-transicional para la clínica de la adicción. Esta investigación se organiza en torno a una metodología de investigación cualitativa. La primera etapa busca investigar los procesos de tratamiento en el CAPS AD y las prácticas que pueden conducir a la institucionalización. En la segunda y tercera etapas, se desarrollaron dispositivos de grupo reflexivo-transicional basados en una metodología cualitativa clínica fundamentada en la epistemología psicoanalítica, particularmente apoyada en los trabajos de Roussillon, Brun y otros autores de la Escuela de Lyon en Francia. La primera etapa incluyó entrevistas con profesionales del CAPS AD y una inmersión en la vida cotidiana del servicio de salud. En la segunda etapa, se propuso un grupo reflexivo-transicional con pacientes atendidos en el CAPS AD con problemáticas relacionadas al consumo de alcohol y otras drogas. La tercera etapa se desarrolló en el CSAPA, en Francia, con una propuesta de grupo reflexivo-transicional en forma de un taller de escritura para pacientes con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. En ambas etapas se utilizaron diarios de campo y, en el caso del grupo, las sesiones fueron grabadas y transcritas. Todo el material de investigación fue analizado siguiendo los criterios de la epistemología cualitativa propuesta. Los resultados indicaron que el grupo reflexivo-transicional permitió una transformación simbólica significativa para los participantes, desarrollando su función imaginativa y permitiéndoles construir metáforas como una forma de simbolizar las angustias corporales. Este proceso facilitó la expresión e integración de sensaciones primitivas hasta entonces sin forma, creando un espacio seguro para la manifestación y procesamiento de estas angustias a través de medios maleables. De este modo, los usuarios lograron representar sus experiencias corporales, indicando un proceso de elaboración emocional y simbólica. Además, los resultados subrayan el rol del clínico como un "medio maleable", necesario para sostener y apoyar el desarrollo de la función reflexiva de los usuarios. La experiencia del grupo reflexivo-transicional demostró que la transferencia dentro del grupo, asociada a la función de contención y a la capacidad de sostener el

sentir corporal, fue crucial para la restauración y elaboración de los pacientes, ofreciéndoles nuevas posibilidades de significación y sentido.

Palabras clave: adicción, grupo, psicoanálisis, salud mental.

Résumé

La prise en charge clinique de la toxicomanie fait face à de nombreux défis, en particulier dans les espaces dédiés à ce type de traitement. Cette thèse propose une révision conceptuelle des systèmes de traitement au Brésil et en France, en abordant les dimensions psychiques de la toxicomanie et en proposant, sur la base de la théorie de Roussillon, divers dispositifs thérapeutiques de groupe réflexifs-transitoires destinés à promouvoir la symbolisation et la subjectivation, essentielles pour le traitement des usagers de l'alcool et autres drogues dans les Centres de Soins Psychosociaux pour Alcool et Drogues (CAPS AD) au Brésil et dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en France, notamment à Dijon. Les toxicomanes sont souvent traités dans le cadre général des problèmes d'alcool et autres drogues, sans tenir compte des spécificités de cette clinique et des processus de symbolisation. En abordant les dispositifs en lien avec la santé, on souligne l'importance du concept de Roussillon concernant la création de dispositifs adaptés à la capacité de symbolisation des patients, tout en favorisant la réflexivité et la transience dans ce cadre clinique. Ainsi, cette recherche vise à identifier, dans les CAPS AD, l'efficacité de certains dispositifs et pratiques pouvant encore aboutir à l'institutionnalisation des usagers en santé mentale, tout en proposant des pratiques différencierées en santé par le biais de nouveaux dispositifs de prise en charge dans les CAPS AD – Brésil et CSAPA – France, tels que le groupe réflexif-transitoire pour la clinique de la toxicomanie. Cette recherche s'organise autour d'une méthodologie de recherche qualitative. La première étape cherche à explorer les processus de traitement au sein des CAPS AD et les pratiques pouvant aboutir à l'institutionnalisation. Dans les deuxième et troisième étapes, des dispositifs de groupe réflexifs-transitoires ont été développés sur la base d'une méthodologie qualitative clinique ancrée dans l'épistémologie psychanalytique, notamment celle des travaux de Roussillon, Brun et d'autres auteurs de l'École de Lyon – France. La première étape comprenait des entretiens avec les professionnels du CAPS AD ainsi qu'une immersion dans le quotidien du service de santé. Dans la deuxième étape, un groupe réflexif-transitoire a été proposé aux patients du CAPS AD présentant des problématiques liées à l'alcool et autres drogues. La troisième étape s'est déroulée au CSAPA, en France, avec la proposition d'un groupe réflexif-transitoire sous la forme d'un atelier d'écriture destiné aux patients ayant des problèmes d'alcool et autres drogues. Dans les deux étapes, des journaux de terrain ont été utilisés, et dans le cas du groupe, les séances ont été enregistrées et transcrrites. Tout le matériel de recherche a été analysé en suivant les critères de l'épistémologie qualitative proposée. Les résultats ont montré que le groupe réflexif-transitoire a permis une transformation symbolique significative pour les participants, en développant leur fonction imaginative et en leur permettant de construire des métaphores pour symboliser les angoisses corporelles. Ce processus a favorisé l'expression et l'intégration de sensations primitives jusqu'alors informes, créant un espace sûr pour l'expression et le traitement de ces angoisses par des moyens malléables. Ainsi, les usagers ont pu représenter leurs expériences corporelles, indiquant un processus d'élaboration émotionnelle et symbolique. De plus, les résultats soulignent le rôle du clinicien en tant que « moyen malléable », essentiel pour soutenir et accompagner le développement de la fonction réflexive des usagers. L'expérience du groupe réflexif-transitoire a démontré que le transfert dans le groupe, associé à la fonction de contenance et à la capacité de supporter le ressenti corporel, a été crucial pour la restauration et l'élaboration des patients, leur offrant de nouvelles possibilités de signification et de sens.

Mots-clés: toxicomanie, groupe, psychanalyse, santé mentale.

Lista de Siglas

AA	Alcoólicos Anônimos
AAF	Associação Addictions France
ANPAA	Associação Nacional de Prevenção em Alcoologia e Addictologia
ARS	Agências Regionais de Saúde
AT	Acompanhante Terapêutico
CAARUD	Centros de Acolhimento e Acompanhamento para a Redução de Riscos para Usuários de Drogas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-11	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CJC	Consultas para Jovens Consumidores
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CSAPA	Centros de Atendimento e Prevenção em Adictologia
CTR	Centros Terapêuticos Residenciais
CTs	Comunidades Terapêuticas
DF	Distrito Federal
DIRASE	Diretora da Diretora da Atenção Secundária
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MILDECA	Missão Interministerial de Combate às Drogas e Comportamentos Adictivos
MSTS	Movimento em Saúde Mental
NA	Narcóticos Anônimos
OFDT	Observatório Francês de Drogas e Tendências Adictivas
ONG	Organização Não Governamental
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PM	Polícia Militar
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDRD	Políticas de Redução de Riscos e Danos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAT	Teste de Apercepção Temática
UAs	Unidades de Acolhimento
UB	Universidade de Borgonha

Sumário

Introdução	21
Capítulo 1: Política de Saúde Mental e o Tratamento do Usuário de Álcool e Outras Drogas no Brasil e na França.....	32
1.1 Política de Saúde Mental: Avanços e Retrocessos no Brasil	32
1.1.2 A Política de Tratamento para a Drogadição no Sistema Único de Saúde (SUS)	37
1.1.3 Os Dispositivos de Tratamento dos CAPS e CAPS AD	45
1.1.4 A Institucionalização Dentro do CAPS	51
1.1.5 A Clínica Psicossocial-Peripatética-Ampliada-Antimanicomial.....	54
1.2 O Tratamento de Álcool e Outras Drogas na França.....	57
1.2.1 O Papel do Médico e do Hospital no Sistema Francês	60
1.2.2 Os Centros de Atendimento e Prevenção em Adictologia (CSAPA) e as Consultas para Jovens Consumidores (CJC) – França.....	61
1.2.3 Centros de Acolhimento e Acompanhamento para a Redução de Riscos para Usuários de Drogas (CAARUD) e O caso Particular das Comunidades Terapêuticas (CTs) na França	62
1.2.4 As Associações de Usuários na França e a Política de Prevenção	63
Capítulo 2: O Toxicômano e as Dimensões Psíquicas da Toxicomania	65
2.1 Quem é o Toxicômano?	65
2.2 O Toxicômano e a Toxicomania	66
2.3 Toxicomania: Relação com o Objeto e Traumatismo.....	67
2.4 As Dimensões Psíquicas da Toxicomania.....	74
2.4.1 A Dimensão Narcísica.....	74
2.4.2 A Dimensão Oral.....	75
2.4.3 A Dimensão do Desamparo.....	76
2.5 A Toxicomania e as Falhas na Reflexividade, na Réverie e na Transicionalidade.....	78
Capítulo 3: O Grupo Reflexivo-Transicional como Dispositivo de Tratamento na Clínica da Toxicomania	85
3.1 Dispositivos de Tratamento na Clínica da Toxicomania	86
3.2 O Grupo Mediador e Maleável	95

3.3 O Grupo Reflexivo e Continente.....	98
3.4 O Grupo como Espaço Transicional	103
3.5 O Grupo de Escrita	106
Capítulo 4: Método	112
4.1. Cenário Social da Pesquisa.....	115
4.1.1 <i>CAPS AD – Brasil</i>	115
4.1.2 <i>Centros de Atenção, Apoio e Prevenção à Adictologia (CSAPAs) – França</i>	117
4.2 Participantess da Pesquisa	119
4.3 Instrumentos da Pesquisa.....	126
4.4 Procedimento para Coleta dos Dados	127
4.4.1 <i>Etapa 1: Imersão no Campo – A Investigação do Campo e dos Diversos Dispositivos do CAPS AD, sua Eficácia e os Processos de Institucionalização</i>	130
4.4.2 <i>Etapa 2 e 3: Construção de Dispositivo e Proposição de Dispositivos Reflexivos-Transicionais Específicos para Usuários de Álcool e Drogas</i>	132
4.5 Procedimento para Análise dos Dados.....	135
Capítulo 5: Dispositivos e Processos de Institucionalização do CAPS AD e a Questão da Toxicomania	139
5.1 A Institucionalização nos Serviços de Saúde Mental e no CAPS AD.....	139
5.2 Os Dispositivos dos CAPS e do CAPS AD	147
5.3 A Toxicomania como uma Categoria não Compreendida nas Instituições de Atendimento de Usuários de Álcool e Outras Drogas	153
Capítulo 6: Os Grupos Reflexivos Transicionais Realizados no Brasil e na França	158
6.1 O Grupo Reflexivo Transicional Realizado no CAPS AD- Brasil.....	159
6.1.1 <i>Construção e Sobrevida do Grupo</i>	159
6.1.2 <i>Manejo e Estabilidade do Grupo</i>	165
6.1.3 <i>O Clínico como Meio-Maleável</i>	174
6.2 O Grupo Reflexivo Transicional Mediado pela Escrita Realizado no CSAPA na França	178
6.2.1 <i>O Manejo do Grupo e a Escrita como Mediadora</i>	178
6.2.2 <i>A Dificuldade de Fantasiar dos Toxicômanos e a Importância de Desenvolver essa Função</i>	179

<i>6.2.3. A importância da Escrita como Narrativa Projetiva.....</i>	<i>187</i>
<i>6.2.4 O Contato com o Sentir Corporal</i>	<i>191</i>
Considerações Finais	198
Referência	207
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários do CAPS	231
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais do CAPS.....	233
Anexo C - Entrevista com os Profissionais do CAPS	235
Anexo D - Formulaire de Consentement Libre et Éclairé.....	238
Anexo E - Parecer Consustanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	240

Introdução

Esta tese nasce de nossa inquietação em face das práticas em saúde mental. Fiz parte da primeira turma da Residência em Saúde Mental do Adulto pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e, nesse contexto, tive a oportunidade de entrar em contato com diversos cenários em que a saúde mental era operacionalizada, tais como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III Candango, Hospital São Vicente de Paulo, UMST Policlínica e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Paranoá. Certamente, as contradições e desafios me mobilizaram o suficiente a ponto de eu querer estudar os dispositivos institucionais de saúde mental para a clínica da toxicomania.

A presente pesquisa foi realizada no Brasil e na França, com o apoio de uma bolsa de doutorado sanduíche concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O objetivo do estudo foi desenvolver dispositivos clínicos grupais em ambos os países. Ao falarmos de dispositivos de saúde, remete-se à relevância do que Roussillon (2014a) define como dispositivos que propiciem um espaço para os processos de subjetivação, isto é, dispositivos que ajudem na emergência de formas simbólicas de expressão. Assim, Roussillon (1995) define que, nos casos que demandam um acolhimento mais sensível ou mesmo integral, os dispositivos de cuidado precisam ser problematizados como recursos que acompanham o processo de simbolização a partir da capacidade simbólica atual de cada paciente. Busca-se, portanto, discutir dispositivos para essa clínica antimanicomial, além de refletir sobre de que maneira os novos processos de institucionalização acontecem no dia a dia. É importante refletir que os CAPS partem de uma perspectiva privilegiada em proporcionar vicissitudes frente à “loucura” sobretudo porque esse espaço compreende uma série de dispositivos para tratamento como: a psicoterapia, a convivência, a medicação, as oficinas, etc. Neste sentido é um terreno

fértil para o pesquisador refletir sobre os instrumentos imprescindíveis nessa clínica ampliada ou antimanicomial. No caso deste trabalho, o que se busca é poder refletir sobre a criação de dispositivos terapêuticos grupais que possam ter um sentido efetivo na vida dos usuários de drogas.

Importante ressaltar que o alcoolismo e a adicção às drogas são fenômenos complexos e multideterminados, resultantes da interação de diversos fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Filizola et al., 2006). Quando se pensa em causas biológicas, segundo Filizola et al. (2006), incluem-se a predisposição genética e alterações bioquímicas do cérebro, que podem influenciar a vulnerabilidade de uma pessoa ao desenvolvimento do vício. No âmbito psicológico, fatores como estresse, ansiedade e depressão também impulsionam o uso abusivo do álcool e de substâncias como uma estratégia de enfrentamento. Além disso, a questão social exerce um papel importante, pois normas sociais e pressões externas podem incentivar o consumo em determinadas circunstâncias. Dessa forma, compreender o alcoolismo e a adicção às drogas como um fenômeno multideterminado é essencial para desenvolver abordagens eficazes de prevenção e tratamento, considerando a complexidade desses fatores interligados. Este trabalho parte de uma perspectiva psicanalítica e intrapsíquica, isto é, identificar fatores do funcionamento psíquico da pessoa que tem como destino a adicção.

Ao indagarmos sobre a questão das drogas e seu uso, podemos nos perguntar: qual é a função das drogas na vida das pessoas? A impossibilidade de total felicidade frente à vida já era apontada por Freud (1930/1996b). Nesse mesmo texto, Freud também problematiza que um dos caminhos para a felicidade seria de fato as drogas frente ao mal-estar na civilização. Nesse sentido, as drogas se constituem como um objeto de fuga da realidade e a locupletação de uma satisfação orgânica e pulsional. Todavia, este caminho revelado por Freud (1930/1996b), embora

constitua um recurso, também apresenta falhas ou rupturas; do contrário, não faria sentido em se falar em dispositivos clínicos para a toxicomania. Na busca pela felicidade, o ser humano pode associar-se a seus semelhantes, buscando no delírio coletivo uma maneira de aliviar seu sofrimento (aqui entram as religiões e grupos dogmáticos). De acordo com Freud (1930/1996b), o delírio pode servir como uma forma de mitigar o sofrimento, tanto por meio das neuroses quanto pelo uso de narcóticos. É notável que, além das neuroses e do consumo de substâncias, a adesão a uma crença compartilhada seja o que possibilita a alguns indivíduos manterem internamente uma defesa desse tipo. Existem outras referências às drogas em Freud (1897/1996c), onde é mencionada a dificuldade de se curar problemas de vícios por meio da análise; também, no mesmo texto, é problematizado que o vício primário seria a masturbação e as substâncias seriam substitutos para essa compulsão primária.

Para a psicanálise, quando falamos de um funcionamento associado à toxicomania, podemos nos referir a dificuldades em três áreas fundamentais da condição humana: o desamparo, a culpabilidade fundamental e a falta de provisões narcisistas (Pacheco Filho, 2007). O desamparo radical é a condição fundamental humana do luto do seu narcisismo, isto é, a “sua majestade, o bebê”, que ocupava um lugar privilegiado de investimento materno e paterno e agora precisa achar um caminho no social. Diante deste desamparo, decorre a culpa fundamental por ter perdido essa posição narcísica e, quando não há caminhos para novas construções narcísicas, então o objeto droga entra para tamponar essa falta. Pacheco Filho (2007) propõe que a toxicomania ecoa uma lógica bastante parecida com a do capitalismo, que é a de consumir e de gozar de maneira irrestrita. No capitalismo, somos levados a uma posição subjetiva associada ao consumo e à acumulação de bens. Na toxicomania, estaria presente uma das vertentes do consumo desenfreado para se obter prazer (gozo).

Além do aspecto psicológico e psicodinâmico, o uso de substâncias que alteram a percepção humana esteve presente na humanidade desde sempre, tendo um aspecto de ancestralidade na construção do ser humano (Lacerda & Rojas, 2017). Nesse sentido, o consumo dessas substâncias (que denominamos drogas) esteve associado a motivações políticas, sociais, religiosas, dentre outras. É notório que, mesmo fazendo parte de rituais de sociabilidade, autoconhecimento e transcendência, o uso dessas substâncias, quando abusivo e associado a outros fatores da vida da pessoa, pode levar ao fenômeno da dependência. O uso da substância que ocupa, muitas vezes, o sentido de prazer e do sagrado pode se transformar em uma dependência física e psíquica.

Este trabalho refletirá sobre a busca de dispositivos para uma clínica da toxicomania que não seja manicomial ou, de acordo com a institucionalização. Diversas designações podem ser dadas à clínica que se pretende antimanicomial, tais como: peripatética, ampliada e psicossocial. Segundo Bonaldo (2020), todas essas atuações tentam romper com a chamada lógica manicomial. Para Oliveira (2009), a lógica manicomial refere-se a posturas e olhares em relação ao usuário de saúde mental, em que este é objetificado e não se reconhece como detentor dos direitos humanos. Neste novo modelo de se fazer a práxis clínica, há a possibilidade de se pensar em novos dispositivos para a simbolização e subjetivação do sofrimento psíquico (Roussillon, 2014a).

Indagando sobre as possibilidades de construir dispositivos dessa clínica não manicomial mencionada no parágrafo passado, é possível problematizar outros tipos de atendimentos fora do modelo tradicional. Um desses modelos trata-se do tratamento em grupo, que, segundo Lecourt (2007), oferece um espaço de continência e amparo para o tratamento de patologias marcadas pelo traumatismo. O atendimento em grupo oferece, então, a possibilidade de um tipo de

elaboração para os pacientes, com uma qualidade distinta do tratamento tradicional. A continência marcada pelo tratamento em grupo está ligada a uma diminuição das defesas psíquicas do paciente e à possibilidade de novas simbolizações e reedições dos conflitos psíquicos (Lecourt, 2007). Dessa forma, o processo terapêutico pensado em grupo e oferecido por uma equipe de saúde proporciona um importante espaço para a elaboração psíquica. Quando não existe um espaço de continência oferecido por uma equipe, vê-se as defesas psíquicas se fortalecerem, tornando-se um espaço de resistência ao tratamento e ao processo de elaboração. Segundo Souza (2013), pacientes ditos “difíceis”, tais como borderline, estados-limites, adictos, dentre outros, demandaram modificações no método tradicional da psicanálise para a construção de práticas em psicanálise inspiradas no conceito do *holding* de Winnicott (1942/1977). Sendo assim, a neutralidade e a atenção flutuante para a escuta de associação livre perdem seu papel central para a ênfase na sustentação da experiência de repetição traumática. Importante ressaltar que, segundo Figueiredo (2009), o interesse em pensar os casos limites está presente na obra de Freud, quando este enfatiza a ação das pulsões de morte e seu interesse em estudar mais as formas de regressão próximas à psicose. Para Green (2010), Freud já tinha interesse em entender mais o que se chama hoje de casos-limite.

Outro motivo para se pensar em grupos de atendimento se articula com a perspectiva de Lancetti (1993), em uma abordagem ampliada de saúde mental marcada por dispositivos coletivos e democráticos, com viés terapêutico. Essa perspectiva coletiva se articula com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que implica a reconstrução do social do paciente, e a intervenção grupal ocupa um lugar privilegiado para essa função.

No caso da clínica de álcool e outras drogas, deve-se pensar em quais dispositivos clínicos são eficazes e próprios para a atuação em saúde mental com essa população. O que se

pretende neste trabalho é, a partir da imersão no cenário de pesquisa, pensar em dispositivos clínicos de cuidado em grupo para esses pacientes. Para Kaës (2014), o grupo tem um funcionamento próprio e pode favorecer a livre associação, permitindo que as associações individuais se conectem com as associações dos outros membros do grupo. Sendo assim, cada associação pode ser compreendida em seu movimento transferencial e é uma contribuição para a cadeia associativa do sujeito (Kaës, 2014).

Segundo Minerbo (2013), a reflexividade trata de uma função em que o objeto de investimento psíquico precisa refletir as emoções do sujeito. Quando se pensa na mãe suficientemente boa, é a que consegue fazer essa função reflexiva com o bebê em uma dinâmica dupla. Por um lado, ele, ao ser investido pela cuidadora, precisa conseguir se perceber, se escutar, se sentir, se ver. Ela, por outro lado, precisa interpretar e refletir de modo suficiente para que expresse a experiência emocional do bebê.

Objetos e fenômenos transicionais são necessários para a construção da reflexividade, mas também para a tolerância e a existência do universo simbólico através do paradoxo de alucinação/percepção, por exemplo (Roussillon, 2005a). Para Roussillon (2005a), a relevância dos objetos e fenômenos transicionais se dá, sobretudo, na infância, porque nessa fase o psiquismo ainda está se formando e é imaturo em sua relação com o simbólico. Os fenômenos transicionais oferecem a possibilidade de interiorização progressiva, o que chamamos de introjeção.

Nesse sentido, as patologias narcísico-identitárias, muito encontradas nos usuários de drogas, são problemáticas que falam de um traumatismo nesse período da transicionalidade. Olivenstein (1991) lança luz sobre a ideia de que a toxicomania resulta de uma interrupção na fase inicial do desenvolvimento. Desde cedo, a criança que eventualmente se tornará um tóxico-

dependente sofre um evento traumático que a deixa em um estado intermediário entre a criança típica e a criança psicótica. Segundo Olivenstein (1991), é como se, quando a criança começa a reconhecer sua própria imagem, ela se rompesse, transformando a visão de si mesma em uma imagem fragmentada e de falta, levando-a de volta a um estágio anterior de fusão e indefinição. Esse rompimento deixa uma marca profunda no psiquismo, resultando em uma repetição contínua na vida adulta em face da incerteza original de “ser ou não ser, ser amado ou não, ser mulher ou homem”, como consequência desse desenvolvimento interrompido (Olivenstein, 1991, p. 19). Dessa forma, o fazer clínico do trabalho com as patologias narcísico-identitárias, segundo Roussillon (2010), deve recorrer a um trabalho, sobretudo, focado em formas primárias de simbolização.

Essas patologias impuseram a necessidade de se criar novas ferramentas clínicas específicas para essa população (Brun, 2018). Essas novas ferramentas clínicas, neste trabalho, chamamos de dispositivos, o que nos leva a sair do paradigma clínico tradicional (referenciado para o tratamento das neuroses e baseado na associação livre, na atenção flutuante e na interpretação) da psicanálise para outras formas e estratégias de intervenção. Isso ocorre particularmente em clínicas complexas, como a toxicomania, psicose, o “agir” violento e a somatização.

O sofrimento narcísico-identitário, segundo Roussillon (1999a), reflete estados ou experiências de grande sofrimento, tensão e desprazer, situações nas quais a pessoa não consegue produzir uma representação e encontra-se sem saída. Para Roussillon (1999a), essas patologias representam defesas contra um traumatismo primário, cuja ação tenta acessar o traço mnésico por meio de uma compulsão à repetição. No caso da toxicomania, vemos uma repetição com o uso do objeto droga para tentar acessar algum tipo de simbolização. É necessário refletir sobre

intervenções que levem em consideração o nível de simbolização desses usuários. Quando se refere a simbolização primária, um importante conceito é o do objeto ausente. Isto é, a repetição pelo uso da droga do toxicômano fala de uma tentativa de simbolização, todavia apenas com a presença do objeto droga e sem a sua representação inconsciente (Roussillon, 2015a).

Nessa tese, usarei o termo “clínica da toxicomania” para me referir ao tratamento de pacientes com problemas com álcool e outras drogas pelo viés da psicanálise. Em outros momentos, será utilizado o termo “clínica de álcool e outras drogas” para falar de tratamento que não necessariamente se ampara no viés da psicanálise, embora trate de usuários de saúde mental com problemas associados ao uso/abuso de substâncias. Nesse sentido, o trabalho na clínica da toxicomania deve propiciar condições e caminhos para que o sujeito recupere sua capacidade de reflexão, bem como ressignifique sua relação com o objeto droga. Roussillon (2010), ao discutir os dispositivos necessários para o trabalho analítico, problematiza a importância da escuta clínica e da transferência como transformadoras na vida do sujeito. Dessa forma, a escuta clínica implica a capacidade de “mergulhar” no universo da pessoa e se coloca como um ponto de extrema relevância para o passo inicial. Quando pensamos nos dispositivos de mediações terapêuticas, avaliamos de que maneira podemos propiciar um espaço de reflexão e religação com a vida para que novas simbolizações sejam construídas. Mais do que isso, como ajudar os toxicômanos a elaborarem e deslocarem sua dependência do objeto droga? A hipótese central deste estudo postula que a toxicomania pode resultar de uma deficiência estrutural em estágios iniciais, e que abordagens terapêuticas integradas que visem à reflexividade e à transicionalidade podem ser concebidas com o propósito de facultar a essa população a realização de jornadas de reconstrução e atribuição de significados.

A utilização de objetos mediadores em grupos psicoterapêuticos está intrinsecamente ligada ao processo criativo tanto do terapeuta quanto dos participantes (Winnicott, 1971). De acordo com Kaës (1993), a mediação serve como um suporte projetivo, condensando as experiências afetivas dos membros do grupo conforme se desenvolve a capacidade imaginativa coletiva. Inicialmente, a fase esquizoparanóide, que caracteriza o início da vida psíquica, é substituída pela formação de uma “ilusão grupal”, onde uma “pele comum” é simbolicamente tecida ao redor e através dos objetos mediadores. Esse estágio permite que as individualidades se fundam, criando um retorno ao estado indiferenciado e isomórfico. Posteriormente, a posição mitopoética emerge quando a integração pessoal de cada membro possibilita uma produção mais autônoma e conectada com os outros, fortalecendo o suporte ao grupo (Kaës, 1993). A hipótese desta pesquisa propõe fomentar esse espaço criativo, inicialmente permitindo a regressão e a dependência mútua entre os membros, para então abrir caminho para processos criativos e elaborativos.

Os objetivos gerais da tese são: identificar, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), a eficácia de dispositivos e processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental e propor nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no Brasil e no *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)* na França, em Dijon, práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado, como em um grupo reflexivo-transicional para a clínica da toxicomania.

Como objetivos específicos, temos: 1) conhecer a diversidade de tratamentos oferecidos para usuários de álcool e outras drogas; 2) analisar a eficácia e a capacidade de emancipação dos usuários desses tratamentos, considerando as problemáticas dos usuários de álcool e outras

drogas; 3) propor novos dispositivos reflexivos grupais em saúde mental que sejam mais adequados ao nível de simbolização na toxicomania; 4) desenvolver novos dispositivos clínicos na toxicomania; 5) contribuir para a construção de políticas públicas para álcool e outras drogas; 6) desenvolver, em uma instituição francesa, o dispositivo de escrita com usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas.

A tese central deste trabalho é que o tratamento da toxicomania exige dispositivos clínicos específicos e inovadores, que se distanciem da lógica manicomial e promovam processos de simbolização e subjetivação, proporcionando condições para que os indivíduos possam ressignificar sua relação com o objeto droga e reconstruir seus vínculos com a vida social. Partindo de uma abordagem psicanalítica, esta pesquisa argumenta que dispositivos reflexivo-transicionais, especialmente aqueles aplicados em contextos grupais, têm potencial para preencher lacunas nos tratamentos convencionais, oferecendo uma alternativa mais humanizada e adaptada às complexidades da toxicomania. Através de intervenções realizadas tanto no CAPS AD no Brasil quanto em instituições francesas como o CSAPA, este estudo busca demonstrar como esses dispositivos podem efetivamente contribuir para a emancipação dos usuários e promover práticas mais inclusivas e eficazes no campo da saúde mental.

A organização deste trabalho para defender essa tese segue uma estrutura cuidadosamente delineada para aprofundar a compreensão da toxicomania e dos dispositivos clínicos necessários para seu tratamento, com ênfase em dispositivos reflexivo-transicionais. No Capítulo 1, são apresentados os avanços e retrocessos nas políticas de saúde mental voltadas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Brasil e na França, contextualizando as abordagens institucionais e diferenciando o modelo antimanicomial dos CAPS AD. O Capítulo 2 busca definir o perfil do toxicômano e explorar as dimensões psíquicas da toxicomania,

abordando as particularidades psicanalíticas desse quadro e as implicações para o cuidado clínico. Em seguida, o Capítulo 3 propõe o grupo reflexivo-transicional como dispositivo de tratamento, discutindo o grupo enquanto espaço terapêutico que oferece continência e promove simbolização. O Capítulo 4 detalha o método de pesquisa, incluindo o cenário, participantes, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados, com foco nos dispositivos reflexivos utilizados tanto no Brasil quanto na França. No Capítulo 5, são examinados os processos de institucionalização nos CAPS AD, destacando as dificuldades na abordagem da toxicomania dentro das práticas convencionais. O Capítulo 6 apresenta e analisa os grupos reflexivos transicionais realizados, comparando as experiências brasileiras e francesas, e enfatiza o uso da escrita como mediadora no processo de simbolização dos toxicômanos na França. Por fim, nas Considerações Finais, reflete-se sobre os achados e implicações para as políticas de saúde mental, consolidando a contribuição deste trabalho para o desenvolvimento de práticas clínicas mais inclusivas e adequadas à complexidade da toxicomania.

Capítulo 1: Política de Saúde Mental e o Tratamento do Usuário de Álcool e Outras Drogas no Brasil e na França

1.1 Política de Saúde Mental: Avanços e Retrocessos no Brasil

Este capítulo irá explorar aspectos da atual Política Nacional de Saúde Mental de maneira geral e também no que se refere ao uso de drogas e outras substâncias. No trabalho que será desenvolvido em campo, iremos além de identificar condutas manicomiais; o interesse do pesquisador é pensar em dispositivos para o tratamento de toxicômanos que não sejam manicomiais, que não favoreçam a institucionalização ou a exclusão, e que possam atender às demandas dos usuários conforme o princípio da integralidade do SUS. Os dispositivos que serão desenvolvidos fazem parte do que é conhecido como Clínica Psicossocial, uma clínica que caminha em direção à desinstitucionalização, inserção social, construção de autonomia e cidadania. O capítulo também irá explorar aspectos do tratamento feito pelo SUS nas questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, seja no CAPS AD ou nas CTs. Esses dois modelos são financiados (no caso das comunidades, nem sempre) pela iniciativa pública, mas são contraditórios do ponto de vista epistemológico. Importante sinalizar que, nesta parte do trabalho, evitaremos a expressão “toxicômano” ou “toxicomania”, pois, no contexto de políticas públicas, esse termo não é utilizado. O termo toxicomania dialoga com o referencial teórico da psicanálise, que será abordado em outras partes do trabalho.

Historicamente, para Brasil (2003), o problema de abuso e uso de drogas, álcool e outras substâncias tem sido tratado no Brasil ou como um problema médico ou psiquiátrico, em que se buscavam políticas públicas de isolamento do usuário e exclusão social. Além disso, também existe a abordagem de tratar o uso/abuso de substâncias como um problema policial, focado

na coibição do uso, ignorando assim as implicações sociais, psicológicas, políticas e econômicas, as quais são evidentes nesse contexto. Ao rever o percurso histórico das primeiras abordagens no enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, observa-se que as intervenções se concentraram, sobretudo, no campo da Justiça e Segurança Pública. O que se buscou foi o controle do uso e do comércio de substâncias psicoativas, bem como a punição e prisão dessas pessoas, fossem elas usuárias, traficantes ou adictas, todas tratadas como se merecessem uma única abordagem.

Dada essa perspectiva, surgem as primeiras leis no Código Penal Brasileiro que puniam com detenção pessoas que estivessem comercializando ópio (Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921 – Brasil, 1921a). Além disso, na área da saúde, existiam os chamados “sanatórios para toxicômanos”, locais em que ocorria a privação da liberdade do usuário, além da realização de exames associados à dependência e saúde mental (Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921 – Brasil, 1921b). Muito embora esses decretos tenham sido revogados, isso, de alguma forma, ofereceu embasamento para o fortalecimento de políticas públicas e leis de controle do uso de drogas e inspirou a Política Nacional Sobre Drogas (Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 - Brasil, 2002).

A política de tratamento para dependência química não se trata de algo universal e sempre presente na saúde pública do país. Ela se ampara na Lei nº 8.080/1990, criadora do SUS, que estabelece um conjunto de ações e serviços para melhorar a qualidade de vida da população brasileira. Cito aqui alguns direitos dos usuários de saúde presentes na forma da lei, os quais as políticas públicas para álcool e outras drogas se inspiram: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”

e “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (Brasil, 1990a). Percebe-se que a lei avança em garantir um acesso integral e equitativo à saúde. Além disso, também permite direcionar o atendimento para que seja regionalizado (o usuário deve ser atendido perto de onde reside), hierarquizado (do atendimento de menor complexidade até a alta complexidade) e integrado (diversos saberes para atender a pessoa de maneira biopsicossocial). O SUS terá sua regulamentação, sobretudo, pelas Leis nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b), que devem fazer cumprir o mandamento constitucional (artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição) sobre a proteção e defesa da saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental é inspirada no modelo de Reabilitação Psicossocial. Segundo Brasil (2007a), trata-se de uma clínica multidisciplinar que busca a contribuição de diferentes áreas da saúde, bem como uma visão integral do sujeito (aspectos biológicos, psíquicos e sociais). Essa perspectiva também leva em consideração o momento histórico do sujeito, entendendo que, em determinado momento, pode haver uma preponderância de um saber sobre o outro, mas sem a negação de nenhum saber (Brasil, 2007a). Nesse sentido, a psicanálise pode ser um dos saberes que se coloca para dar maior inteligibilidade aos fenômenos psíquicos, bem como para apreender a complexidade humana.

Importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana (Lancetti, 1990). Segundo Kyrillos Neto (2003), a Reforma Psiquiátrica Italiana começou em torno de 1960, a partir das práticas manicomiais em Gorizia (Itália), com questionamentos de um grupo de psiquiatras em relação ao tipo de tratamento despendido aos usuários de saúde mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana contou com diversos pensadores, tais como Basaglia (1985), que passaram a denunciar o tratamento desumano nos hospitais psiquiátricos italianos, comparando-os a verdadeiros campos de concentração. Para

além dos manicômios em si, Basaglia (1985) indaga também a organização de outros espaços, tais como as escolas, hospitais gerais e outros contextos, em que a divisão de poder era bem demarcada. Esse movimento influenciou diretamente o Brasil, tendo Basaglia vindo ao Brasil e declarado que o Hospital Colônia, em Minas Gerais, era o maior manicômio que ele já havia conhecido. A problematização que a Reforma Psiquiátrica traz é sobre instituições que detêm demasiadamente poder sobre as pessoas e os abusos decorrentes disso, sobretudo em instituições que reproduzem violência contra os usuários, com um caráter segregacionista.

No Brasil, a partir da década de 1970, surgem os movimentos antimanicomiais (Brasil, 2005). Esses movimentos eram compostos por trabalhadores de saúde mental, usuários de saúde mental, centrais sindicais e intelectuais. O período manicomial no Brasil foi marcado por ações violentas por parte do Estado, tanto em suas ações quanto em suas omissões, e por reforçar a concepção da loucura associada à periculosidade. A Reforma Psiquiátrica propõe que a loucura seja desinstitucionalizada, colocando em xeque as instituições totais e asilares, além do paradigma clínico (com o foco em entender a doença mental apenas como um conjunto de sinais e sintomas), tendo a internação como o principal e único recurso para o tratamento em saúde mental (Rotelli, 1990).

A principal lei da saúde mental, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como o marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de maneira histórica, as diretrizes básicas do que constitui nosso SUS (Brasil, 2001). Além disso, a lei reafirmou os direitos dos usuários de saúde mental – e, consequentemente, daqueles que sofrem de transtorno mental associado ao uso e abuso de substâncias. Ela reforça direitos já expressos na Lei nº 8.080/1990, regulamentadora do SUS, tais como: universalidade do acesso à assistência à saúde, integralidade da assistência e descentralização do modelo de atendimento, enfatizando a importância de o usuário ser atendido

dentro de sua comunidade. Um ponto importante da Lei nº 10.216/2001 foi o fato de direcionar o tratamento dos usuários de saúde mental para dentro das comunidades, em contraposição ao isolamento dos usuários de saúde mental (Brasil, 2001). Isso explica por que os dispositivos de saúde mental, como os CAPS, devem se instalar dentro das comunidades e não em áreas rurais distantes dos problemas.

Nos âmbitos legislativos, observamos tanto progressos quanto retrocessos. Um exemplo disso é a tentativa legal de diferenciar traficantes de usuários, estabelecendo penas distintas para esses grupos, conforme previsto na Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006). Essa lei aboliu a punição com reclusão para o uso de drogas e outras substâncias (embora o uso de drogas continue sendo crime), optando por medidas alternativas como prestação de serviços comunitários, advertência sobre os efeitos das drogas e intervenções educativas. Por outro lado, temos como consequência da lei, segundo Azevedo e Hypolito (2023), o encarceramento de usuários de drogas, sobretudo quando estes eram representantes de minorias sociais (afrodescendentes e pessoas com baixa renda), porque, na prática, quem define se a pessoa é traficante ou usuária são os policiais e juízes, que costumam fazer isso baseados em racismo e preconceito contra moradores de favelas e comunidades urbanas (Azevedo & Hypolito, 2023). Em contrapartida, temos a aprovação de medidas conservadoras, como a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 45/2023, que prevê a criminalização do porte e posse de qualquer quantidade de substâncias ilícitas como um assunto constitucional (Brasil, 2023). Por outro lado, o Supremo Tribunal Federal (STF), desde 2015, discute o que pode resultar na descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal e a diferenciação entre usuário e traficante a partir de quantidades específicas de drogas. Outra decisão recente foi a do dia 25 de junho de 2024, amplamente divulgada nacionalmente, em que foi decidido pela maioria dos ministros descriminalizar o porte

de maconha para uso pessoal. O Supremo também definiu, em sessões posteriores, o limite máximo de 40 gramas para porte de uso pessoal. A questão que se coloca é que, em termos legais, ora temos legislações mais progressistas, ora mais reacionárias sobre o uso/criminalização das drogas.

A dependência das drogas, como um transtorno, é marcada pela heterogeneidade, já que as drogas e substâncias têm efeitos muito distintos entre si e afetam as pessoas de maneiras diferentes, por diferentes razões, contextos e circunstâncias. Nesse sentido, torna-se importante entender que muitos consumidores de drogas sequer compartilham o desejo de abstinência do profissional de saúde e, por isso, muitas vezes abandonam o tratamento. Assim, é necessária uma estratégia de redução de danos, na qual o usuário, junto ao profissional de saúde, construirá uma relação mais saudável com as drogas, que se articule com o desejo do usuário.

1.1.2 A Política de Tratamento para a Drogadição no Sistema Único de Saúde (SUS)

Em termos de políticas para tratamento de adictos, temos, no Brasil, historicamente, duas vertentes: a primeira diz respeito ao tratamento focado na abstinência total de drogas e outras substâncias adictivas. No modelo da abstinência, a pessoa deve simplesmente parar de fazer qualquer uso de substâncias e, geralmente, é apoiada por um grupo; já no modelo de redução de danos, a ideia é reduzir aquilo que for possível e trabalhar com o desejo dos usuários. Os resultados das pesquisas mostram que a redução de danos tem um desempenho melhor na recuperação dos usuários de drogas (Marlatt & Gordon, 1993; Peterson et al., 2006).

Ainda sobre tratamento, segundo Stotz e Araújo (2004), a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. É necessário um trabalho que leve em consideração a singularidade de cada pessoa e as diferentes possibilidades a serem construídas junto ao usuário.

Nesse sentido, a redução de danos se coloca como uma estratégia importante, porque não se trata de uma escolha unilateral, mas de construir uma alternativa com o usuário. Em termos mais amplos, as práticas de saúde, em qualquer nível, deveriam acatar a diversidade de tratamentos e a singularidade; apenas assim poderiam respeitar o princípio da integralidade. A clínica psicossocial deve acolher, sem julgamentos, cada situação, com cada usuário, levando em conta o que está sendo demandado e ofertado, sempre fomentando a participação do paciente e da comunidade no tratamento.

Passos e Souza (2011) apontam alguns princípios básicos associados à redução de danos, são eles:

1. **Aceitação e empatia:** Reconhecer que algumas pessoas vão usar drogas, e isso não deve ser motivo para julgamento ou estigmatização. A abordagem busca entender o contexto e as razões do uso.
2. **Priorização da saúde e bem-estar:** O objetivo principal é proteger a saúde e a segurança do usuário e da comunidade, mesmo que a abstinência completa ainda não tenha sido alcançada.
3. **Minimizar riscos:** Fornecer informações e estratégias para reduzir os riscos associados ao uso de drogas, como o compartilhamento de agulhas, práticas sexuais seguras e uso de testes para substâncias adulteradas.
4. **Integração social:** Oferecer suporte com o profissional de saúde se colocando como parte da rede social do usuário. Dessa forma, é possível ajudar os usuários a se reintegarem na sociedade, diminuindo assim o isolamento e o estigma.

5. **Tratamento personalizado:** O tratamento levará em conta o desejo do usuário na construção de seu objetivo. Dessa forma, reconhece que cada pessoa tem necessidades individuais e desenvolve o plano terapêutico baseado nelas.

6. **Participação ativa do usuário:** Incluir o usuário no planejamento, na execução e na avaliação do tratamento. Além disso, reconhece-se a autonomia do usuário para fazer suas escolhas informadas sobre sua saúde.

Em termos de cuidado, no Brasil, é importante frisar que o tratamento hegemônico para pessoas com problemas com álcool e outras drogas acontece nas CTs. As CTs são instituições não governamentais, criadas na década de 1970 e expandidas a partir da década de 1990 (Alves, 2009). As CTs são instituições que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e recebem, muitas vezes, recursos públicos, embora não integrem o SUS nem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), com sua Resolução nº 01/2015, regulamentou as CTs tanto na perspectiva de regular o funcionamento, quanto no que se refere a fomentar a conformidade técnica e ética na assistência oferecida por tais estabelecimentos aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, bem como às suas famílias (CONAD, 2015). As CTs têm uma perspectiva de oferecer tratamento para álcool e outras drogas baseado na abstinência. Por outro lado, existem os CAPS AD, que são um recurso de tratamento do SUS destinado às pessoas com problemas associados ao uso/abuso de álcool e outras drogas, sendo o tratamento baseado na redução de danos.

O grande problema de termos um modelo hegemônico para tratamento de álcool e outras drogas sendo feito nas CTs é que essas instituições não respeitam os direitos humanos. Segundo o Relatório da 4^a Inspeção Nacional de Direitos Humanos, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), que investigou as situações nas CTs de 24 estados, mais o Distrito Federal

(DF), avaliando 68 instituições, foi encontrado um aviltamento aos direitos humanos básicos, além de outras irregularidades e abusos, tais como: presença de agressões físicas e morais; constrangimento aos familiares durante a visita; uso de contenção física e química sem o consentimento da família e/ou do usuário; uso de cárcere privado; desrespeito à orientação sexual; imposição da crença religiosa dominante; omissão nos cuidados com a saúde; e condições precárias no que se refere à alimentação, habitação e saneamento básico. Importante ressaltar que muitas CTs são financiadas com dinheiro do SUS e dependem de recursos públicos e doações. É muito difícil pensar em um tratamento em saúde mental que não respeite os direitos humanos nem os direitos dos usuários de saúde mental (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 10.216/2001). Por esse motivo, a pesquisa em questão é relevante no sentido de propor o desenvolvimento de dispositivos de saúde mental no ambiente do CAPS AD, visando uma perspectiva de atenção em saúde mental não manicomial. A questão central sobre as políticas de saúde mental no campo de álcool e outras drogas é que os governos estaduais e federal direcionam recursos da saúde para as CTs, as quais não apresentam evidências de que recuperam usuários de saúde mental com problemas de álcool e outras drogas, ao invés de investir na RAPS e na assistência social, que acabam ficando sem recursos. Segundo Bonaldo (2020), em um estudo feito em um CAPS do DF, observou-se condições precárias no atendimento aos usuários, devido às condições socioeconômicas em que o CAPS estava inserido. Por exemplo, tratava-se de um CAPS II atendendo uma região de mais de um milhão de pessoas, sendo que, pela legislação, esse tipo de CAPS só deveria atender regiões de até 200 mil habitantes; ausência de supervisão clínica; poucos profissionais da saúde para dar assistência, entre outros problemas. Além disso, nos estados, incluindo o DF, persiste a tendência preocupante de alocar recursos significativos para

CTs, mesmo diante dos mesmos problemas observados em outras regiões, em vez de priorizar investimentos na RAPS e em programas de assistência social.

No dia 26 de abril de 2024, houve uma importante mudança no cenário a respeito do tratamento de álcool e outras drogas. Segundo Azevedo (2024), o Conselho Nacional de Assistência Social, que é ligado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), excluiu as CTs como organizações sociais, tornando-as, assim, não passíveis de financiamento pelo Governo Federal. Essa decisão é importante no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o fortalecimento da RAPS. Resta saber qual será o impacto real dessa decisão na diminuição ou aumento das CTs no país.

Ao examinar os dispositivos e terapias relacionados ao tratamento de uso/abuso de substâncias no Brasil e, em parte, em todo o mundo, é evidente que as terapias direcionadas às questões do álcool e outras drogas frequentemente incorporam elementos religiosos e morais em sua abordagem. Essa abordagem está centrada no conceito de superego, uma instância descrita por Freud (1923/1996d) como parte do aparelho psíquico responsável por restringir o ego e estabelecer um ideal de comportamento, relacionado ao conceito de “eu ideal”.

Os métodos de tratamento para o abuso de álcool e outras drogas, dentro desse contexto, visam promover esse ideal (uma vida livre de drogas e um foco na espiritualidade) e estabelecer uma restrição (abstinência), ambas funções do superego. Exemplos notáveis incluem os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), ambos caracterizados pela mesma abordagem religiosa e moral. O método dos AA, por exemplo, preconiza uma série de passos para superar a adição.

No entanto, é importante observar que esse tipo de tratamento possui uma base religiosa e não está alinhado com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), que

promove a abordagem da redução de danos. Os AA, embora reconhecidos internacionalmente, ainda apresentam desafios, pois oferecem um guia uniforme para todos os seus membros, em contraste com a abordagem da saúde mental, que é altamente individualizada e construída em colaboração entre o paciente e os profissionais de saúde.

Outro método de tratamento comum no Brasil são as CTs, que também incorporam elementos religiosos e morais, além de adicionar a componente da laborterapia (envolvendo o trabalho nas comunidades) como parte do processo de recuperação. A eficácia dessas abordagens em aliviar os sintomas dos participantes levanta questionamentos. De acordo com Lima e Braga (2012), o compartilhamento de experiências relacionadas ao uso de substâncias, a identificação com os doze passos e a adesão à clínica da abstinência contribuem para o sucesso do tratamento. No entanto, ainda é importante questionar até que ponto esses métodos realmente proporcionam alívio sintomático aos participantes.

Assim, coloca-se em questão a falta de regulamentação das atividades em saúde mental, especialmente no que se refere à drogadição. Em 2023, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se posicionou contra o uso das constelações familiares como intervenção terapêutica de maneira geral e junto à justiça (Conselho Federal de Psicologia, 2023), devido à incompatibilidade ética da abordagem com o exercício da profissão de psicólogo. Pensando nas CTs, na constelação familiar e em outras abordagens que carecem de estudos científicos para comprovarem sua eficácia, mas que são amplamente utilizadas, inclusive dentro do SUS, é necessário questionar por que existe um rigor científico para intervenções em saúde física (como, por exemplo, a aprovação de vacinas e medicamentos), mas, na saúde mental, permite-se uma determinada intervenção sem nenhum cuidado com o usuário. Talvez os efeitos iatrogênicos na saúde mental de técnicas não devidamente estudadas cientificamente estejam sendo ignorados. O fato de o

SUS financiar técnicas científicas e não científicas de intervenção em saúde mental faz com que espaços como CTs e estratégias como as constelações familiares, entre tantas outras, se mantenham como práxis, sem se considerar os efeitos iatrogênicos nos usuários de saúde mental.

Ainda sobre o que foi considerado acima, uma abordagem bastante conhecida para o tratamento de usuários são os grupos de autoajuda, sendo os mais famosos o AA e o NA. Esses grupos de autoajuda também, historicamente, têm sido presentes no tratamento da adicção (Lima & Braga, 2012). Muitos deles gozam de reconhecimento internacional, todavia, até que ponto esse tipo de grupo também não fere o código de ética do psicólogo, que estabelece: “Art. 2º. Ao psicólogo é vedado: b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 09). Visto que os grupos têm caráter religioso e moral, é possível o psicólogo atuar nesses grupos?

No que se refere ao público de crianças e adolescentes, existem diversas estratégias informativas e educativas para o tratamento e prevenção do uso de drogas que se resumem a “as drogas fazem mal e os sintomas decorrentes do uso”, predominantes em programas como o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), realizado pela Polícia Militar (PM) nas escolas, cuja eficácia tem sido questionada (Vasconcelos, 2018). Obviamente, garantir o acesso à informação aos adolescentes é importante, mas não é suficiente ao propormos uma intervenção. Outro ponto é pensar em uma intervenção com crianças e adolescentes que respeite os princípios da liberdade presentes em Brasil (1990c), que preconiza:

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. Art. 16. O direito à liberdade

compreende os seguintes aspectos: I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; II - opinião e expressão; III - crença e culto religioso; IV - brincar, praticar esportes e divertir-se; V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação; VI - participar da vida política, na forma da lei; VII - buscar refúgio, auxílio e orientação (Brasil, 1990c, s./p.).

Dessa forma, é imprescindível que a intervenção seja laica e respeite a cultura e a espiritualidade dos adolescentes, sem a indução a uma crença específica por parte do professor/educador e do profissional da saúde.

Em síntese, o que se tem discutido é que o problema das drogas nasce como um problema de segurança pública e depois passa a ser também um problema de saúde pública em termos de legislação e assistência. Outro ponto é que a maioria dos atendimentos para pessoas com problemas de adição no Brasil não são feitos por profissionais de saúde (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.), mas por pessoas sem formação na área (grupos de autoajuda e CTs). Esse quadro não é o mesmo quando se pensa na saúde mental em geral, em que a maioria dos usuários de saúde mental não adictos está sendo atendida por profissionais de saúde em locais clínicos (CAPS, hospitais psiquiátricos, clínicas particulares, clínicas-escolas, etc.). Ou seja, em termos de assistência, a clínica da adição se encontra em situação de maior negligência do que a clínica dos outros transtornos mentais.

Faz-se uma ressalva, visto que não criticamos as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, que estão contempladas no SUS por Brasil (Ministério da Saúde, 2017) e estão em consonância com o que a OMS (2013) recomenda. Apenas enfatiza-se que o caráter ético e científico precisa estar sempre em discussão, como se faz com a psicoterapia, psicanálise e tantas outras formas de intervenção em saúde mental.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, segundo Brasil (2015), teve sua origem na observância das diretrizes e recomendações de diversas conferências nacionais de saúde e das orientações da OMS. Atualmente, a PNPIC inclui como práticas reconhecidas em seus efeitos terapêuticos: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiopraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (Brasil, 2017).

1.1.3 Os Dispositivos de Tratamento dos CAPS e CAPS AD

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental que desempenham um papel crucial como pontos de referência e tratamento para indivíduos que enfrentam desafios psíquicos graves. Esses serviços são destinados a pessoas cujos quadros clínicos apresentam severidade e persistência que justificam a necessidade de um cuidado intensivo, personalizado e orientado para a comunidade. O principal objetivo dos CAPS é fornecer assistência abrangente à população, incluindo adultos, jovens e adolescentes que residem em sua área de abrangência. Isso se traduz em oferecer suporte clínico contínuo e, ao mesmo tempo, promover a reintegração social dos usuários, garantindo-lhes acesso ao mundo do trabalho, atividades de lazer, exercício pleno dos direitos civis e fortalecimento das conexões familiares e comunitárias. Em essência, os CAPS representam uma alternativa aos tratamentos hospitalares em instituições psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2004).

Importante destacar que a criação da política de saúde mental dos CAPS ocorreu em um momento de redemocratização do país, sobretudo porque a implementação do SUS e a realização das conferências nacionais de saúde mental permitiram novos caminhos para a saúde pública.

Nesse período, um movimento social abrangente, composto por profissionais de saúde mental e usuários, tinha como lema “uma sociedade sem manicômios” (Amarante & Torres, 2001).

Entretanto, é fundamental destacar que, com base em estudos anteriores, Bonaldo (2020) demonstrou que, frequentemente, o processo de institucionalização também ocorre no interior dos CAPS e que o CAPS pode, de fato, reproduzir uma lógica manicomial que resulta na cronicidade dos casos clínicos. Essa crítica não visa desqualificar o CAPS como um espaço de reintegração social e de criação de um ambiente terapêutico que respeita os direitos humanos fundamentais, mas sim compreender que a superação da lógica manicomial não se limita à construção dos CAPS. É fundamental enfatizar o papel essencial do CAPS como um elemento clínico de grande relevância, bem como sua centralidade no contexto da desinstitucionalização. Nesse sentido, a atuação do CAPS abrange três pilares interligados: a rede de suporte, a abordagem clínica e a integração com a rotina do serviço. Esse modelo de cuidado, conhecido como clínica ampliada, reconhece a significativa interação entre o CAPS e a comunidade, desempenhando um papel crucial no processo terapêutico (Leal & Delgado, 2007).

Para Santos (2003), o tratamento no CAPS conta com dispositivos clínicos e sociais. No cotidiano, existem oficinas que desempenham funções cruciais na organização e recriação da rotina, na mediação dos processos terapêuticos, na promoção da inclusão social, na criação de ambientes para convívio, na facilitação de encontros e na representação das trajetórias de vida. Segundo Guerra (2004), as oficinas terapêuticas e os CAPS favorecem eficazmente a reabilitação e o retorno ao convívio social dos pacientes, ao mesmo tempo que possibilitam a “incorporação da experiência da loucura na cultura e na cidadania” (Carvalho Júnior et al., 2019; Carvalho Júnior et al., 2024, p. 38).

Segundo Carvalho Júnior et al. (2019), todo esse suporte institucional cria oportunidades para expressão e simbolização em diversos níveis e contextos, atendendo a diferentes demandas e necessidades. Dessa forma, o CAPS é um espaço privilegiado para desenvolver novos dispositivos que respeitem o nível de simbolização dos usuários. É importante destacar que, por meio de reuniões, supervisões e assembleias, busca-se adaptar as ofertas de serviços de forma mais eficaz às necessidades dos pacientes atendidos (Carvalho Júnior et al., 2019), mesmo que, em algumas circunstâncias, os CAPS pareçam não ter recursos simbólicos e dispositivos adequados para atender casos de alta complexidade e com sofrimento psíquico intenso.

Sobre essa questão dos dispositivos para simbolização Roussillon (2019) traz uma contribuição para se pensar os dispositivos clínicos existentes em instituições de cuidado em saúde mental. O primeiro dispositivo é chamado de institucionais/sociais; são dispositivos desenvolvidos na instituição que buscam uma articulação com o social, mas que procuram a simbolização através de uma produção não simbólica (exemplos: grupo de culinária, autocuidado, etc.). O autor defende que, nesses grupos, o processo de simbolização pode ocorrer como um efeito colateral, visto que o grupo não tem por objetivo principal buscar a simbolização. O segundo tipo, chamado de artísticos/artesanais, consiste em propiciar um espaço de produção artística para os pacientes (pintura, colagem, música, teatro), em que o interesse está na produção artística mais do que na análise dessas produções. Por último, teríamos o espaço de dispositivos analisantes/subjetivantes, em que, embora se apoie em produções artísticas, esses grupos estão interessados em promover um espaço de simbolização e apropriação subjetiva (Roussillon, 2019).

Nesse sentido, estudos de Carvalho Júnior e Amparo (2022) e Matos e Neves (2011) demonstram a viabilidade de desenvolver dispositivos clínicos no CAPS, proporcionando uma

compreensão mais profunda dos processos intrapsíquicos e interpessoais dos participantes. No estudo mencionado (Carvalho Júnior & Amparo, 2022), destaca-se a contribuição fundamental da mediação oferecida pela prática da capoeira, que se revela em sua capacidade de facilitar os processos de simbolização primária em indivíduos psicóticos, possibilitando o ressurgimento do ritmo das experiências sensoriais primárias e sua integração nos rituais culturais.

Brasil (2011) estabelece a RAPS para pessoas que enfrentam desafios de saúde mental e necessidades decorrentes do consumo de substâncias como crack, álcool e outras drogas, dentro do âmbito do SUS. Essa regulamentação enfatiza o papel central dos CAPS AD na prestação de cuidados contínuos, baseados na comunidade, envolvendo diversas áreas e fortalecendo relações para indivíduos com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas. Isso gera um paradoxo na política de drogas, já que, apesar de adotar o paradigma da redução de danos como diretriz, a regulamentação inclui as CTs na RAPS como serviços de atendimento em regime residencial. O paradoxo está em incluir dois dispositivos de políticas públicas diferentes para o tratamento de álcool e outras drogas: a clínica da redução de danos versus a clínica da abstinência.

Os CAPS, pertencentes à RAPS, têm como principal objetivo a organização da assistência na área de saúde mental, com um enfoque no acompanhamento a longo prazo e na reintegração social dos pacientes. Esses dispositivos se alinham com os princípios da Reforma Psiquiátrica e as orientações do SUS. Segundo Brasil (2001), os CAPS devem contar com equipes multidisciplinares que adotam uma abordagem de cuidado comunitário e territorial. Isso significa que esse dispositivo considera a complexidade da vida e das relações de cada indivíduo, proporcionando cuidados completos por meio das atividades oferecidas nas instalações do serviço e através da colaboração com outras áreas, o território, a comunidade e serviços que

envolvem arte, cultura, lazer e oportunidades de geração de renda (Quintas & Tavares, 2020, p. 7).

A presença de equipes multidisciplinares nos CAPS está intrinsecamente ligada à Reforma Psiquiátrica, que buscou ampliar o escopo da atenção psicossocial, incorporando diferentes conhecimentos e práticas para além da abordagem biomédica tradicional. Nesse contexto, o sofrimento psíquico passou a ser compreendido de uma forma que reconhece o impacto do contexto social no qual os indivíduos estão inseridos, tanto na sua formação quanto na experiência de seu sofrimento (Quintas & Tavares, 2020). Diante dessa situação, pode-se observar que as discussões e práticas no que se refere aos adictos têm sido focadas, principalmente, no Brasil, em duas clínicas bastante distintas: a abstinência e a redução de danos, que são diretamente ligadas às CTs e aos CAPS AD, respectivamente. Contudo, na prática da prestação de cuidados em saúde mental, nota-se que muitos usuários de saúde mental com problemas com substâncias, frequentemente, utilizam ambos os serviços de forma simultânea.

Especificamente sobre o CAPS AD, segundo Quintas e Tavares (2020), ele é pautado na estratégia de redução de danos, em que os usuários são convidados, em espaços protegidos, a pensar nas implicações do seu uso/abuso de substâncias e a construir, junto aos profissionais, um caminho para tornar esse uso menos nocivo (os princípios da redução de danos foram explicados no capítulo 1.2 desta tese). A partir da política pública de redução, essa estratégia se desdobra em dispositivos individuais e coletivos. Muitas vezes, os CAPS AD dispõem de grupos de redução de danos em que essas estratégias são operacionalizadas. Os atendimentos individuais e os realizados fora do CAPS AD também são pautados na lógica de redução de danos. O CAPS AD conta, muitas vezes, com outras estratégias comuns aos CAPS, tais como: grupo de família, em que se oferece suporte aos familiares de usuários de drogas; espaços de lazer e convivência,

como lanche coletivo, oficinas de artesanato, entre outros dispositivos (Silva et al., 2019). Outra estratégia central do CAPS AD, presente também no CAPS, é o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS implica construir, junto ao usuário, como será o seu tratamento no CAPS AD (os dias dos atendimentos, quais dispositivos serão utilizados, a avaliação e a reavaliação constantes no tratamento). Essa estratégia faz com que o tratamento seja personalizado, respeitando a particularidade de cada caso.

Segundo Brasil (2007b), o PTS representa um conjunto articulado de propostas terapêuticas destinadas a indivíduos ou grupos, formado a partir de discussões coletivas conduzidas por uma equipe interdisciplinar, com o respaldo de apoio matricial quando necessário. Em sua maioria, é direcionado a situações mais complexas, sendo essencialmente uma variação das discussões sobre “casos clínicos”. Originou-se e evoluiu em contextos de atenção à saúde mental, visando proporcionar uma abordagem integrada da equipe, valorizando aspectos que vão além do diagnóstico psiquiátrico e da prescrição medicamentosa no tratamento dos usuários. O PTS constitui uma reunião abrangente da equipe, onde todas as opiniões são consideradas fundamentais para compreender um sujeito que demanda cuidados em saúde (Brasil, 2007b). Isso resulta na formulação de propostas de ações. A escolha do termo “Projeto Terapêutico Singular” (PTS), em vez de “Projeto Terapêutico Individual” (PTI), é preferida, pois destaca que o projeto pode ser elaborado tanto para grupos quanto para famílias, não se limitando apenas a indivíduos. Além disso, enfatiza a busca pela singularidade, reconhecendo a diferença como elemento central de articulação. Isso é especialmente relevante, considerando que os diagnósticos tendem a uniformizar os sujeitos e minimizar suas distinções, como no caso de condições como depressão ou bipolaridade.

Quando se avalia a realidade da saúde mental no DF, existem diversas contradições. A maior delas é o funcionamento irregular de hospital psiquiátrico geral, que deveria ter sido encerrado há 20 anos, conforme o ordenamento jurídico (Brasil, 1995). Outro fato é que não existem nem residências terapêuticas nem centros de convivência públicos; esses dois dispositivos são imprescindíveis para a realização da clínica psicossocial e constituem um requisito legal, de acordo com Brasil (2011). Outro ponto importante é a escassez de CAPS que, segundo o Movimento Pró-Saúde Mental do DF (2013), o número de CAPS no DF, de acordo com sua população, não atinge metade do que preconiza a lei.

1.1.4 A Institucionalização Dentro do CAPS

Este subcapítulo é importante porque o objetivo geral deste trabalho é identificar, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a eficácia de dispositivos e processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental e propor práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado, como um grupo reflexivo-transicional para a clínica da toxicomania. Sendo assim, é importante explicitar o que é institucionalização e os perigos que instituições comprometidas com a desinstitucionalização dos usuários de saúde mental enfrentam ao, inadvertidamente, acabar institucionalizando os pacientes novamente.

Quando se fala de institucionalização de indivíduos afetados por transtornos mentais, remonta-se à Idade Média na Europa, caracterizando-se como um processo de exclusão social desses sujeitos (Foucault, 2020). Nesse período, há registros da expulsão de pessoas consideradas loucas das cidades, sendo transportadas em barcos e abandonadas em alto-mar. Simultaneamente, surge o conceito do Hospital Geral como uma iniciativa social, administrando instituições destinadas à caridade, abrigando desabrigados, pobres e doentes, proporcionando

assistência material e religiosa, prevenindo a propagação de doenças e protegendo a população contra grandes epidemias. Além disso, os hospitais passaram a ser reconhecidos como locais para oferecer os “últimos cuidados e o último sacramento”, resultando na designação de “morredouros” para essas instituições (Foucault, 2020, p. 14).

A partir dos anos 70, o Brasil testemunhou o surgimento da Reforma Psiquiátrica, destacando-se a participação significativa dos movimentos sociais, notadamente o Movimento em Saúde Mental (MSTS) (Brasil, 2005). Composto por sindicalistas, membros do movimento sanitário, associações de familiares e pacientes que enfrentaram longos períodos de internação, esse movimento desempenhou um papel crucial ao expor os desafios e obstáculos enfrentados pelo sistema de saúde. Estes incluíam a comercialização da loucura, a medicalização indiscriminada, a ênfase em uma rede privada e a predominância do modelo hospitalocêntrico. Paralelamente, experiências bem-sucedidas, fundamentadas em paradigmas não manicomiais, estavam sendo implementadas em outros países, como o caso da Itália (Brasil, 2005).

É fundamental destacar que, no Brasil, durante muitos anos, o sistema de saúde mental esteve centrado nos Hospitais Psiquiátricos. Somente a partir da década de 1970 a Reforma Psiquiátrica começou a ser implementada. Para ilustrar a gravidade da situação no Brasil, podemos recorrer a dados apresentados por Arbex (2013): o Hospital Colônia, o principal hospital psiquiátrico brasileiro que atravessou praticamente todo o século XX, abrigava 70% de pessoas sem diagnóstico psiquiátrico. Entre 1969 e 1980, 1853 corpos foram vendidos para faculdades de medicina, e o eletrochoque era aplicado indiscriminadamente. Pessoas morriam de fome e frio, especialmente durante o inverno. Arbex (2003) relata que Franco Basaglia, ao chegar ao Brasil, comparou a situação a um campo de concentração nazista, afirmando que nunca tinha testemunhado uma tragédia semelhante em qualquer outro lugar do mundo.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo teve como objetivo o desmantelamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros serviços que pudessem operar por outra lógica. Nos estudos de Bonaldo (2020), ficou claro que o processo de institucionalização nos CAPS ainda ocorre e, por esse motivo, um dos objetivos desta tese é identificar outras maneiras pelas quais o processo de institucionalização ocorre nos CAPS. Além de pensar o processo de institucionalização, esta pesquisa está interessada também em identificar indicadores ainda existentes nessas instituições que são pautados na lógica manicomial. Essa lógica, segundo Oliveira (2009), trata-se de um conjunto de posturas, perspectivas e abordagens para manejar as relações com os usuários de saúde mental, no contexto público e privado, interferindo nas dinâmicas institucionais, interpessoais e interprofissionais. Dentro da lógica manicomial, é comum ver a objetificação dos pacientes, o aviltamento dos direitos humanos, e a identidade dos pacientes sendo associada exclusivamente a um transtorno mental. Bonaldo (2020) amplia essa abordagem para além dos serviços de saúde, entendendo que se trata de uma maneira de estabelecer o vínculo objetal, em que as relações de poder são bem demarcadas. Nessa perspectiva, uma escola, empresa e outros espaços podem ser manicomiais. É de extrema importância a identificação de posturas de institucionalização e da lógica manicomial para repensarmos a assistência e os dispositivos ofertados à população dentro da saúde mental pública.

Quando falamos em desinstitucionalização, entende-se como uma negação da instituição manicomial. Por instituição, compreende-se, segundo Rotelli (1999), uma variedade de elementos científicos, legislativos, administrativos, códigos culturais de referência e relações de poder organizadas em torno de um foco específico: “a doença”, com a sobreposição, no manicomio, do objeto “periculosidade”. Conforme Figueiredo (2009), a função do psicanalista

reside em efetivamente recomendar instituições cujos efeitos de subjetivação estejam em conformidade com os objetivos e a ética da psicanálise. Dessa forma, este trabalho consiste em identificar as posturas manicomiais que podem levar à institucionalização e propor dispositivos que possam propiciar outros processos de subjetivação. Certamente, uma desinstitucionalização completa é impossível, uma vez que a criação de serviços substitutivos resultará em novas instituições, institucionalizando, assim, seus usuários. No entanto, é crucial ter clareza sobre os tipos de instituições que estão sendo estabelecidas e identificar os novos padrões de institucionalização dentro do contexto do modelo da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, é necessário fazer a distinção entre Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização. De acordo com Venturini (2010), a Reforma Psiquiátrica coloca em xeque os fundamentos da prática psiquiátrica em um determinado período histórico, tendo como consequência a institucionalização. Já a desinstitucionalização, que vai além da desospitalização, refere-se a uma mudança cultural e subjetiva na sociedade em relação ao papel do dito “louco” (Venturini, 2010). Isso também resultará em programas governamentais, como a transferência de antigos moradores de hospitais psiquiátricos para residências terapêuticas.

1.1.5 A Clínica Psicossocial-Peripatética-Ampliada-Antimanicomial

Este trabalho se inspira tanto nas discussões do campo da saúde mental para desenvolver uma clínica contrária à institucionalização, quanto nos trabalhos da psicanálise francesa, com o desenvolvimento de dispositivos clínicos adaptados à realidade do paciente.

Ao refletir sobre a chamada clínica antimanicomial, Lobosque (1997) aponta alguns princípios importantes. O primeiro é o da singularidade, ou seja, a importância de pensarmos em um tratamento que considere os extremos — individual vs. social, privado vs. público. Esse

conceito não se resume à máxima de que “cada caso é um caso”, embora seja importante levar em consideração a particularidade de cada caso em relação aos protocolos em saúde mental e ao que a literatura científica diz. Entender esse princípio da singularidade é também convidar o paciente a sustentar aquilo que lhe é único, compreendendo as implicações do seu próprio estilo de existência. Dessa forma, o trabalho pensado na clínica antimanicomial não é sobre adaptar a pessoa à cultura. De maneira oposta, a clínica antimanicomial propõe que a pessoa consiga abrir seu próprio caminho na cultura, sem negá-la, mas integrando-a. O segundo princípio é o do limite: a clínica psicossocial questiona os limites morais, culturais e institucionais que afetam o indivíduo considerado louco. O objetivo é estabelecer um limite como uma questão lógica para o paciente, de modo que não seja imposto pela autoridade, mas que surja de uma abordagem de “fazer caber”. Isso significa delinear um contorno em vez de realizar uma exclusão. Além disso, “fazer caber” implica também convidar a cultura a lidar com a falta de enquadramento, redesenhando seus próprios limites com a loucura (Lobosque, 1997). O último princípio é o da integração, isto é, integrar no tratamento as múltiplas dimensões do ser e incluir os múltiplos recursos da rede para o tratamento. A substituição dos manicômios por uma rede psicossocial implica a incorporação desses múltiplos recursos: movimentos sociais, rede de saúde, rede de assistência social, comunidade e educação. Além disso, uma comunhão de saberes visa não disciplinar e controlar o dito louco, mas cuidar melhor das pessoas.

Figueiredo (2011) também menciona, dentro do referencial psicanalítico, o que ele chamou de clínica do cuidado. Esta clínica envolveria a continência, isto é, o profissional da saúde se colocar em uma posição subjetiva de acolher a pessoa e ajudá-la na sua expressão simbólica e nas transformações. Essa capacidade também está associada a permitir que a pessoa sonhe, que ela possa encontrar um espaço para transformar angústias em outra coisa, o que Freud

chamou de sublimação. Assim, na clínica do cuidado, é imprescindível que o cuidador ajude a pessoa a alimentar esses sonhos, a produzir novos caminhos, contenha as angústias trazidas e construa dialeticamente novas vicissitudes para as pulsões. A segunda função dessa clínica é o reconhecimento: ver a pessoa que é atendida como um ser humano, portador de direitos fundamentais, com desejos, história, etc. Por último, há a capacidade de interpelação, que consiste em provocar o paciente sobre aspectos naturalizados da vida, interpelá-lo e convidá-lo para a construção de sua vida (Figueiredo, 2011), incentivando-o a sair da passividade e a entender os possíveis ganhos secundários do sintoma.

Uma estratégia usada para a realização dessa clínica psicossocial é o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo Brasil (2014), o PTS representa um conjunto coordenado de abordagens terapêuticas destinadas a um sujeito, seja ele individual ou coletivo. Ele surge da colaboração de uma equipe interdisciplinar, com apoio adicional conforme necessário, e é comumente direcionado a situações de maior complexidade. Em essência, o PTS é uma versão ampliada da discussão de casos clínicos, amplamente desenvolvida em ambientes de saúde mental para promover uma abordagem integrada, valorizando não apenas o diagnóstico psiquiátrico e a medicação, mas também outros aspectos do tratamento dos pacientes (Brasil, 2014). Portanto, constitui uma reunião de toda a equipe, na qual todas as perspectivas são consideradas relevantes para compreender o sujeito com necessidades de cuidado em saúde e, consequentemente, para elaborar propostas de intervenção. A escolha do termo “Singular” em vez de “Individual” enfatiza que o projeto pode abranger grupos ou famílias, não se limitando apenas a indivíduos, e ressalta a busca pela singularidade como elemento central de articulação. Isso é particularmente importante, pois os diagnósticos tendem a nivelar os sujeitos e a minimizar suas diferenças, categorizando-os (por exemplo, como hipertensos, diabéticos, etc.).

Por último, os CAPS podem ser considerados dentro da perspectiva que, segundo Lancetti (2006, p. 08), denominou de “clínica artesanal”, uma maneira de planejar os tratamentos de saúde mental adaptando-se à realidade do paciente e adotando medidas heterodoxas (Acompanhante Terapêutico (AT), passeios, espaço de convivência, etc.). A ideia presente é que o CAPS deveria produzir essa clínica artesanal, funcionar de portas abertas, priorizar os casos de maior complexidade e considerar o território existencial (o que o paciente vive), em contraposição ao território geográfico (onde ele habita). A psicanálise, assim como a clínica artesanal mencionada na perspectiva da saúde mental, também parte da compreensão de que o analista deve reinventar a psicanálise para cada paciente (Ogden, 2009).

1.2 O Tratamento de Álcool e Outras Drogas na França

Assim como no Brasil, na França os tratamentos para álcool e outras drogas são divididos em duas perspectivas: a redução de danos e a abstinência. Em território francês, o tratamento é realizado em centros de saúde, que são Organizações Não Governamentais (ONGs) financiadas pelo governo francês. Ocorre também na modalidade ambulatorial e na internação em hospitais psiquiátricos, além dos hospitais gerais, que também oferecem grupos e tratamento ambulatorial. Essa é uma diferença importante em relação ao Brasil, pois, atualmente, as pessoas adictas não são tratadas em hospitais psiquiátricos, embora historicamente isso já tenha sido feito.

As adicções podem ser consideradas um perigo que exige proteção e proibições (proteção da saúde das pessoas, dos bens ou do funcionamento social). No entanto, a proibição e os cuidados podem se opor, o que faz surgir diferenças entre, por exemplo, a absorção de uma substância, o consumo em um local específico (público ou privado), a posse, a realização de uma infração sob seus efeitos, a revenda, etc. (Sautel, 2009). A lei e os cuidados podem, mais recentemente, se associar. Assim, é possível, para o consumidor, escapar de parte de sua punição

na França se ele próprio se comprometer a seguir um tratamento (Matusczak-Delaroche, 2015).

Outras situações levam a justiça a incentivar diretamente o usuário a se inscrever em um processo com obrigações de cuidados.

Na França, os hospitais psiquiátricos compõem o tratamento para pessoas com problemas de álcool e outras drogas, assim como para aqueles com sofrimento psíquico grave e persistente. Desde 1960, segundo Petitjean (2009), os serviços públicos de saúde mental franceses estão organizados em setores, com cada equipe setorial prestando cuidados de saúde mental a uma população média de 54.000 habitantes. Esta organização tem como objetivo dar continuidade ao atendimento aos pacientes de uma área identificada. A redução no número de leitos psiquiátricos hospitalares tem sido mais progressiva na França do que em outros países europeus. O sistema de setorização tem demonstrado sua eficácia em termos de acesso e continuidade de cuidados para doenças mentais graves. No entanto, esse programa tem sido alvo de debate por parte da sociedade em um contexto de restrição de financiamento e pelas dificuldades geradas com a diminuição programada do número de leitos psiquiátricos (Petitjean, 2009).

A área da toxicomania, e mais especificamente aquela dedicada aos cuidados dos toxicômanos, passou por mudanças a partir de meados da década de 1990 no Brasil e em todo o mundo. Um período que começou no início dos anos 1970, construindo-se progressivamente sobre conceitos e noções ligados à psicanálise, foi seguido por um segundo período dominado pela “redução de danos”.

Essas mudanças foram, às vezes, interpretadas como uma ruptura e, portanto, uma mudança de paradigma (Bergeron, 1999), e outras vezes como uma recomposição da intervenção (Trépos, 2003). Aos atores tradicionais especializados, frequentemente designados na literatura francesa pelo termo “intervenientes em toxicomania”, juntaram-se outros atores, notadamente os

médicos generalistas em seu novo papel de prescritores de medicações de substituição para a redução de danos. Uma concepção da toxicomania, que estava ligada à psicanálise para um entendimento dinâmico da pessoa, foi substituída por uma concepção mais “pragmática”, ligada mais a protocolos de substituição e troca de uma substância por outra do que, necessariamente, a uma visão dinâmica do processo.

É importante esclarecer que, na França, a Reforma Psiquiátrica foi um tanto diferente da Reforma Psiquiátrica Italiana e Brasileira. Segundo Ruiz et al. (2013), François Tosquelles, psiquiatra catalão, teve extrema importância na Reforma Psiquiátrica Francesa e, entre muitas de suas ideias, constam: 1) o recrutamento de leigos para os tratamentos de doentes mentais, visto que os psiquiatras da época eram mais preconceituosos e, assim, estigmatizavam mais os doentes mentais, dificultando o tratamento; 2) gerenciar o hospital de maneira que ele pudesse realmente atuar como agente de saúde mental, considerando que ele exacerbava sua própria patologia ao confinar todos, inclusive os profissionais de saúde, perpetuando, assim, as condições crônicas. A crítica feita à Reforma Psiquiátrica Francesa, a partir da Psiquiatria Institucional, é que esse tipo de reforma ainda defende que seja possível “um bom manicômio”, o que se choca frontalmente com os movimentos da Antipsiquiatria Italiana e da Reforma Psiquiátrica Italiana (Ruiz et al., 2013, p. 11).

Os primeiros questionamentos médicos sobre o problema do uso de drogas na França datam da década de 1970, a partir dos trabalhos de alguns psiquiatras com pacientes consumidores de heroína. Eles tentaram, então, transformá-la em uma patologia específica e estabelecer um tratamento adequado, distinto daquele oferecido aos pacientes consumidores de álcool. Os objetivos dos cuidados eram voltados para a desintoxicação e a abstinência. A chegada do HIV e o crescimento das políticas de redução de riscos e danos (RDRD), inspiradas

pela Holanda, modificaram as modalidades de tratamento (Maestracci, 2009). Era necessário não apenas focar na cessação do consumo, mas também nos riscos associados. O cuidado passou a incluir programas de troca de seringas, a abertura de locais de acolhimento para os usuários, a prescrição de tratamentos de substituição, a criação ou recriação de vínculos, etc. Assim, os resultados mostraram uma redução no número de overdoses, a melhoria da saúde dos usuários, o aumento da idade média nos locais de tratamento, a diminuição da delinquência, a redução das contaminações por HIV, etc. Desde então, as políticas de tratamento estão divididas entre essas duas polaridades: a abstinência como meio e/ou objetivo de cuidado ou a redução de riscos e danos.

Paralelamente, a addictologia emergiu recentemente como uma disciplina cada vez mais autônoma e específica, no final do século XX, para dar conta de uma nova clínica. Na França, o termo só apareceu oficialmente em 2007, no plano governamental sobre as adicções (Dugarin, 2019). A denominação “addictologia” permitiu abandonar o campo lexical da toxicomania (Morel, 2006) e reunir a alcoologia e outras dependências, que permaneceram distintas por muito tempo devido a razões socioculturais. Para comprovar isso, a Associação Nacional de Prevenção em Alcoologia e Addictologia (ANPAA), inicialmente fundada por Claude Bernard e Louis Pasteur, tornou-se, em 2021, a Associação Addictions France (AAF). Hoje, a addictologia se organiza não apenas como uma disciplina de cuidado, mas também, cada vez mais, como uma disciplina criadora de saber e conhecimento, através da pesquisa.

1.2.1 O Papel do Médico e do Hospital no Sistema Francês

Os primeiros sinais ou indicadores de um consumo problemático não são observados, inicialmente, em um contexto de cuidado. Eles podem ocorrer na família, em situações festivas,

em casa, na adolescência, no trabalho, entre amigos, ou ainda na escola, em locais públicos ou privados. É exatamente por isso que se observa um esforço significativo para formar diferentes atores ou intervenientes em diversos campos (medicina do trabalho, casas de adolescentes, professores, serviços de saúde de proximidade, etc.). No entanto, o médico permanece central na organização do cuidado no tratamento na França, como primeiro interlocutor. Ele não é apenas o primeiro observador do que está acontecendo, mas também o primeiro prescritor e orientador para o setor sanitário (hospital) ou médico-social (Ruiz et al., 2013).

Segundo Ruiz et al. (2013), o hospital oferece cuidados em hospitalização completa, hospital dia, consulta ambulatorial ou ainda em cuidados de continuidade e reabilitação. É, frequentemente, no hospital que ocorre a desintoxicação, como a primeira etapa em um processo de tratamento (mesmo que possa haver várias etapas em um percurso global). O objetivo é, então, avaliar os tipos de adicções, prescrever tratamentos de substituição, prevenir recaídas, orientar projetos de cuidados individualizados, tratar as complicações do consumo ou as comorbidades associadas, etc. As equipes de ligação e de cuidado em adictologia têm a função de se deslocar dentro dos diferentes serviços. De fato, a adição, sendo um fenômeno transnosográfico, é encontrada em todos os serviços de cuidados, seja em primeira ou segunda intenção (Maggi, 2024).

1.2.2 Os Centros de Atendimento e Prevenção em Adictologia (CSAPA) e as Consultas para Jovens Consumidores (CJC) – França

Os CSAPA são geridos pelo setor médico-social e oferecem um acolhimento gratuito, anônimo e incondicional nas cidades. Eles são compostos por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, trabalhadores socioeducativos, usuários pares) engajadas no

acolhimento, nos cuidados e na prevenção. São majoritariamente organizados para um atendimento ambulatorial, mas alguns podem também oferecer hospedagem de curta ou longa duração em Centros Terapêuticos Residenciais (CTR). Esses centros permitem um trabalho terapêutico focado no coletivo e na reinserção, por meio da hospedagem (em apartamento terapêutico ou de transição), às vezes em conexão com os modelos de “Uma Casa Primeiro” (Housing First) ou pela retomada progressiva de uma atividade profissional. Alguns podem oferecer acolhimento específico, em casal, em família, com ou sem filhos, etc. O objetivo desses cuidados em CTR é promover a autonomia (Maggi, 2024). Eles podem integrar CJC ou consultas especializadas para adicções sem substância ou para populações específicas.

As CJC atendem um público específico, composto por jovens, menores de idade, estudantes ou jovens adultos, muitas vezes acompanhados por seus familiares, que estão questionando o consumo de substâncias ou comportamentos sem substâncias. Este é um público específico e importante, pois são usuários no início de seu consumo.

1.2.3 Centros de Acolhimento e Acompanhamento para a Redução de Riscos para Usuários de Drogas (CAARUD) e O caso Particular das Comunidades Terapêuticas (CTs) na França

O objetivo, assim como nos AA ou em outros movimentos associados, é propor programas de tratamento visando alcançar a abstinência. Esse é um modelo que teve dificuldade para se estabelecer na França devido às más experiências ocorridas no passado. O funcionamento é organizado em torno do coletivo, da ajuda mútua e do trabalho (trabalhos de reinserção, trabalhos manuais), muitas vezes afastado da vida urbana, salvo exceções notáveis (Castagné, 2006). Os profissionais que atuam nesses locais são, frequentemente, ex-usuários que passaram por um processo de tratamento.

Os CAARUD acolhem incondicionalmente os usuários, fornecem material estéril, trabalham nas necessidades fundamentais (higiene, vínculos sociais, alimentação, etc.) e oferecem orientação para os cuidados (testes, exames médicos, etc.), como uma etapa inicial para a reinserção. Frequentemente, esse trabalho é realizado em um acolhimento fixo ou móvel, com atividades de rua. O importante é (re)criar vínculos e manter a relação, já que a adicção é frequentemente percebida como uma patologia do vínculo (Matusczak-Delaroche, 2015).

1.2.4 As Associações de Usuários na França e a Política de Prevenção

As associações de ajuda mútua e de usuários também são extremamente importantes. Elas frequentemente oferecem reuniões de prevenção, comunicação, grupos de discussão com temas específicos (cuidadores, familiares, consumidores, etc.), além de grupos de autoajuda conduzidos por ex-consumidores e/ou voluntários (Couteron, 2022). Os vínculos com os setores sanitário e médico-social no mundo associativo ainda são tímidos na organização dos cuidados.

A prevenção tem como objetivo evitar ou retardar o máximo possível o encontro entre o produto ou comportamento e o usuário, ou então limitar a transição de um uso simples para um uso excessivo. Isso pode ser feito através de informações sobre os perigos, reflexão sobre as proibições ou ações de educação preventiva (Costes, 2013). A França propõe vários planos de prevenção no campo das adicções. Existe o Fundo de Combate às Adicções e a Missão Interministerial de Combate às Drogas e Comportamentos Adictivos (MILDECA). Suas missões são apoiar e financiar programas, avaliações e a implementação da política de saúde pública em relação às adicções. Essas ações podem ser realizadas por organismos e associações que organizam a prevenção das adicções, principalmente com as Agências Regionais de Saúde (ARS) e o Observatório Francês de Drogas e Tendências Adictivas (OFDT).

Um ponto importante refere-se à atuação das equipes multiprofissionais na França. Em todos esses locais de cuidado (hospital psiquiátrico, associações de usuários, CTs, CAARUD e CSAPA), as equipes são sempre multiprofissionais, incluindo profissionais de diversas disciplinas. A adição é um fenômeno multifatorial, por isso é necessário abordá-la de várias maneiras. Da mesma forma, os profissionais podem oferecer diferentes tipos de tratamento, com o objetivo não sendo mais saber qual é o mais eficaz, mas sim qual será o mais adequado à singularidade de cada usuário.

Este capítulo apresentou uma análise detalhada das políticas e abordagens de tratamento para álcool e outras drogas na França, comparando-as com as práticas adotadas no Brasil. Observa-se que ambos os países adotam perspectivas de redução de danos e abstinência, embora apresentem estruturas de cuidado diferenciadas, como a inclusão dos hospitais psiquiátricos na França e o sistema de setorização, que permite continuidade no atendimento. Além disso, enquanto o Brasil se distancia do tratamento hospitalar, a França ainda mantém essa prática como parte do sistema de saúde mental, uma escolha que gera debates no contexto de recursos e sustentabilidade das políticas de saúde.

A evolução do campo da toxicomania na França, desde uma abordagem tradicionalmente psicanalítica até a introdução da addictologia como campo independente, reflete mudanças nos paradigmas de intervenção. Este movimento rumo à redução de danos e a inclusão de médicos generalistas como prescritores de tratamentos substitutivos ilustram um enfoque mais pragmático, que busca reduzir os riscos associados ao uso de substâncias em vez de focar exclusivamente na abstinência. Esses aspectos revelam um modelo complexo e multifacetado, no qual a prevenção, o tratamento ambulatorial e os centros terapêuticos convivem e interagem para enfrentar as diversas facetas da adição.

Capítulo 2: O Toxicômano e as Dimensões Psíquicas da Toxicomania

2.1 Quem é o Toxicômano?

Neste capítulo, busca-se explorar e definir quem é o toxicômano em suas mais diferentes representações, desde as concepções do senso comum até as médicas e psicanalíticas. Isso é de extrema importância para atender ao objetivo dessa tese que pressupõe a proposição de dispositivos clínicos em grupo com essa população. Para se pensar em um modelo clínico que responda à complexidade da toxicomania, é imprescindível saber quem de fato são essas pessoas e como são suas constituições subjetivas. Aqui, novamente, faço uma distinção entre o uso dos termos toxicomania e a clínica da toxicomania. Ambos se referem a uma concepção da psicanálise para pessoas que têm uma dependência psíquica do objeto droga e suas implicações, do ponto de vista psicanalítico, sobre o tratamento.

Em outros momentos desta tese, foi utilizado o termo usuário de drogas ou clínica de álcool e outras drogas para me referir aos tratamentos que não são inspirados na teoria psicanalítica, muito embora tratem de pessoas com problemáticas relativas ao uso/abuso de substâncias. Enfatizo que esta tese está interessada em conhecer quem são os toxicômanos para pensar no desenvolvimento de dispositivos de tratamento, considerando o arcabouço teórico da psicanálise sobre o tema.

Nos manuais de psiquiatria, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) divide os transtornos em transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (American Psychiatric Association, 2013). A divisão é feita em dez categorias de drogas diferentes, apresentando os transtornos por uso, intoxicação e abstinência. Geralmente, observa-se a presença de prejuízo no trabalho e nas relações sociais para o enquadramento de um

transtorno relacionado a substâncias, bem como falhas na tentativa de controlar o uso da substância (o padrão de diagnóstico é similar para as outras nove substâncias). O critério adotado no DSM não é baseado em um funcionamento psíquico, mas sim atrelado ao uso da substância. Além disso, para cada droga, há síndromes associadas à abstinência e à intoxicação.

Já segundo a OMS (2018), na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 11^a edição (CID-11), é colocada em evidência a questão do uso desordenado de álcool, bem como a dificuldade na regulação resultante da utilização repetitiva ou contínua da bebida. O traço distintivo é um forte impulso interno que se manifesta em dificuldades para controlar a ingestão, levando à priorização do álcool em detrimento de outras atividades e à persistência do uso, mesmo diante dos danos e consequências negativas (OMS, 2018). O tempo mínimo para a manifestação dos sintomas é de 12 meses, exceto se houver consumo diário da substância. É importante destacar que o foco desta classificação ainda recai sobre o uso e, eventualmente, sobre os problemas sociais. Um ponto interessante ao avaliar a CID-11 é que a classificação passa a englobar dependências que não são, necessariamente, por substância, como a dependência de tecnologia ou o medo de ficar sem celular — "nomofobia".

No entanto, para a literatura psicanalítica, o toxicômano não é qualquer pessoa que faz uso de substância psicoativa, mas sim indivíduos que desenvolvem uma verdadeira dependência do objeto-droga. Essa dependência se articula com a dinâmica psíquica da pessoa, fazendo com que ela adote uma posição subjetiva em que todos os seus processos subjetivos passam a ser mediados pelo objeto da substância química.

2.2 O Toxicômano e a Toxicomania

O termo toxicomania advém da psiquiatria, que, a partir do século XIX, começou a inserir em seus manuais uma categoria para pessoas que tinham dificuldade no uso/abuso de substâncias (Santiago, 2001). Para Freud (1930/1996b), o uso de drogas estaria associado a uma das maneiras de buscar a felicidade e esse sentimento de plenitude por meio de grandes prazeres. Mais do que isso, o uso de drogas estaria relacionado à forma de lidarmos com o mal-estar na civilização. O mal-estar na civilização se articula com a repressão/recalque dos instintos mais primitivos humanos, nos quais o psiquismo precisa buscar novas vicissitudes, sendo as drogas um desses destinos. Já o termo adicção, de acordo com Vargas et al. (1993), remete, em termos etimológicos, à ideia de submissão a um dono, isto é, uma servidão em relação à droga ou substância. Dessa forma, o adicto seria visto como alguém escravo de um objeto ou situação. Não obstante, o DSM-V faz uma distinção para os transtornos de consumo excessivo de drogas, chamando-os de "transtornos relacionados à substância" e "transtornos aditivos", que incluem padrões de comportamento excessivos, como a adicção ao jogo.

Roussillon (2006), ao discorrer sobre os diversos fazeres clínicos da psicanálise, fala de patologias de situações-limite e extremas de subjetivação, envolvendo traumatismos que ameaçam o sentimento identitário do sujeito. Dentre essas patologias, ele inclui: autismo, toxicomania, toxicomania grave, psicose, delinquência, criminosos em série, entre outras. Neste mesmo artigo, o autor problematiza que essas clínicas implicam em patologias do ser, e o tratamento passa por questões da ordem do sofrimento narcísico.

2.3 Toxicomania: Relação com o Objeto e Traumatismo

O objeto droga, segundo Ravit (2002), produz uma relação contraditória e paradoxal, pois, ao mesmo tempo que promete um bem-estar psíquico, também provoca sofrimento.

Concomitantemente, enquanto pode preservar a vida psíquica (como uma espécie de válvula de escape), também é somaticamente destrutivo. Esse paradoxo nos remete a Freud (1920/1996e), quando o autor apresenta duas forças muitas vezes antagônicas: a pulsão de autopreservação, que busca uma excitação psíquica por meio de sua descarga, e a pulsão de morte, que busca o retorno ao nível zero de tensão.

Frente ao mal-estar na civilização, a busca pela felicidade e um modelo de prazer associado a tensões serão propostos por Freud (1924/1996f). Nesse sentido, o que se observa na toxicomania é um aumento da tensão psíquica ligado a um tipo de prazer específico. A toxicomania compreende uma força imperativa para a descarga pulsional, além da necessidade de atingir esse excesso de excitação pela ingestão de uma substância estimulante. Olivenstein (1985) vai ao encontro dessa perspectiva, problematizando a toxicomania não mais como uma defesa frente às angústias, mas como uma incorporação contínua de excitação pelo efeito tóxico da substância. Nessa perspectiva, o toxicômano é aquele que mantém essa excitação constante através da ingestão da substância, rompendo com a ideia de que o uso de drogas existe apenas como uma defesa frente à angústia.

Um conceito que se articula com a toxicomania, proposto por Freud (1905/1996g), é o de regressão e fixação. Nesse texto, Freud explica que o desenvolvimento infantil é dividido em fases, e que a sexualidade infantil é autoerótica e baseada em pulsões parciais. Dessa forma, a sexualidade estará presente desde a mais tenra infância até a organização genital adulta. Freud (1905/1996g) também problematiza que o desenvolvimento segue cada uma dessas fases (oral, anal, fálica, período de latência e genital), e que problemas e/ou gratificações em uma dessas fases podem provocar fixações da libido. A fixação ocorre quando a libido fica restrita a uma fase do desenvolvimento e, mais adiante, diante de um estressor, o sujeito regredie àquela fase. É

exatamente isso que ocorre na toxicomania, em que a pessoa regride para uma fase pré-linguística diante de um sofrimento. Nesse sentido, a intoxicação se coloca como uma forma de simbolizar, uma tentativa da pessoa de elaborar um conteúdo que não pode ser simbolizado, visto que a época traumática ocorreu em um período anterior à linguagem (Galván, 2012). Mais à frente, Freud (1924/1996f) explicita a toxicomania como um caso em que a pessoa, ao longo do desenvolvimento, teve sua libido fixada em uma fase autoerótica; a libido fixada perde sua mobilidade e não consegue mais se conectar a novos objetos, transformando-se, assim, em uma compulsão.

Quando se pensa na compulsão à repetição pela intoxicação, considerando que a repetição é uma tentativa de elaboração, até que ponto não se trata de uma regressão do paciente para um período de uma realidade pré-discursiva? (Santiago, 2001). Nesta realidade, o que prepondera são as emoções, já que a linguagem ainda não está desenvolvida. Faz sentido, então, que o paciente tente regredir a esse período na tentativa de elaborar um trauma primário. Por isso, a importância do trabalho com toxicomania por meio de um grupo transicional que permita novas formas de simbolização e elaboração por parte do paciente, para além da dependência do objeto.

É possível entender parte do funcionamento do toxicômano como fruto de um traumatismo psíquico na infância, como já problematizava Freud (1924/1996f). Outros autores, além de Freud, destacam a importância dessas experiências. Lacan (1998), para entender a toxicomania, lança a metáfora do espelho quebrado. Para entender essa metáfora, primeiro é necessário explicar a fase do espelho tal como Lacan comprehende. Segundo Lacan (1998), essa metáfora mostra que, inicialmente, o bebê não tem uma unidade corporal consistente e, a partir da relação com o Outro, ele começa a integrar sua imagem, de fora para dentro. Nesta primeira

fase, a criança percebe o seu reflexo como um ser real (Lacan, 1998). Em um segundo momento, a criança consegue diferenciar que o seu reflexo não é ela mesma, mas apenas sua imagem. Por último, na terceira fase, a criança comprehende que a imagem no reflexo é, de fato, sua própria imagem. É interessante que Zimerman (1999) interprete essa metáfora a partir da relação mãe-bebê, em que, no início, há uma confusão e fusão entre a criança e a mãe, até que a percepção de que são entidades distintas se estabeleça de diferentes formas (visual, imagética e simbólica).

Segundo Olivenstein (1991), a metáfora do “espelho quebrado” na toxicomania refere-se à ideia de que os indivíduos que desenvolvem dependência de substâncias podem ter experimentado uma falha nesse estágio de desenvolvimento do espelho (6 a 18 meses). Assim, em vez de desenvolverem uma identidade integrada e uma imagem de si mesmos com um “eu” completo, esses indivíduos podem ter vivido experiências traumáticas, como abandono, maus-tratos ou falta de investimento emocional adequado por parte de figuras parentais. Essa falha na formação do eu, de acordo com Olivenstein (1991), pode resultar em uma sensação de fragmentação ou inadequação do eu. Nessa busca por uma compensação, os indivíduos podem recorrer às drogas como uma forma de “máscara” para encobrir essa falta de integração. O objeto droga oferece uma ilusão de unidade, completude e satisfação que falta na identidade do sujeito. As drogas, então, funcionariam como um mecanismo de defesa para evitar o confronto com a falta, o desejo e a castração, proporcionando uma sensação ilusória de plenitude e evitando o confronto com a realidade.

Colocando de outra maneira, a metáfora do “espelho quebrado” na toxicomania sugere que os indivíduos que desenvolvem dependência de substâncias frequentemente possuem uma identidade fragmentada ou insatisfatória, buscando nas drogas uma forma de mascarar essa falta de integração do eu. As drogas proporcionam uma falsa sensação de unidade e satisfação,

dificultando para essas pessoas enfrentarem a realidade e lidarem com suas questões emocionais de maneira mais saudável. O tratamento da toxicomania, portanto, envolve auxiliar os indivíduos a superarem essa relação tóxica com as substâncias e a desenvolver uma identidade mais integrada.

Diante dessa falha nas relações primárias na toxicomania, Pouliche (2000, p. 07) problematiza que a verdadeira toxicidade não está nas drogas, mas no objeto introjetado por essa “intoxicação primária”, decorrente das inadequações vividas com objetos primordiais. Para escapar desse objeto interno tóxico, indiferenciado, intrusivo e dominador, o toxicômano recorre a um pseudo-objeto que ele pode manipular — a droga (Pouliche, 2000). Em outras palavras, o toxicômano foge de um objeto interno intoxicante para um objeto externo manipulável e tóxico.

Dessa forma, o que está em jogo na toxicomania é mais do que o simples uso de uma substância, uma vez que muitas pessoas consomem drogas sem desenvolver uma relação adictiva com elas. Segundo Figueiredo (2012), se a pessoa tiver passado por uma experiência traumática na infância, isso constituiria o chamado objeto primordial mau. Esse objeto primordial mau seria buscado por meio do uso da droga como uma forma de repetição para elaboração, resultando em uma dependência patológica. Além disso, Figueiredo (2012) aponta que, na toxicomania, há também uma relação com a droga como automedicação e autotratamento. O autor faz uma comparação com a lógica da homeopatia, onde "semelhante cura semelhante", ou seja, a intoxicação curaria a "intoxicação primária".

Em Freud (1920/1996e), é afirmado que as pessoas tendem a repetir suas experiências primárias na compulsão à repetição e que a alucinação e o delírio carregam marcas da experiência traumática infantil, sendo repetidas fora do simbólico (porque os traumas ocorreram antes do surgimento da linguagem). Nesse sentido, as experiências que mais se repetem são as

precoces. Roussillon (2006) amplia essa concepção ao dizer que o que está em jogo na repetição na toxicomania é, de fato, um anestesiamento contra a invasão das emoções. Se essa repetição se coloca como uma defesa perante a invasão do afeto (ligado às experiências traumáticas infantis), resultaria, caso essa defesa falhasse, em uma experiência alucinatória. Assim, a compulsão à repetição se colocaria como uma proteção contra o afeto e, por consequência, impediria uma posição psicótica.

Então, dito de outra forma, quando um traumatismo acontece em um momento da vida psíquica em que ele pode ser elaborado ou simbolizado por meio da linguagem, pois esse recurso já está disponível naquele momento, é diferente de traumatismos que ocorrem em um momento primitivo, pré-linguagem, sem recursos para elaboração. Nesse caso, ele tende a retornar (como no retorno do recalcado, mas talvez nem tenha sido recalcado de fato), por exemplo, por meio de alucinações (Bastos & Ferreira, 2012). No caso da toxicomania, o que se observa é uma posição intermediária entre esses dois extremos: a pessoa não consegue utilizar o recurso simbólico da linguagem, mas também não retorna a uma experiência alucinatória. De fato, existem afetos e experiências não integradas, não elaboradas, que o sujeito repete no ato de drogadição como uma maneira de se defender de uma experiência afetiva intensa associada à infância, que poderia levar à alucinação. A "cena traumática" que não pôde ser metabolizada e um objeto mau, intoxicante e persecutório, dariam início à trama do toxicômano. Assim, a droga cumpriria duas funções psíquicas para o paciente: 1) daria sustentação ao ego e delimitaria seus limites, inclusive pela alteração sensorial que ela provoca, sendo uma tentativa do ego de se reorganizar sensorialmente; 2) por meio da intoxicação, o toxicômano buscara dominar e manipular magicamente o objeto mau (Savietto & Figueiredo, 2012).

O termo toxicomania refere-se, então, à possibilidade de, através do uso de determinada substância psicoativa, a pessoa conseguir realizar essa descarga pulsional e obter uma satisfação completa, mitigando a angústia, seja ela física ou psíquica (Lamego & Brito, 2020). Todavia, o que se coloca é que essa relação intensa entre o sujeito e a droga acabaria também levando a uma espécie de escravidão ou uma profunda dependência do objeto.

Santiago (2001) se indaga sobre quais são as possíveis relações entre os efeitos das substâncias químicas e o objeto droga; todavia, o autor defende que as relações de adição estão associadas às particularidades de cada sujeito. A dependência advém dos significados vinculados à substância, e não tanto dos efeitos químicos da droga em si. De acordo com essa perspectiva, torna-se difícil considerar os efeitos químicos das substâncias como a única causa da toxicomania. Em vez disso, a substância é vista como um "instrumento" de enfrentamento diante do desconforto inerente ao mal-estar na civilização.

Como discutido nos parágrafos anteriores, a dimensão temporal do traumatismo desempenha um papel fundamental na compreensão da toxicomania. De acordo com Freud (1917/1990a), as conexões no inconsciente não seguem uma sequência cronológica, mas são baseadas em associações. Isso significa que, no âmbito do inconsciente, a divisão entre passado, presente e futuro se funde em uma única experiência psíquica. Consequentemente, o impacto do trauma psíquico é significativo, uma vez que eventos do passado podem ressoar psiquicamente em momentos posteriores. Nesse contexto, Freud (1917/1990a) também argumenta que, no inconsciente, o conceito tradicional de causa e efeito não se aplica da mesma maneira; assim, uma intervenção de agora pode atuar em uma causa de patologia associada ao passado. Dessa forma, esta tese propõe a implementação de uma intervenção em grupo como uma forma de proporcionar uma elaboração simbólica para eventos que deveriam ter sido processados no

passado, mas que ainda afetam o indivíduo no presente. Essa é a essência do trabalho – enfrentar o traumatismo infantil mencionado ao longo deste estudo e explorar quais recursos contemporâneos podem auxiliar na simbolização e resolução desses traumatismos.

Desse modo, a tese deste trabalho é que a toxicomania pode ser entendida como uma resposta psíquica a traumatismos primários, especialmente aqueles ocorridos em períodos pré-lingüísticos, que deixam marcas profundas e difíceis de simbolizar. Nesses casos, o objeto droga atua como um substituto para uma experiência emocional não elaborada, oferecendo uma ilusão de controle e alívio que acaba se convertendo em dependência. Esta pesquisa propõe que, para lidar com essas feridas psíquicas iniciais, é fundamental desenvolver dispositivos clínicos grupais que favoreçam a reflexividade e a transicionalidade, possibilitando ao indivíduo ressignificar a relação com o objeto droga e reconstruir suas formas de vinculação com o mundo. Através de uma abordagem psicanalítica e do conceito de dispositivos reflexivo-transicionais, o estudo busca demonstrar que esses espaços terapêuticos em grupo podem promover novas formas de simbolização e subjetivação, essenciais para a emancipação e para a elaboração do trauma inicial que perpetua a dependência.

2.4 As Dimensões Psíquicas da Toxicomania

2.4.1 A Dimensão Narcísica

Chabert (2006) aponta para uma dimensão narcísica da toxicomania. Para a autora, existe uma dimensão onipotente, invulnerável e imortal que seria buscada por esse eu. Por meio da droga, a pessoa procuraria uma espécie de “sono hipnótico”, uma regressão psíquica diante do mal-estar, capaz de extinguir a dor. Todavia, com o fim do efeito da substância química, a pessoa subjetivamente se depararia novamente com o imperativo de tratamento e com a dor. Interessante

notar que, ao trabalhar com adictos, esse momento é denominado de “quebra” ou “falha da droga”, caracterizado por culpa e por uma súbita motivação do usuário para o tratamento. No entanto, esse momento também é passageiro, e logo o ciclo é reiniciado com novas recaídas. Esse ciclo de abstinência e recaídas tende a mobilizar negativamente a equipe de saúde, que frequentemente adota um julgamento moral rígido em relação ao usuário, como se a questão se resumisse à “falta de vontade” e não à compulsão com determinantes psicodinâmicos.

2.4.2 A Dimensão Oral

Vários autores tentam dar inteligibilidade à relação oral intensa do sujeito com a substância. Lacan (1938/1985), em um estudo de caso clínico, aponta a toxicomania como uma saída pela via oral diante de um traumatismo psíquico. Assim, frente a uma adversidade, a pessoa regrediria para uma fase oral de satisfação pulsional — a toxicomania. É interessante recuperar que, para Freud (1905/1996g), a fase oral demarca uma distinção entre o eu e o outro. Ao nascer, o bebê estaria fusionado com o meio, mas, a partir das introjeções de alimentos pela boca, conseguiria fazer a distinção entre o eu e o mundo. Ao considerarmos a concepção de Lacan (1938/1985), diante de um traumatismo, haveria a necessidade de retornar a um estágio oral, fusionado ao meio/mãe.

A questão da compulsão à repetição, segundo Freud (1915/1980a), é que, diante de uma falha na recordação, a pessoa tende a repetir em ato como uma tentativa de recordar e elaborar. “O paciente não se lembra de nada do que ele esqueceu e reprimiu, mas ele o atua. Ele o reproduz não como memória, mas como uma ação; ele repete, sem saber, é claro, que está repetindo” (Freud, 1915/1980a, p. 03). Assim, considerando a toxicomania como uma repetição traumática, a pessoa faz uso da droga porque não consegue rememorar essas rupturas ocorridas ainda nos primeiros

estágios de vida. Por isso, surge a necessidade de se pensar em uma clínica que possa lidar com outras formas de simbolização. Segundo Pereira (2017), pode-se arriscar dizer que o uso da droga é uma tentativa de elaborar vivências traumáticas; contudo, como essa elaboração depende de um elemento externo, ela estaria fadada ao fracasso e levaria à dependência do objeto. Nesse mesmo artigo, o autor faz uma comparação com os sonhos traumáticos, que também são tentativas de elaboração, e os sonhos de pessoas usando drogas (para toxicômanos), como uma realização de desejo e tentativa de elaboração traumática.

2.4.3 A Dimensão do Desamparo

Uma dimensão que também se articula com a toxicomania é o termo trazido por Freud (1895/1997, p. 42) conhecido como *Hilflosigkeit*. Esse termo remete à ideia do desamparo humano, um conceito retomado por Freud em seus textos culturais, associando-o à morte do pai simbólico e ao desenvolvimento da civilização, bem como à superação edípica, resultando em um desamparo constitutivo. A principal ideia é que a toxicomania seria uma maneira ineficaz de lidar com o desamparo existencial, com a dependência de um objeto sendo um destino frente ao horror desse desamparo fundamental. Outra interpretação do desamparo, segundo Pacheco Filho (2007), sugere que o ser humano nasce biologicamente desamparado e depende inteiramente do outro para sobreviver. O custo de receber proteção e carinho dos cuidadores seria internalizar o desejo do Outro, ou seja, desejar o que o Outro deseja, levando à alienação. Sob essa perspectiva, a toxicomania seria um modo fracassado de o sujeito lidar com aspectos fundamentais da existência humana e com as contradições da sociedade: o indivíduo nasce desamparado, mas é constituído a partir do Outro.

Hilflosigkeit se refere a um tipo de desamparo biológico, mas esse desamparo não é apenas biológico. Ele está intimamente ligado à condição existencial humana. É, precisamente, a fragilidade biológica dos seres humanos que nos abre para o Outro, enquanto elemento simbólico. Nas palavras de Freud:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais (Freud, 1895/1997, p. 333).

Sendo assim, o desamparo primordial é o que faria com que os seres humanos se relacionassem e passassem a ser constituídos a partir do outro. Mas, o que aconteceria quando existem falhas nessa resposta ao desamparo primordial? A toxicomania pode ser um dos destinos diante dessas falhas?

A partir das dimensões narcísica, oral e do desamparo, a tese deste trabalho propõe que a toxicomania pode ser compreendida como uma resposta psíquica a traumatismos primários não simbolizados, que afetam profundamente o desenvolvimento psíquico e deixam o sujeito preso a padrões compulsivos de repetição. Esse quadro se reflete em uma busca contínua pela droga, que oferece uma forma de anestesia temporária para a dor psíquica e para o desamparo existencial. No entanto, como a elaboração psíquica depende de um processo interno de simbolização, o recurso à droga torna-se um substituto precário e ineficaz, incapaz de promover uma verdadeira resolução do sofrimento.

Essa perspectiva sugere que o uso da droga, ao invés de apenas uma “falta de vontade” ou uma questão moral, representa uma tentativa falha de simbolização de experiências traumáticas e de estados de desamparo primordial. O sujeito toxicômano busca, através da droga, lidar com a fragilidade do eu e o confronto com aspectos fundamentais da existência humana, mas sem o suporte adequado, ele se vê preso a um ciclo de repetição sem elaboração simbólica real. Assim, a tese defende que dispositivos clínicos específicos, como os grupos reflexivo-transicionais, podem auxiliar na construção de novos caminhos de simbolização, oferecendo ao sujeito um espaço para reconstruir sua relação com o objeto droga e encontrar alternativas que promovam um maior enraizamento e integração psíquica.

Esse enfoque aprofunda a necessidade de uma prática clínica que vá além da simples abstinência e que compreenda o toxicômano em sua complexidade psíquica, possibilitando a criação de dispositivos terapêuticos que favoreçam a subjetivação e a ressignificação de suas experiências.

2.5 A Toxicomania e as Falhas na Reflexividade, na *Réverie* e na Transicionalidade

Na toxicomania, os traumatismos infantis somados ao desamparo primordial podem provocar dificuldades no desenvolvimento psíquico da reflexividade. Para Roussillon (2008a), a construção da reflexividade se dá pelas ligações com os primeiros objetos. O excesso de estímulos aversivos, somado ao estado de desamparo inicial, provoca dificuldades para a pessoa em promover a simbolização. Essa condição resultaria em um prejuízo na reflexividade e, consequentemente, a pessoa não conseguiria ter a capacidade de se sentir, se escutar e se refletir (Roussillon, 2012a).

Bion (1994) se aproxima de Roussillon (2012b) ao problematizar que a criança, durante a infância, demanda do cuidador a realização do que ele chama de função alfa para o seu desenvolvimento. Isto é, o desenvolvimento da atividade de pensar, ou o trabalho reflexivo, resulta da capacidade do bebê de tolerar o ódio que advém das frustrações primárias (desamparo). Os bebês, então, procuram em suas ligações algo para aplacar essa condição de desamparo, podendo encontrar experiências positivas que atendam às suas necessidades, ou experiências negativas, quando não encontram objetos ou encontram um mau objeto dentro de si. Daí a importância da função continência, exercida através da função materna, como um espaço para que o bebê possa desenvolver essas habilidades de representação e não siga o caminho da fuga à frustração. Talvez possamos pensar na compulsão à repetição como, precisamente, uma fuga em relação a esse desamparo e frustração inicial.

Bion (1962), ao falar da ideia de continente e conteúdo, estabelece uma ligação entre eles e, nessa relação, pode gerar elementos *alfas* ou *betas*. O tipo dessa relação pode ser facilmente compreendido pela díade mãe-bebê, onde o bebê pode ter emoções que não sabe como lidar, e através da “*reverie*”, ou seja, da capacidade de sonhar, da mãe ela vai ajudar o bebê a processar suas emoções, gerando assim elementos *alfa* (boas experiências associadas à elaboração das emoções). Nessa perspectiva, o continente (mãe) sendo tudo aquilo que pode conter uma emoção (no caso do bebê), enquanto o conteúdo é a emoção em si. Quando a relação mãe-bebê não funciona, a criança pode ficar com suas emoções sem serem processadas, gerando assim um elemento *beta* (experiências ruins associadas a não aprendizagem e dificuldade de manejo dessas emoções) (Bion, 1962, pp. 13-14).

Os elementos *beta* são emoções puras e, muitas vezes, corporais, e, se não forem trabalhadas como elementos *alfa*, podem levar a uma necessidade de descarga pulsional através

do consumo de substâncias tóxicas. É importante notar que a falta de elementos *alfa* impede que se aprenda com a experiência. Bion (1962) introduz o fator K+ como um aspecto de aprendizagem, e o -K quando não se é possível aprender. Se os elementos *alfa* estão presentes, é possível então que os elementos *beta* possam ser transformados e ganhem um sentido. Talvez seja, precisamente, isso que ocorre na toxicomania, um bebê que não passou por uma função continente-conteúdo com a mãe, o que gerou elementos *beta* e uma compulsão à repetição em que não se pode aprender com a experiência (-K). Dessa forma a função do analista na clínica da toxicomania passará também por ajudar o paciente a transformar esses elementos *Beta* em *Alfa*. É fundamental abordar a função descrita por Bion (1963) como “*rêverie*”, que desempenha um papel importante na clínica da continência, esta se concentra na capacidade da pessoa que faz a função continente em sonhar de forma a processar experiências emocionais e integrá-las. Podemos pensar que este tipo de função está associada à maternagem em que a mãe precisa ajudar a criança a simbolizar essas experiências infantis.

O grande problema quando não ocorre essa função alfa é que as experiências que não foram integradas na infância tendem a retornar mais tarde, em crianças pequenas, como grande raiva ou angústias devastadoras (Roussillon, 2006). Neste artigo, o autor, ao falar da toxicomania, afirma que, enquanto adulto, o sujeito se defende do retorno dessas experiências, vividas como destrutivas, e passa a buscar um espaço para se sentir integrado. Dessa forma, o objeto droga se coloca como um lugar de integração, uma espécie de objeto transicional “furado”, como uma forma de compensar a não integração inicial.

Neste ponto, é necessário articular essa noção com o desamparo e com algo que possa sustentar o psiquismo diante deste desamparo, o que podemos chamar de objeto transicional. O objeto transicional é um mediador entre a experiência de mãe e filho, ego e não ego, mundo

interno versus mundo externo (Salmonde, 1981). A mãe suficientemente boa é aquela que consegue permitir à criança viver essa dupla realidade entre ilusão e desilusão, fazendo com que a criança eleja um objeto transicional. Nas palavras de Winnicott:

É verdade que a ponta do cobertor (ou o que quer que seja) é simbólica de algum objeto parcial, tal como o seio. No entanto, o importante não é tanto seu valor simbólico, mas sua realidade. O fato de ele não ser o seio (ou a mãe), embora real, é tão importante quanto o fato de representar o seio (ou a mãe) (Winnicott, 1960, p. 19).

Sendo assim, o objeto droga se coloca em oposição ao objeto transicional. Enquanto o objeto transicional atua como um suporte para o desenvolvimento psíquico, oferecendo um objeto concreto para o trabalho mental (introjeção, projeção, sonhos e fantasias), o objeto droga remete à manutenção da onipotência infantil (Milner, 1977). Isso ocorre porque se trata de um objeto que promete prazer irrestrito, algo extraordinário, ao mesmo tempo que é imutável e sempre disponível. O objeto droga, de fato, leva a uma posição onipotente, semelhante a uma posição infantil, sem contenção e sem limite, o que explica seu caráter tão adictivo.

Essa tese introduz um novo conceito: pensar a droga como um objeto transicional furado, isto é, um objeto que desempenha a função de anti-simbolização através de uma intoxicação pela via do sentir. Esse objeto droga se apresenta como uma resposta a algo que não pôde ser subjetivado e resulta em uma compulsão à repetição pela via da intoxicação. No contexto grupal, o terapeuta assume o papel fundamental de ser o próprio objeto transicional. Ao desenvolver um dispositivo terapêutico, ele se torna um elemento crucial para a criação de um ambiente transicional. Essa estratégia visa fornecer uma alternativa construtiva ao curto-círcuito provocado pelo uso de drogas.

Em síntese, fazendo um resumo das perspectivas discutidas até aqui, podemos avaliar a toxicomania por dois eixos principais: o primeiro se refere à intoxicação atual, com gênese nas experiências infantis, sobretudo nos objetos tóxicos e persecutórios do passado, em que a pessoa repete essa intoxicação como uma tentativa de elaborar (e como uma defesa contra a invasão do afeto infantil ligado às experiências primordiais). O segundo eixo se refere à perspectiva do narcisismo infantil. Nesse caso, a toxicomania colocaria a pessoa em uma posição onipotente, na qual tenta lidar com o objeto droga pela falsa ilusão de que pode manipulá-lo. Ainda em relação ao narcisismo, a droga permitiria ao ego criar contornos sempre que fosse necessário lidar com uma angústia de desintegração (Costa, 2013). O uso de drogas criaria um ambiente, delimitando um perímetro físico de um "envelope psíquico" para a pessoa, diante da instabilidade gerada pelo afeto (Costa, 2013).

Segundo Costa (2013), embora o objeto droga esteja associado a essas duas funções, ele de fato não consegue promover nenhum tipo de elaboração, levando a pessoa a estabelecer com o objeto intoxicante uma relação de dependência, uma fusão fantasiosa com o objeto. Ainda neste artigo, o autor problematiza que o prazer físico causado pelos psicoestimulantes é breve e pode levar à dissolução das fronteiras do eu, devido à dispersão neurofisiológica resultante dos efeitos químicos do estimulante. A dependência da droga não resolve a separação do objeto persecutório e, além disso, compromete a continuidade, integridade e individualidade do sujeito.

Dissemos neste trabalho que a eleição do objeto droga é uma maneira de tentar controlar o objeto intoxicante original. No entanto, poderíamos questionar qual seria a verdadeira natureza desse objeto originário: teria ele sido intoxicante pela sua ausência extrema ou pela sua presença invasiva? Isso retoma a discussão de Freud (1913/2011) sobre as realidades, sendo uma concreta e externa a nós, e a outra, a realidade psíquica, associada ao inconsciente, às nossas construções,

às fantasias, etc. Nesse aspecto, Freud (1913/2011) fala da relação dialética entre os dois tipos de realidade (realidade psíquica e realidade material), tornando irrelevante a sua distinção, visto que uma é vivida e a outra não seria atingível. Em outras palavras, a realidade psíquica é a realidade interna do indivíduo, influenciada e mediada pela realidade externa, permitindo a assimilação de representações do mundo interno e externo. Dessa forma, torna-se difícil saber a natureza do objeto intoxicante originário, pois também depende da simbolização inicial da criança.

Outro ponto discutido neste capítulo que também merece uma síntese é a origem da toxicomania. Segundo Roussillon (1999a), a toxicomania surge em um ambiente que privou o indivíduo dos pilares estruturantes de sua imagem narcísica, tornando-o incapaz de lidar com a separação do objeto intoxicante sem o risco de dissolução de si. O autor também menciona a necessidade primordial do uso de signos pré-verbais, como gestos e posturas, para exteriorizar demandas ao analista, uma vez que esses sinais preenchem a lacuna entre a dimensão emocional e pulsional da vivência e a primazia da linguagem verbal.

Para encerrar este capítulo, é importante discutir que para conseguir romper a adição e a dependência do objeto, é necessário refletir sobre o papel das construções em análise. Ou seja, ao retirar o objeto transicional "furado", o que o paciente conseguirá colocar no lugar desse "nada"? Penso que Freud (1937/1975) aborda um pouco essa questão ao afirmar que as construções em análise são um processo diferente da interpretação, estando ligadas às novas vicissitudes pulsionais que o paciente poderá estabelecer, ou até o que fazer com seu sintoma.

Quando se refere à clínica psicossocial e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), está se falando de um projeto de vida para a pessoa diante de um adoecimento. Nesse sentido, é pertinente refletir sobre como um grupo pode oferecer um espaço que vá além das interpretações, sendo baseado em construções e reflexividade. Diante desse cenário, iremos discutir um pouco

mais sobre os dispositivos de tratamento no que se refere à toxicomania e os aspectos relativos à direção da cura nessa situação.

Diante da síntese apresentada neste capítulo, a tese deste trabalho é que a toxicomania representa uma tentativa falha de simbolização e elaboração de experiências primordiais, especialmente aquelas ligadas a objetos tóxicos e persecutórios que marcaram o desenvolvimento inicial do sujeito. O objeto droga, nesses casos, torna-se um substituto precário para esses objetos originários, oferecendo uma ilusão temporária de controle sobre a angústia de desintegração e o desamparo. No entanto, conforme discutido, esse recurso falha em promover uma verdadeira elaboração psíquica, aprisionando o sujeito em um ciclo compulsivo de dependência e repetição.

Para romper com essa relação de fusão e dependência com o objeto droga, esta pesquisa propõe o desenvolvimento de dispositivos clínicos que, ao invés de focarem apenas na abstinência, priorizem processos de simbolização e reflexividade, oferecendo ao sujeito um espaço para reconstruir sua relação com o mundo interno e externo. Nesse contexto, o grupo reflexivo-transicional surge como um dispositivo fundamental, criando um ambiente de continência e construção que permite ao sujeito trabalhar suas demandas a partir de novas vicissitudes pulsionais. Esse grupo, orientado por uma prática psicanalítica, não só auxilia na superação do vínculo com o objeto intoxicante, mas também possibilita ao sujeito reorganizar suas estruturas narcísicas e simbólicas de forma mais saudável e integrada, atendendo às necessidades psíquicas que a toxicomania falha em suprir.

Capítulo 3: O Grupo Reflexivo-Transicional como Dispositivo de Tratamento na Clínica da Toxicomania

Este capítulo se concentrará na questão do tratamento para a toxicomania. Nesse caso, estamos tratando de um modelo de tratamento baseado em uma proposta de grupo com enfoque psicanalítico. O capítulo é importante porque, para que o pesquisador possa desenvolver dispositivos grupais fundamentados na psicanálise, é essencial considerar como diferentes autores dessa área concebem esse tipo de clínica. Inspiramo-nos, especialmente, nos trabalhos de Kaës, Roussillon, Brun, Figueiredo, entre outros. Além disso, o capítulo problematizará e detalhará a importância do trabalho em grupo como um espaço transicional, mediador, flexível, reflexivo e continente.

A tese deste trabalho é que a toxicomania resulta de uma falha nos processos iniciais de simbolização e integração psíquica, levando o sujeito a uma relação de dependência com o objeto droga como forma de lidar com o desamparo e a angústia de desintegração. No entanto, essa relação com a droga, em vez de promover uma elaboração real do sofrimento psíquico, aprisiona o indivíduo em um ciclo compulsivo de busca por alívio temporário, sem resolver o núcleo traumático subjacente. Com base nisso, este capítulo apresenta o grupo reflexivo-transicional como um dispositivo terapêutico essencial para a clínica da toxicomania, por oferecer um ambiente que possibilita novas formas de simbolização e reflexividade. Essa prática grupal, fundamentada em uma perspectiva psicanalítica, visa criar um espaço onde o sujeito possa construir novos significados e ressignificar sua relação com o objeto droga, rompendo com a fusão dependente e promovendo uma maior integração e continência psíquica.

O grupo, conforme descrito por Kaës (2011), surgiu inicialmente como uma tentativa de aplicar os princípios da psicanálise a indivíduos que não podiam se beneficiar dos métodos

tradicionais de cura ou psicoterapia individual. Posteriormente, tornou-se evidente que o contexto grupal, devido aos processos que geram suas características distintas, mostrou-se notavelmente útil no tratamento de pessoas que enfrentavam desafios específicos, como neuroses graves, psicoses ou estados-limites (Kaës, 2011). Assim, esta pesquisa busca justamente desenvolver um dispositivo grupal de tipo reflexivo-transicional (descrito a seguir) para pacientes toxicômanos.

Segundo Kaës (1997), após Freud, as pesquisas psicanalíticas sobre grupos passaram a se estruturar com a ideia de que o grupo, como um conjunto de interações entre sujeitos, representa uma realidade psíquica distinta. Essa concepção, que teve seu início com Freud e foi aprimorada por Bion e Foulkes, tornou-se ainda mais precisa com as investigações realizadas pela Escola Francesa de Psicanálise de Grupos (Kaës, 1997). Embora Freud não tenha trabalhado com grupos, uma ideia trazida por ele (Freud, 1921/1990b) é que os grupos/massas não se referem apenas à soma da realidade psíquica dos seus membros, mas que o grupo produzirá uma realidade psíquica própria, que vai além da soma dos indivíduos. Nesse sentido, o processo de simbolização que pode ser conquistado através do grupo é diferente do atendimento individual e pode beneficiar especialmente pacientes que não respondem bem ao atendimento individual clássico.

3.1 Dispositivos de Tratamento na Clínica da Toxicomania

O fazer analítico tem como característica a adaptação aos diferentes contextos de atendimento e problemáticas. Quando se usa o termo "clínica", estamos nos referindo ao fazer clínico associado a um determinado funcionamento, como por exemplo: clínica da psicose, da neurose, da toxicomania. Existe um consenso de que atender pacientes ditos neuróticos é

diferente de atender pacientes psicóticos, pois as demandas são distintas, assim como as particularidades do atendimento. Por isso, é importante propor, para cada estrutura psíquica e/ou psicopatologia, quais são os maiores desafios e o que é mais relevante ao construir um tratamento. A toxicomania é um problema antigo, e psicanalistas de diversas gerações e linhas diferentes já examinaram o funcionamento dessas pessoas e as práticas clínicas (Lacan, 1938/1985; Olivenstein, 1991; Santiago, 2001; Zimerman, 1999).

De forma geral, a psicanálise não se refere apenas ao emprego do método psicanalítico clássico (associação livre e atenção flutuante), mas há um dispositivo "padrão" nela: o uso do divã-poltrona e a realização de alguns atendimentos semanais (três, quatro ou cinco, de acordo com a demanda). A partir desse método, existem indicações sobre tipos de sujeitos ou psicopatologias que se beneficiam do seu emprego. Todavia, o termo "exploração psicanalítica" se refere ao tratamento de alguns analisandos que fogem desse padrão, sobretudo porque a questão da identidade do sujeito será central e a diferenciação eu-não-eu será essencial (Roussillon, 2012a). Segundo Roussillon (2012a), casos como "estados-limites", "borderline", e "narcisistas" são tipos psicológicos que tendem a produzir, em análise, transferências marcadas por paixão, negatividade, limite, e confusão, e não pelo conflito, afeto-sinal, ambivalência ou castração.

Os chamados "pacientes difíceis" fizeram com que os psicanalistas fossem levados a adaptar o método da psicanálise (Costa, 2013), especialmente em uma clínica com enfoque nas funções de *holding* e no enquadramento do *setting* (Costa, 2013). Nessa clínica, o papel do clínico passa a ser de acolhimento e sustentação da experiência traumática que se repete, em contraposição à neutralidade, à atenção flutuante e às associações livres. Para Roussillon (2012b), embora existam muitas formas de psicanálise, tais como a técnica do divã,

acompanhamento terapêutico, encontros face a face ou em outros contextos, como hospitais, todas elas têm a mesma origem: a associação livre. A toxicomania, como explorado no capítulo anterior, trata-se de um funcionamento relacionado ao traumatismo psíquico primário e, por isso, também requer uma clínica diferenciada do modelo padrão.

Tendo em vista as diferentes formas de organização das intervenções e as inúmeras maneiras de constituição psíquica, este trabalho se propõe a construir um dispositivo de cuidado amparado pelas noções de reflexividade e continência, voltado para adultos toxicômanos. Assim, o objetivo é apresentar e desenvolver dispositivos terapêuticos destinados a esse público-alvo. A tese deste trabalho defende que a toxicomania emerge de falhas estruturais nos processos de simbolização e integração psíquica, particularmente associadas a traumatismos primários. Essas falhas levam o sujeito a uma dependência com o objeto droga, como uma tentativa de lidar com o desamparo e a angústia de desintegração. No entanto, essa relação com a droga, embora ofereça uma falsa sensação de controle e alívio, não resolve o núcleo traumático que a sustenta, perpetuando um ciclo de dependência e repetição compulsiva.

Para abordar essa problemática, este capítulo apresenta a construção de um dispositivo terapêutico específico para a clínica da toxicomania: o grupo reflexivo-transicional. A proposta é que, através de um ambiente grupal psicanalítico, seja possível criar um espaço de continência e reflexividade que permita ao sujeito reconstruir suas representações internas e desenvolver novas formas de simbolização. Esse grupo busca, portanto, oferecer ao sujeito uma oportunidade de ressignificar sua relação com o objeto droga e fortalecer suas estruturas narcísicas, rompendo com a fusão dependente e promovendo uma maior integração psíquica. Inspirado por autores como Kaës, Roussillon, Brun e Figueiredo, este trabalho propõe que a terapia grupal é particularmente eficaz na toxicomania, pois possibilita a criação de um *setting* terapêutico

adaptado às especificidades dessa patologia e que transcende as limitações do atendimento individual.

Roussillon (2019) aponta que a matéria-prima psíquica que compõe parte da nossa experiência vivida possui duas características principais. Ela é hipercomplexa, ou seja, multideterminada e composta por uma mistura entre o eu e o não eu. Além disso, é enigmática, o que significa que não pode ser compreendida de maneira imediata ou instantânea. Por isso, é fundamental a criação de dispositivos para analisá-la e assimilá-la. Os trabalhos em grupo, por meio da interação com o outro, desempenham justamente essa função de mediar e metabolizar a experiência subjetiva, ajudando a reestruturar a realidade psíquica. Além disso, a interação clínica envolve o paciente trazendo consigo uma variedade de conteúdos inconscientes e angústias psicológicas que necessitam da assistência do clínico para serem transformados em símbolos comprehensíveis, atribuídos de significado e devidamente processados.

Neste sentido, a proposta dos grupos reflexivos-transicionais se apresenta como uma forma importante de tratamento para patologias que fogem da análise tradicional. Para Roussillon (2012a), o mais importante nesses grupos não é o objetivo clássico da análise — tornar consciente o inconsciente —, mas sim oferecer um espaço para o paciente se entender, se ver e se sentir. Parte dos efeitos do trabalho analítico ocorre sem uma consciência clara desse processo, e essa consciência não é essencial para a mudança subjetiva (Roussillon, 2010). Como discutido anteriormente, a hipótese da toxicomania como uma problemática que remete a fissuras primárias na fase do espelho (Olivenstein, 1991) sugere que a intervenção deve ser não apenas simbólica por meio da linguagem, mas também reflexiva.

Ainda assim, quando se pensa em toxicomania, segundo Totoli e Marcos (2017), o mais relevante não é a definição em si do que é um toxicômano, mas sim a função que a droga

desempenha na vida daquela pessoa. Dessa forma, a ênfase na psicoterapia seria, de fato, compreender o momento de vida em que o paciente se encontra e o motivo dessa relação intensa com determinada substância. A partir dessa compreensão, seria possível construir em análise interpretações sobre essa relação. A psicoterapia com toxicômanos, portanto, deve desempenhar uma função reflexiva/transicional, buscando significantes relevantes associados à intoxicação, à vida do paciente e ao seu ambiente.

A função do *holding* e do cuidado é essencial para uma clínica da toxicomania, especialmente quando marcada por uma realidade traumática. Figueiredo (2007) amplia essa ideia ao afirmar que a função do *holding*, inicialmente exercida pelas figuras maternas, paternas e familiares, passa a ser desempenhada por outros agentes, como instituições, profissionais de educação, de saúde, e tantas outras pessoas que compõem a vida do sujeito. O autor também ressalta a importância de os profissionais de saúde e educação auxiliarem a pessoa a encontrar um sentido para sua história. Esse processo de “fazer sentido” gera um efeito de integridade psíquica, especialmente em relação a experiências que não puderam ser adequadamente integradas no passado. A atitude de atribuir sentido contraria a vivência de rupturas traumáticas.

A clínica que estamos descrevendo tem como objetivo, devido à gravidade do trauma do paciente, enfatizar as funções de *holding* (sustentação), segundo Winnicott (1960), e de *containing* (continência), conforme Bion (1970).

Além das funções de *holding* e *containing*, outras funções psicológicas são necessárias para o desenvolvimento do paciente. Uma delas é a função de reconhecimento. Figueiredo (2007) desmembra o reconhecimento em duas subfunções: o testemunhar e o refletir/espelhar. O testemunhar envolve prestar atenção e reconhecer o objeto que está sendo cuidado, especialmente seus aspectos próprios e singulares, oferecendo um testemunho autêntico disso. O

refletir, por sua vez, é uma consequência do testemunho, permitindo que a pessoa se volte para sua própria imagem. Se o testemunho não for autêntico, o paciente não consegue exercer a função de reconhecimento, o que pode resultar em uma visão alienante e distorcida sobre o *self* (Figueiredo, 2007).

Dessa forma, o que se pretende desenvolver nos grupos reflexivos é o que se chama na literatura de clínica da continência. Segundo Figueiredo (2012), essa clínica envolve processos como sustentação, contenção, acolhimento, que permitem a elaboração, simbolização, compreensão, reconhecimento e espelhamento. A ênfase dessa clínica está em devolver ao paciente suas projeções. Após esse processo, no qual o clínico expõe a projeção, espera-se que o paciente possa introjetar esse conteúdo interpretado. Embora Figueiredo (2007) descreva esses elementos fundamentais (sustentação, acolhimento, etc.) para o tratamento da toxicomania, o setting que ele descreve — com posturas de *holding*, confronto e ausência — faz sentido em um atendimento individual. Não se sabe ao certo se esse modelo pode ser plenamente aplicado no contexto de grupo. Todavia, a hipótese é que os grupos terapêuticos também possam incorporar esses elementos da clínica individual.

Além das funções descritas no parágrafo anterior, segundo Figueiredo (2012), a função de confrontação também é fundamental no tratamento da adição. Muitas vezes, a intoxicação gera uma fuga da realidade, encapsulando os pacientes em seus próprios narcisismos. A postura de confrontação tem a função de restabelecer o contato com a realidade e com o afeto, exercitando interpretações que interpõem, desalojam e possibilitam elaborações frente às resistências. Nesse mesmo texto, o autor explora que a postura de confrontação também envolve a imposição de limites diante de manifestações da fantasia de onipotência infantil, do mundo das pulsões e dos excessos de injunções superegóicas primitivas.

Neste ponto, pode parecer que estão sendo apontadas funções antagônicas: continência vs confrontação, como se uma função anulasse a outra. Por isso, é importante organizar melhor o que está sendo proposto. Na clínica da toxicomania, é fundamental que a construção do dispositivo seja dividida em dois momentos. O primeiro momento está associado à oferta de uma continência ativa, ligada a processos metabólicos da mente, como a *rêverie*, a sustentação dos sentimentos, a contenção e o acolhimento, permitindo a elaboração e a devolução dos elementos projetados no tempo psíquico do paciente. Esse processo resultará na simbolização, na compreensão e no espelhamento por parte do paciente (Figueiredo, 2012). O ponto culminante desse primeiro momento ocorre quando o clínico interpreta as projeções do paciente, e o paciente é capaz de introjetar esses elementos.

No segundo momento, entra em cena a postura de confronto, como discutido no parágrafo anterior, para remover o excesso de continência e evitar uma situação de infantilidade ou dependência crônica em relação a um clínico onipotente (Figueiredo, 2007). Nesse sentido, o confronto e o estabelecimento de limites tornam-se fundamentais, evitando que a relação terapêutica espelhe a disponibilidade irrestrita presente no objeto droga. Este trabalho propõe uma nova forma de abordar a toxicomania, por meio de grupos mediadores, reflexivos e continentes, que promovam a transicionalidade.

Após passarmos pela postura de continência e da confrontação, chegamos à etapa final denominada postura de ausência. De acordo com Costa (2013), o principal enfoque dessa última etapa é a elasticidade psíquica, que se refere ao desenvolvimento da capacidade do paciente de suportar o "nada" criado pelo "objeto falho" (droga), renunciando ao gozo compulsivo associado à fantasia de preencher o vazio. Nessa fase, o paciente precisa desenvolver a habilidade de seguir

em frente sem depender desse objeto falho, convivendo com o tédio e as frustrações que essa ausência pode trazer, além de aprender a manejar suas emoções de maneira autônoma.

Conforme ressalta Roussillon (2015b), o dispositivo clínico a ser desenvolvido precisa construir um meio maleável para que se permita um tipo de comunicação com o objeto primordial, pois é a partir desse primeiro objeto que a pessoa construiu suas relações e ligações entre o mundo interno e externo. Além disso, este meio maleável precisa ter propriedades que o clínico deve oferecer, como sensibilidade, disponibilidade e resiliência frente aos ataques à transferência (Roussillon, 2015b). A grande questão é que o objeto droga é oposto ao meio maleável, visto que ele não permite testar a agressividade ou destrutividade, como o bebê faz com o objeto transicional (ou o meio maleável). Quando um objeto é capaz de receber a agressividade e refleti-la, isso contribui para o desenvolvimento psíquico; todavia, o objeto droga permanece intacto e sempre disponível para a pessoa (Ravit, 2022). Assim, o meio maleável/objeto transicional oferece um espaço para o desenvolvimento pulsional que remete à relação da pessoa com o objeto primordial. No entanto, o objeto droga apaga essas imperfeições do objeto primordial e se revela como um objeto com caráter maligno por oferecer um espaço pseudo-transicional, mas que acaba levando a uma dependência de objeto (Ravit, 2022).

A grande dificuldade, segundo Chabert (2006), quando se propõe a clínica da toxicomania será, precisamente, o fato de que o toxicômano na sua conduta adictiva irá descarregar sua excitação não ligada (aquele carente de simbolização) a uma descarga via substância. O grande problema desse fato é que quando isso ocorre não existe um caminho para simbolização e elaboração. Dessa forma, o adicto entra em uma certa homeostase e em um ciclo de descarregar essa angústia via objeto droga em um uso compulsivo. De fato, talvez isso explique o porquê de vermos alcoolistas e outros dependentes químicos que fazem uso da

substância por décadas sem conseguir algum tipo de elaboração, mesmo querendo se livrar do uso da substância.

Um ponto importante a ser enfatizado é o dispositivo de grupo para o tratamento da toxicomania com adultos e adolescentes. Brasil et al. (2016) problematizam o uso de álcool na adolescência e sustentam que o álcool, nessa fase, está relacionado a uma defesa frente ao mal-estar característico desse período. No mesmo artigo, as autoras explicitam que esse mal-estar está associado às transformações corporais e sociais relativas à puberdade, e que o álcool e outros comportamentos de risco servem como tentativas de anestesiar esse tipo de angústia. A estratégia escolhida pelas autoras para intervenção foi o Grupo Focal, que permitiu a simbolização das dificuldades, bem como a troca entre pares, sendo uma estratégia tanto de levantamento de demandas quanto de intervenção. Além disso, nota-se como o uso de álcool é banalizado entre os adolescentes, sendo também um símbolo identitário entre eles (Brasil et al., 2016). No entanto, essa explicação se refere mais ao uso abusivo de álcool por adolescentes, o que é diferente da clínica da toxicomania, que frequentemente envolve adultos e outras substâncias além do álcool.

Para entender a clínica da adicção e o manejo da transferência, segundo Coelho Junior (2013), é necessário que o clínico permita que o paciente estabeleça uma relação de dependência com ele, inicialmente se posicionando como uma espécie de ego auxiliar. Em um segundo momento, o clínico deve trazer novos elementos para a análise. A partir desses novos elementos, é possível provocar o desprendimento, a separação e facilitar novas construções em análise. Se pensarmos no manejo clínico, talvez seja importante considerar que, no primeiro momento do grupo com adictos, deve-se permitir um acolhimento (*holding*) e até a manifestação de uma transferência de dependência. No segundo momento, pode-se adotar uma postura mais confrontativa, visando desfazer a dependência e trazer novas construções para a análise..

A questão de ser um ego auxiliar, de acordo com Gulassa (2018), está relacionada à abordagem terapêutica na área da toxicomania. Isso implica auxiliar o paciente no desenvolvimento de funções egóicas, como melhorar sua capacidade de organização pessoal, auto apresentação e habilidades para lidar com situações desafiadoras. Além disso, envolve a reintegração social para a adoção de novos papéis sociais e profissionais. Portanto, a relação terapêutica com adictos inclui a atuação como um ego auxiliar temporário.

3.2 O Grupo Mediador e Maleável

Como explicado anteriormente, a proposta do trabalho de grupo é ser esse meio maleável que possa ser oferecido como um novo objeto transicional, contrapondo-se ao objeto-droga, que resulta em uma dependência psíquica. Ao propor esse meio maleável, recorremos a Milner (1952/1991), que discute o desempenho de um papel duplo, atuando como base para a atividade de simbolização e como um espelho que possibilita a representação do processo simbólico. Para ilustrar, poderíamos citar a pintura: o artista emprega meios pelos quais pode expressar parte de sua realidade interna. Durante o processo criativo, a obra resultante funde uma parcela da realidade interna com uma parte da realidade externa. Essa fusão resulta na criação de um símbolo que, ao contrário do que se poderia pensar, não é uma resposta defensiva, mas sim uma manifestação de uma necessidade fundamental de organização e coerência interna (Milner, 1952/1991). Nesse sentido, um grupo que possa propiciar esse meio maleável é essencial para ajudar nos processos de simbolização, sobretudo com o uso de objetos mediadores.

A toxicomania pode ser compreendida como uma patologia narcísico-identitária em resposta a um traumatismo precoce (Roussillon, 2012a). Diante dessa problemática, em que o trauma remete a uma situação pré-linguística, é importante introduzir no tratamento um grupo

como meio-maleável. Isso significa apostar na potencialidade que um meio pode sustentar para esse tipo de paciente, criando um ambiente que, segundo Milner (2006), exercerá um papel duplo: servir como substrato para o processo de simbolização e como espelho. Esse fenômeno ocorre quando o ambiente é receptivo às diversas formas de simbolização, e o condutor do grupo consegue reconhecer as representações trazidas pelos pacientes.

Segundo Brun (2018), as mediações terapêuticas, como modelagem, pintura e música, são práticas antigas na história do cuidado, particularmente na psicoterapia psicanalítica de crianças, na clínica da psicose e em algumas clínicas narcísicas-identitárias. No entanto, o que se propõe é o desenvolvimento de dispositivos para a toxicomania que se ajustem ao nível de simbolização dos pacientes e permitam, assim, elaborações. É verdade que, nas instituições de atenção ao toxicômano e ao abuso de álcool e outras drogas, já existem formas de trabalho que utilizam a mediação, como a arteterapia e outras modalidades de uso de objetos mediadores. Todavia, esse ainda é um dispositivo que carece de maior teorização e desenvolvimento com uma base teórica que a sustente e permita uma análise metapsicológica. Tanto a teoria quanto a prática dessas mediações têm sido tradicionalmente negligenciadas pelos psicanalistas (Brun, 2018).

Segundo Brun (2018), as psicoterapias com mediações artísticas ativam os processos de criação do paciente, que, ao criar um objeto, cria a si mesmo como sujeito. O suporte das mediações artísticas engaja o sujeito na emergência de novas formas de representação, promovendo uma abertura permanente dos processos de simbolização. Dessa forma, ressalta-se a importância de criar, nos CAPS, espaços que fomentem a elaboração criativa dos pacientes. Promover esses espaços, que possibilitem a apropriação subjetiva das experiências vividas e sua partilha, pressupõe dar a essas experiências uma forma sensível. Para Roussillon (2004a), a

mediação é, ao mesmo tempo, o vetor para a comunicação das características da experiência e o suporte para sua transformação em uma forma de linguagem por meio do compartilhamento que ela possibilita.

Quando se fala em objetos mediadores, refere-se a diversos tipos de materiais que dão "voz" às expressões do inconsciente, tais como pinturas, insumos plásticos (como materiais de esculpir ou montar) e de modelagem (argila, massinha de modelar). Segundo Roussillon (2004a), as mediações utilizadas são, em sua maioria, derivadas de dispositivos artísticos e suportes resultantes de práticas artísticas ou artesanais, e todos têm, pelo menos, uma propriedade geral em comum: a maleabilidade ou plasticidade. Esses objetos mediadores pressupõem a utilização de um meio transformável, capaz de assumir diferentes formas conforme as necessidades de criação, tanto no campo artístico quanto no espaço clínico (Roussillon, 2004a). A própria linguagem também é uma forma de mediador para esses processos subjetivos, e o dispositivo clínico pode envolver a expressão por meio da linguagem oral. No entanto, para Roussillon (2012b), a linguagem não substitui o objeto mediador. Nessa perspectiva, os objetos mediadores funcionariam melhor para clínicas com problemas de simbolização primária, enquanto a linguagem e os dispositivos clínicos derivados dela se aplicariam melhor a situações de simbolização secundária.

O uso de objetos mediadores em grupos psicoterapêuticos depende do processo criativo tanto do clínico quanto dos pacientes (Winnicott, 1971). Segundo Kaës (1993), a mediação funciona como um suporte projetivo, condensando as experiências afetivas dos membros de acordo com a evolução progressiva da imaginação do grupo. A fase esquizoparanóide, que marca o início da vida psíquica, dá lugar à constituição da ilusão grupal, durante a qual uma "pele comum" é tecida em torno e a partir dos objetos mediadores. As individualidades se fundem em

um retorno ao indiferenciado isomórfico. A posição mitopoética surge a partir do momento em que a integração pessoal permite uma produção mais autônoma, em conexão com os outros e em apoio ao grupo (Kaës, 1993). A hipótese desta pesquisa se delineia no sentido de propiciar esse espaço criativo, primeiramente permitindo a regressão e até a dependência entre os membros, para depois promover caminhos criativos e elaborativos.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver dispositivos de grupo a partir de uma referência psicanalítica (Kaës, Roussillon, Brun, Figueiredo). O dispositivo psicanalítico em grupo oferece à pessoa a oportunidade de vivenciar o impacto que seu inconsciente exerce no encontro com os outros, envolvendo não apenas um, mas vários indivíduos em uma configuração de vínculo grupal. Esse dispositivo possibilita o acesso a uma organização da realidade psíquica que seria inacessível de outra forma: a do grupo enquanto tal. Segundo Kaës (2011), essa abordagem permite o acesso a uma organização psíquica específica e única, que emerge do próprio grupo como um todo.

3.3 O Grupo Reflexivo e Continente

Para Bion (1976), a formação e reconstrução da subjetividade não ocorrem apenas durante a análise (psicoterapia), mas também em momentos cruciais ao longo da vida, nos quais um objeto atua como mediador de experiências intensas e perturbadoras. Isso confere ao aparelho psíquico uma dimensão interpessoal essencial. Inicialmente, nascemos e nos desenvolvemos em termos somatopsíquicos dentro de contextos que envolvem uma estrutura continente-conteúdo, que é primeiramente interpessoal e, gradualmente, torna-se intrapsíquica. Em outras palavras, uma estrutura psíquica bem formada tem a capacidade, dentro de certos

limites, de agir como seu próprio meio, permitindo a contenção, elaboração e interpretação de suas experiências (Bion, 1976).

Caso a pessoa consiga completar os estágios descritos no parágrafo anterior, podemos afirmar que a capacidade de simbolização foi estabelecida na psique, tornando-se um dispositivo para refletir sobre a experiência emocional. Sem um ambiente que sustente certas experiências, o interpsíquico pode ter dificuldades em se transformar no intrapsíquico. O objeto transicional, conforme descrito anteriormente nesta tese, tem precisamente essa função. No caso da toxicomania, o problema é que o objeto droga atua como um "objeto transicional furado", que impede essa transição. A importância de um grupo reside na sua capacidade de, a partir de uma dinâmica grupal intersubjetiva, recuperar determinados aspectos de forma intrapsíquica para o paciente .

Segundo Minerbo (2016), na neurose, o indivíduo reconhece, sente desconforto e questiona aspectos de sua própria identidade. Por outro lado, nas questões relacionadas ao narcisismo e à identidade, a pessoa vivencia os impactos de partes fragmentadas de si como se fossem influências externas. Nesse contexto, o paciente busca envolver o terapeuta na vivência de aspectos inexplorados de sua história pessoal, almejando a oportunidade de experimentar o que ainda não conseguiu realizar e manifestar seu potencial latente. Paradoxalmente, esse processo leva o indivíduo a transmitir ao clínico sensações que ele próprio não experimenta internamente, substituindo o conflito típico da neurose, que é sentido subjetivamente. Portanto, podemos concluir que, nessa condição, a presença do outro não é apenas necessária para compreender, mas, primordialmente, para que o paciente se aproprie plenamente de sua própria identidade. Por isso, é fundamental a existência de um grupo que possa conter essa vivência de

experimentar/atuar e, ao mesmo tempo, devolver esse conteúdo ao paciente, permitindo algum tipo de elaboração.

Os trabalhos de Winnicott (1971) e Bion (1994) parecem mostrar algo em comum: a necessidade de uma figura que possa refletir as emoções para o bebê, isto é, ser um espelho das emoções para ele. Ambos atribuem a dimensão "reflexiva" aos primeiros relacionamentos do bebê com o seu entorno. Esses dois autores destacam que a construção do psiquismo infantil passa pelo outro, sendo esse "outro" a figura materna. Inicialmente, nós "refletimos" da mesma maneira como somos refletidos pela mãe. A habilidade de autorreflexão ou de auto pensar surge com a internalização dessa função reflexiva nas primeiras interações com o ambiente. Da mesma forma, o grupo com os toxicômanos pode ser constituído como um espaço de autorreflexão, permitindo que essa habilidade seja, de alguma forma, internalizada.

Ainda sobre a reflexividade, para Green e Donnet (1971), na psicose ocorre uma dificuldade no acesso ao simbólico, seja para representar o que deveria ser representado ou para representar aquilo que não pode ser representado. Dessa forma, o delírio surge como uma tentativa de realizar essa função de comunicação, no sentido de tornar comum à realidade psíquica do sujeito. Assim, partindo dessa hipótese, não basta que a psique represente, mas que ela represente aquilo que realmente deseja expressar (Green & Donnet, 1971). A reflexividade, então, se coloca como útil na clínica da psicose, oferecendo uma maneira não delirante de buscar essa representação. Na toxicomania, a falha ocorre em outra dimensão. De acordo com Olivenstein (1991), ao considerar a hipótese da fragmentação do eu na fase do espelho, a função reflexiva foi comprometida. Contudo, em vez de recorrer ao delírio como solução, a busca por um objeto transicional furado (a droga) se torna a representação escolhida para resolver essa falha.

A hipótese de considerar a toxicomania como uma falha na integração do eu, comparada à dependência do objeto menos fusional presente na psicose, sugere que a toxicomania se posiciona como um estado limítrofe. Nesse contexto, ela se situa entre a neurose, na qual o objeto serve como referência para a simbolização, e a psicose, onde há uma fusão total e confusão entre o Eu e o objeto (Figueiredo, 2007). Portanto, a função de reflexividade torna-se crucial. Segundo Roussillon (2008b), para que o indivíduo possa verdadeiramente se compreender, se ouvir, experimentar suas emoções e se enxergar de maneira autêntica, é necessário que o objeto (seja uma pessoa ou elemento externo) receba, interprete, compartilhe e reflita de forma adequada a experiência emocional desse sujeito. Quando o objeto atua como um espelho embaçado ou distorcido, ao invés de refletir fielmente a imagem, surge uma "sombra" que começa a afetar o sujeito, ainda que o objeto possua sua própria subjetividade.

Essa "sombra" se projeta sobre o Eu e é internalizada, mas, por não ter sido adequadamente simbolizada em um estágio inicial, não pode ser integrada de maneira satisfatória. Nesse caso, o ego se mistura com a sombra do objeto, adotando como parte de si mesmo padrões de comportamento que originalmente pertencem ao objeto, e não ao sujeito. Dessa forma, é necessário propor um grupo terapêutico que desempenhe essa função espelho, refletindo para o participante suas emoções e pensamentos, a fim de gerar um descolamento dessa sombra e promover uma apropriação subjetiva por parte do sujeito.

Para Roussillon (2019), a "matéria-prima psíquica" é um material extremamente complexo, simultaneamente perceptível de várias maneiras, envolvendo múltiplos sentidos e impulsos. Ela combina aspectos internos e externos, entrelaçando partes do sujeito e dos objetos que ele encontra. Essa matéria-prima se forma na interação entre o sujeito e o objeto, onde seus respectivos impactos se misturam. Mesmo quando internalizada na memória do sujeito, essa

matéria psíquica mantém sua hipercomplexidade, preservando as múltiplas camadas e conexões que a compõem.

Segundo Roussillon (2019), para apreender a matéria-prima da psique, é necessário refletí-la, mas os objetos e espelhos que servem como meio de reflexão também possuem aspectos enigmáticos e ocultos. Portanto, além da complexidade inerente ao próprio conteúdo, há a complexidade das condições necessárias para compreendê-lo. Os processos de trabalho em grupo, por meio da interação com outros indivíduos, desempenham um papel crucial nesse sentido, pois ajudam a mediar e aprofundar a experiência subjetiva de cada pessoa, sobretudo nessa função refletora das emoções e pensamentos, quando feita por um profissional treinado. Isso, por sua vez, contribui para a reestruturação de sua realidade psíquica. Além disso, a importância do encontro clínico está intrinsecamente ligada a essa necessidade: o paciente traz consigo uma quantidade significativa de material inconsciente e sofrimento psíquico, demandando a assistência do clínico para auxiliar na simbolização, na atribuição de significado e na metabolização desse conteúdo.

Para Roussillon (2004b), a reflexividade se articula na capacidade do indivíduo de experimentar e influenciar a si próprio com emoções instintivas e sentimentos que o perpassam. Essa capacidade desempenha um papel crucial nos estágios iniciais da introjeção instintiva, bem como na internalização da experiência subjetiva e na função do “espelho” do primeiro objeto. A habilidade de vivenciar essas sensações promove a transição entre os aspectos instintivos e emocionais da vida, fundamentando-se na capacidade de traduzir sensações em símbolos, denominados “significantes” (Roussillon, 2004b, p. 12). Dessa forma, sem a função reflexiva, não é possível para a pessoa transformar emoções em significantes e, assim, “produzir” questões. Podemos pensar na toxicomania como a tentativa em *looping* de intoxicação para, a partir do

sensorial, tentar atingir o simbólico. Todavia, essa intoxicação parece estar ligada muito mais à descarga pulsional do que propriamente à produção de significantes passíveis de serem analisados. Mais uma vez, a função do grupo como um espaço de reflexão é fundamental para produzir questões associadas aos afetos e, assim, favorecer a produção de significantes em meio a uma cadeia de significantes.

Segundo Kaës (1997), o grupo pode desencadear uma resposta de espelho que se manifesta de forma distintiva quando um determinado número de pessoas se reúne e interage entre si. Nesse contexto, um indivíduo enxerga, frequentemente, uma parte reprimida de si mesmo refletida nas interações com outros membros do grupo (reflexividade). Ele observa como os outros reagem, seja de forma semelhante à sua própria ação ou em contraste com seu comportamento. Assim, ele se conhece, e esse processo é fundamental no desenvolvimento de sua identidade, por meio das ações que exerce sobre os outros e da imagem que os outros constroem dele (Kaës, 1997).

3.4 O Grupo como Espaço Transicional

Durante a infância, quando o desenvolvimento da pessoa e da organização psíquica não está totalmente maduro em sua relação com os símbolos, os objetos e fenômenos transicionais desempenham um papel importante. Sua relevância reside na capacidade de oferecer oportunidades para uma progressiva interiorização, expandindo o horizonte introjetivo (Winnicott, 1942/1977). De acordo com Winnicott (1942/1977), é fundamental destacar a necessidade de tolerância ao paradoxo por parte dos objetos e fenômenos transicionais, o que antecipa a construção da reflexividade, bem como a tolerância à coexistência do universo simbólico, onde coexistem o que é e o que não é, indo além da identidade e da percepção.

Quando a capacidade de manter a transicionalidade é comprometida, geralmente devido a um trauma que diminui a tolerância a qualquer nível de incerteza ou desconhecido, a psique pode recorrer a objetos e fenômenos “fetichistas” (Roussillon, 2006, p. 53).

Segundo Roussillon (2006), elementos traumáticos na primeira infância não possuem a mesma facilidade de serem interiorizados, uma vez que mantêm sua “materialidade” em um nível perceptível distintivo. Eles não são facilmente moldáveis, mas ainda assim asseguram a preservação de algum espaço psíquico e a predominância do princípio do prazer. Além disso, à medida que a psique se esforça para criar esses substitutos, a reflexividade corre perigo, e a integridade da psique é ameaçada, levando à sua divisão e fragmentação. Nesse sentido, pode-se aproximar o fetichismo e a drogadição como uma dependência de objeto, geralmente decorrente de algum trauma na infância que interrompeu esse desenvolvimento normal. A questão do grupo como um espaço transicional é, precisamente, uma tentativa de oferecer um espaço transicional e a possibilidade de investimentos em novos objetos, para que se tente novamente internalizar um objeto “bom” e permitir o desenvolvimento. Nesse sentido, o clínico deverá também exercer a função de um bom objeto para o paciente, alguém em quem possa confiar, sem ser julgado ou atacado.

Quando Winnicott (1971) introduz a teoria do objeto transicional, ele não está apenas se referindo a um estágio de desenvolvimento, mas sim apontando para toda uma clínica que pode ser desenvolvida a partir da transicionalidade. A partir desse ponto, conceitos como transicionalidade, reflexividade e meio maleável contribuem para problematizar a análise como um espaço que deve propiciar a apropriação subjetiva, que é o foco central nas patologias-limite (Roussillon, 2005a). É nesse contexto que, segundo Donnet (1999, p. 38), existe uma "ruptura epistemológica invisível", pois a análise passa a ser mais do que apenas tornar consciente o que é

inconsciente. Isso direciona o foco menos para a descoberta de verdades ocultas, mascaradas ou reprimidas e mais para as condições que permitem a apropriação subjetiva dos aspectos inconscientes da vida psíquica. O conceito de "transicional", que Winnicott (1971, p. 02) propõe, não se limita a descrever uma classe específica de objetos ou processos, mas instaura uma verdadeira revolução paradigmática na concepção do trabalho psicanalítico.

A partir do conceito de transicionalidade, outros autores, como Kaës e Anzieu (1979), desenvolveram toda uma clínica voltada para certas patologias, com o objetivo de propiciar esse espaço transicional. No caso de Kaës, esse esforço foi canalizado por meio de grupos psicoterapêuticos, e esta tese é inspirada diretamente pelo modelo de seus grupos. Para Roussillon (1988), as questões relacionadas à transicionalidade não definem um campo teórico alternativo ao que Freud delineou em torno da complexidade da posição ou da configuração edípica da identidade humana e da psicosexualidade. A transicionalidade não define uma nova qualidade estrutural, nem uma nova modalidade organizacional; ela delimita uma posição subjetiva e modalidades intersubjetivas que tornam possíveis ou facilitam a introjeção da experiência subjetiva e das pulsões emocionais que ela abriga (Roussillon, 1988). A transicionalidade abriga as condições que todo sujeito deve aceitar para descobrir e apreender o universo da simbolização e as soluções que ele oferece para os impasses do narcisismo e das formas primárias do desejo humano.

Podemos atribuir, de fato, o reconhecimento do campo da transicionalidade a Winnicott (1971). Essa transicionalidade, segundo Roussillon (1988), é o que vai organizar a realidade psíquica, além de influenciar o desenvolvimento de instâncias psíquicas, como o superego, o tipo de relação de objeto que a pessoa vai estabelecer e, por fim, a própria estruturação da personalidade.

Dessa forma, vemos o grande potencial de uma clínica que atue nessa zona transicional como um espaço de mudança e ressignificação para o paciente. A realidade, seja ela material ou psíquica, também deve ser "transicionalizada" para não surgir como uma realidade crua e impositiva, à qual nos submetemos sem qualquer processamento psíquico. Os imperativos do superego também devem, em última instância, aparecer para o indivíduo como algo descoberto e criado dentro do seu processo de simbolização, e não mais impostos externamente por uma autoridade tutelar ou tirânica, mas encontrados internamente como uma condição para o bom funcionamento do aparelho psíquico (Roussillon, 1999a). Portanto, não é apenas o id que deve se tornar parte do eu-sujeito, mas também o superego deve ser integrado ao eu-sujeito. Isso nos permite pensar que, na toxicomania, o sujeito enfrenta problemáticas de gozo e questões superegoicas, em que as pessoas nos tratamentos tradicionais permanecem em abstinência durante a internação, mas recaem ao sair. Parece que o superego continua sendo vivido como uma autoridade externa, e o indivíduo não consegue constituir um superego interno que o auxilie a manejar sua relação com o objeto droga.

Um espaço transicional para a reformação do superego parece fundamental. A concepção transicional do trabalho psicanalítico é relevante nos princípios que possibilitam, dentro das situações analíticas e analisantes, a construção transicional da realidade ou do superego. Portanto, o transicional se apresenta como um "paradigma" essencial quando se pensa na clínica da toxicomania. A transicionalidade, como campo de atuação, será importante não apenas para o bebê ou a criança, mas também para adolescentes e adultos.

3.5 O Grupo de Escrita

Segundo Brun et al. (2013), a prática da escrita terapêutica em grupo, ao reativar e promover a metaforização de experiências corporais e tensões previamente inexpressíveis, apresenta-se como uma abordagem original para lidar com questões relacionadas ao corpo e à ação, elementos centrais nas patologias narcísicas-identitárias. No contexto do trabalho terapêutico, o dispositivo da escrita, inserido em um grupo, tem o poder de reativar experiências sensoriais, perceptivas e motoras que não foram simbolizadas anteriormente, convocando-as de maneira a integrar elementos da fantasmagoria inconsciente grupal (Brun et al., 2013). Essa abordagem é adaptada de maneira específica a cada patologia, levando em consideração suas peculiaridades distintas.

Esse olhar é fundamental para nossa abordagem de grupos, pois nos permite identificar com precisão a necessidade de usar objetos mediadores específicos em grupos para compreender diferentes funcionamentos psicopatológicos. Em muitos casos, esses funcionamentos (como os estados limítrofes e a toxicomania) enfrentam dificuldades localizadas na área do processo de simbolização, ou seja, os pacientes podem apresentar problemas na formação da representação da coisa. Para esses casos, a utilização de objetos mediadores pode ser recomendada, de acordo com o funcionamento do paciente. Conforme discutido por Roussillon (2014a), a interpretação tradicional da psicanálise, que envolve uma sequência de interpretações no nível da representação palavra, visa alcançar as representações coisa do paciente. No entanto, esse tipo de intervenção apresenta limitações com pacientes que têm dificuldades no processo de simbolização primária, especialmente na formação da representação coisa. É fundamental que se compreenda que, para cada tipo de psicopatologia e/ou funcionamento, certos objetos mediadores específicos podem facilitar mais o processo terapêutico.

Levando em consideração como problematizamos anteriormente a toxicomania como uma falha primária na constituição do ego, torna-se fundamental a criação de um espaço que permita essa metaforização primária para o paciente. Essa é a proposta do ateliê de escrita com os pacientes que enfrentam problemas com álcool e outras drogas.

Para Brun (2010), na drogadição, a dimensão terapêutica da escrita grupal surge, ao longo da experiência clínica, centrada num apelo à representação de experiências corporais primitivas, até então infiguráveis. A especificidade das oficinas de escrita na drogadição é caracterizada pela encenação repetitiva de imagens de queda, afundamento, engolfamento, esvaziamento ou fluxo de si, rasgamento de uma pele comum e até mesmo pela cisão de partes mortas ou larvais de si mesmo. A difusão dessas imagens refere-se muito menos a cenários fantasiosos do que à presença de proto-representações do envoltório corporal, relativas a alterações de recipientes psíquicos. Estas imagens são, de fato, especificadas como transformações corporais que conduzem a uma destruição concomitante da forma e do corpo, ou de uma parte do corpo, ao mesmo tempo que são sentidas pelos pacientes como estranhas a si próprios. Eles não são atores em cenários de fantasia, mas passam por transformações de forma que se relacionam principalmente com vários tipos de confusão entre o dentro e o fora (Brun, 2010).

Na realidade, ao lidar com indivíduos com dependência, nota-se uma notável habilidade de agir, questionar e mentir, mas uma incapacidade marcante de expressar verbalmente suas situações conflitantes (Mayer, 2000). Muitas vezes, esses indivíduos não reconhecem essas situações como tal, mas as interpretam como uma compulsão incontrolável que os leva a buscar alívio por meio de atividades motoras, alucinações ou ambos, em vez de expressar suas experiências verbalmente. Para eles, as palavras perdem seu valor como meio de comunicação e, ainda mais, como ferramenta para aliviar a dor; em vez disso, são utilizadas como instrumentos

de ocultação, manipulação ou justificação. Isso pode ser atribuído à falta de desenvolvimento de um mundo representacional que lhes permita qualificar seus estados emocionais ou internalizar uma estrutura na qual essas representações possam ser registradas e conectadas como partes integrantes de suas histórias (Mayer, 2000). Nessa perspectiva, a oficina de escrita é importante porque os adictos carecem dessa representação interna que permitiria qualificar suas emoções; então, as emoções passam para uma patologia do agir. A oficina de escrita seria uma nova oportunidade de inscrição dessas experiências.

A relação entre a escrita ficcional e alcoolistas, explorada por Brun (2010) em sua obra, evoca repetidamente a imagem do líquido como uma representação da *imago* do objeto primitivo. Essa representação, de certa forma maleável e incapaz de ser apreendida de maneira convencional, é procurada pelos pacientes como um suporte, mesmo que só possam encontrá-la ao abraçar sua natureza inapreensível, "caindo" junto com ela. As imagens trazidas pelos pacientes nos grupos sugerem que a mediação da escrita desempenha um papel auxiliar na facilitação da simbolização primária dessa experiência específica.

A prática da escrita terapêutica em grupo, como discutido por Brun et al. (2013), proporciona um ambiente onde experiências corporais e sensoriais, muitas vezes inescrutáveis, podem ser externalizadas e ressignificadas. Esse processo de metaforização em grupo é particularmente crucial para pacientes com dificuldades na simbolização, como aqueles com toxicomania, cujas experiências tendem a manifestar-se mais no ato do que na palavra (Roussillon, 2014a). A escrita, nesse sentido, serve como um objeto mediador que ajuda a promover representações primárias para esses pacientes, permitindo que seus afetos sejam inscritos em um espaço compartilhado.

Para compreender mais profundamente os mecanismos envolvidos nesse dispositivo terapêutico, é necessário situá-lo dentro de um quadro metapsicológico, como proposto por Roussillon (1999b). Ele destaca que a simbolização primária e secundária são etapas fundamentais no desenvolvimento psíquico, onde a primeira está relacionada ao estabelecimento inicial de representações a partir das interações com o ambiente. Trabalhar com a simbolização primária, como ocorre no grupo de escrita, facilita que esses pacientes confrontem e elaborem os efeitos de experiências traumáticas ou extremas que permanecem não simbolizadas. Deste modo, o grupo não só promove o compartilhamento de vivências, mas também oferece um suporte essencial para reconstruir a sensação de continuidade e identidade pessoal, essencial para o tratamento de toxicomania em contextos grupais (Chagnon & Marty, 2010; Roussillon, 2005b).

É importante localizar metapsicologicamente o que se busca com esse tratamento. Nesse sentido, Roussillon (1999b) desenvolve sua teoria da simbolização primária com base na diferenciação freudiana entre representação coisa e representação palavra. Ele sugere que a simbolização ocorre em duas etapas distintas. A simbolização secundária acontece por meio da linguagem, conectando a representação coisa à representação palavra. Já a simbolização primária está relacionada à primeira infância e à formação do aparelho psíquico. Em sua teoria, Roussillon postula a existência de um ambiente humano capaz de reconhecer e narrar as ações representadas pelo bebê, permitindo que essas ações adquiram uma dimensão simbólica efetiva.

Embora a reexperiência de situações extremas possa ocorrer em diversos contextos individuais e coletivos, o foco reside no substrato comum das tentativas de desenvolver "estratégias de sobrevivência" ou "lógicas de sobrevivência" diante de condições extremas. São situações em que a capacidade de se sentir como sujeito, de persistir e preservar a sensação de identidade pessoal e coletiva, é levada ao extremo ou mesmo ao inimaginável (Roussillon,

2005b). Segundo Chagnon e Marty (2010), o que hoje se entende como extremo no âmbito da psicanálise e da metapsicologia transcende o conceito de traumatismo. Nesse sentido, trabalhar com a simbolização primária é uma maneira de tentar responder aos efeitos desse traumatismo no psiquismo. Portanto, o que se pretende nesta tese é propor dois grupos que possam trabalhar dispositivos relativos à simbolização primária.

Capítulo 4: Método

Essa parte do trabalho se propõe a apresentar a metodologia desenvolvida em todas as etapas dessa pesquisa. A primeira etapa refere-se à investigação exploratória dos dispositivos clínicos usados no CAPS AD, bem como das condutas manicomiais; a segunda etapa aborda a implementação de um dispositivo de intervenção reflexivo-transicional na Clínica dos CAPS AD; e, na terceira etapa, trata-se do desenvolvimento de um dispositivo reflexivo-transicional por meio de um ateliê de escrita com pacientes toxicômanos atendidos nos Centros de Atenção, Apoio e Prevenção à Adictologia (CSAPAs), uma ONG em Dijon, França. O enfoque desta pesquisa é exploratório e qualitativo, utilizando-se da abordagem clínica fundamentada na teoria psicanalítica.

A escolha pelo método qualitativo se justifica pela complexidade deste estudo, que se propõe a: identificar nos CAPS AD a eficácia de dispositivos e processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental; propor práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado, como um grupo reflexivo-transicional para a clínica da toxicomania, tanto nos CAPS AD quanto na instituição francesa. Ou seja, busca-se investigar os dispositivos existentes e desenvolver dispositivos clínicos para usuários toxicômanos em contextos institucionais diversos. Compreende-se que o fazer clínico com toxicômanos requer uma abordagem diferenciada, que permita a simbolização e a construção de outras formas de vínculos com a vida, propiciando enlaçamentos com o social para além do objeto droga. Assim, pretende-se abordar esse tema de maneira interpretativa e naturalística (Denzin & Lincoln, 2006), mas também à luz do referencial teórico-metodológico da psicanálise, especialmente aqueles aplicados ao contexto de grupos.

Nesta pesquisa, foi escolhido o termo "usuário" para se referir aos participantes dos grupos reflexivos-transicionais tanto no Brasil quanto na França. Os demais profissionais que também fizeram parte da pesquisa foram denominados "participantes". O termo "usuário" se refere a uma pessoa que utiliza serviços de saúde mental, um termo amplamente utilizado nas políticas públicas e portarias relacionadas ao tema.

De acordo com Gregório e Amparo (2022), a pesquisa em psicanálise difere das pesquisas empíricas positivistas ao priorizar as manifestações inconscientes em vez de seguir os padrões de replicabilidade e controle de variáveis da epistemologia científica. Enquanto, nas pesquisas empíricas, o sujeito ativo estuda metodicamente o objeto com conceitos, instrumentos e técnicas de descoberta e verificação de hipóteses, na pesquisa psicanalítica ocorre o oposto: o não controle das variáveis. Tanto na clínica quanto na pesquisa psicanalítica, a técnica é essencialmente baseada no que escapa ao nosso controle: as manifestações inconscientes. Por isso, a investigação psicanalítica não se configura como um manual com diretrizes rígidas a serem seguidas.

Dessa forma, muitas vezes, por mais que o pesquisador parta de uma visão psicanalítica e de saúde mental, é importante não ir a campo apenas para confirmar o que a literatura já apresenta. Caso contrário, perde-se a oportunidade de se surpreender com novos elementos e categorias. Esse também é um desafio ao submeter um projeto de pesquisa para um comitê de ética, pois os roteiros positivistas frequentemente exigem instrumentos e procedimentos já definidos previamente, limitando a possibilidade de lidar com novos elementos encontrados durante a pesquisa de campo. Assim, nesta pesquisa, o pesquisador se esforça para não se fechar ao novo, permitindo que novas hipóteses e categorias surjam ao longo do processo de construção de pesquisas clínico-qualitativas.

Segundo Turato (2000), os estudos baseados em referenciais qualitativos e clínicos têm como objetivo propiciar a emergência de conteúdos subjetivos dos participantes e construir respostas para questões particulares de pesquisa. Esse tipo de pesquisa enfatiza aspectos da realidade que dificilmente seriam respondidos por meio da pesquisa quantitativa, devido à sua complexidade. Disciplinas com enfoques qualitativos devem ser avaliadas com os mesmos critérios que as ciências em geral (Turato, 2000), mas é importante evitar premissas que desconsiderem suas peculiaridades, mesmo que essas características sejam evidentes.

O pensamento lógico e científico é essencial nesse contexto, ao contrário de sistemas de crenças ou práticas que remetem ao pensamento mágico ou onipotente. Crenças, ideologias e práticas culturais podem e devem ser estudadas cientificamente, e essa ciência necessita de métodos qualitativos, que permitem uma investigação mais detalhada e peculiar. A pesquisa qualitativa, portanto, possui características acessórias específicas. O foco dos métodos qualitativos é o ser humano em seu ambiente natural, com o mínimo de interferências externas que possam adicionar variáveis ou "ruídos". No campo da saúde mental, por exemplo, o *setting* da entrevista clínica é fundamental, sendo um conceito emprestado do *setting* analítico, crucial para a pesquisa psicanalítica (Britten, 1995).

No entanto, a pesquisa atinge seu estágio mais criativo justamente quando esse *setting* é perturbado pelo objeto da pesquisa, quando o "ruído indesejável" se manifesta. É esse ruído inesperado que traz o novo, aquilo que não foi pensado ou previsto. Ao mesmo tempo, é necessário que os pesquisadores, sejam eles clínicos, psicanalistas, sociólogos, antropólogos ou de outras áreas, filtrem tanto o ruído interno quanto o externo, disciplinando suas mentes para captar a relação entre ruído e não-ruído. Nesse sentido, o *setting* mental dos pesquisadores torna-

se o elemento mais importante para observar e estudar o ser humano em interação (Britten, 1995).

Um dos aspectos importantes desse tipo de estudo é que a pesquisa é vista como uma construção que não pode ser completamente planejada antes de ser realizada. Isso significa que, ao investigar o campo, pode ser necessário ajustar as opções metodológicas, incluindo ou excluindo certos instrumentos ou etapas. Günther (2006) recomenda que os pesquisadores qualitativos iniciem a pesquisa sem muitas preconcepções ou hipóteses rígidas, para que possam estar mais abertos a novas ideias e caminhos que surgem durante o desenvolvimento do estudo. González Rey (2011) acrescenta que o investigador, com sua habilidade, arte e conhecimento teórico, influencia significativamente o curso e as conclusões da pesquisa. Contudo, o método de pesquisa será determinado pela natureza do objeto de investigação, e a resposta a esse objeto dependerá das perguntas, instrumentos e estratégias utilizadas na coleta de dados.

Os estudos qualitativos têm como objetivo investigar situações de maior complexidade ou de natureza estritamente particular (Richardson et al., 2011). O mesmo autor destaca que a pesquisa qualitativa traz a perspectiva tanto do pesquisador quanto dos participantes, que não atuam apenas como "agentes interpretativos", mas também compartilham suas interpretações e impressões com os participantes, construindo juntos suas atividades exploratórias.

4.1. Cenário Social da Pesquisa

4.1.1 CAPS AD – Brasil

Essa pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) tipo III. O CAPS AD III tem o seguinte funcionamento:

Atende adultos com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (Brasil, 2011).

Tanto a primeira quanto a segunda etapa ocorreram no mesmo cenário social de pesquisa, neste caso, um CAPS AD.

O público atendido por este CAPS AD é composto por pessoas com transtornos graves e persistentes relacionados ao uso e abuso de substâncias (usuários de saúde mental). É importante destacar que este CAPS AD funciona 24 horas por dia, conforme preconiza a legislação, e conta com 5 leitos para desintoxicação, além de 17 profissionais da saúde e 6 da parte administrativa

Os CAPS AD cumprem a função de oferecer atendimento especializado para usuários de álcool e outras drogas, fazendo parte do SUS e da RAPS. Segundo Carvalho (2007) essa assistência era oferecida anteriormente por instituições não governamentais (ONGs), CTs e grupos de autoajuda (ex: AA e NA).

O CAPS AD no qual se insere a presente pesquisa conta com a livre circulação de pessoas. Foram observadas salas para atendimentos individuais e em grupos. Um aspecto negativo refere-se às grades que protegem os vidros logo na entrada, remetendo às antigas grades dos manicômios. As grades na entrada, junto com a presença de um segurança na porta, certamente transmitem uma aparência manicomial, como se o CAPS AD estivesse se defendendo da comunidade. Este CAPS AD atende pessoas a partir de dezesseis anos que tenham problemas com o uso de álcool e outras drogas. Para pessoas com menos de dezesseis anos, o encaminhamento é feito para outro Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) ou para o Adolescentre. É importante destacar que muitos dos usuários atendidos pelo CAPS AD nesta

pesquisa encontram-se em situação de rua, em extrema vulnerabilidade. Todavia, outros usuários são dependentes químicos, porém mais organizados em termos psicossociais.

Segundo Brasil (2005), o CAPS é um local para o tratamento de problemas psicológicos graves e duradouros, privilegiando a possibilidade de fornecer perspectivas subjetivas em um atendimento individualizado e integral para seus usuários. É importante destacar que o CAPS AD é um componente crucial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, responsável por organizar e integrar a RAPS (Brasil, 2005).

A escolha deste CAPS AD para o trabalho não se deu de maneira aleatória. Tendo feito parte da Residência Multiprofissional do Adulto em 2015, tive a oportunidade de trabalhar e estudar no local escolhido e já gozo de familiaridade com a equipe e a comunidade. Além disso, entendo que este CAPS AD, voltado para o tratamento de álcool e outras drogas, se localiza dentro de uma comunidade conhecida por sua alta incidência de pessoas em situação de rua e dependentes químicos. Assim, esta pesquisa se beneficia ao acontecer no local da crise da saúde pública e da subjetividade humana.

4.1.2 Centros de Atenção, Apoio e Prevenção à Adictologia (CSAPAs) – França

O trabalho a seguir contou com a participação do pesquisador na França para o desenvolvimento de uma parte do projeto. A princípio, o projeto não tinha a perspectiva de ser desenvolvido com dispositivos clínicos na França. No entanto, surgiu a oportunidade de participar dos editais DPG nº 001/2023, PPg-PsiCC 001/2023 e Edital nº 41/2017 CAPES Print. O Projeto Institucional de Internacionalização CAPES Print da UnB permitiu a realização de um doutorado sanduíche em Dijon, na França, sob a supervisão de Marjorie Roques.

A realização da pesquisa ocorreu em uma ONG, o Centro de Cuidado - *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie* (CSAPA). Os CSAPA contam com parceria com o governo francês para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, são financiados pelos Seguros de Saúde da França e apoiados por associações ou por estabelecimentos públicos de saúde. A estrutura de gestão também pode administrar um ou mais Centros de Acolhimento e Apoio à Redução de Riscos para Usuários de Drogas.

Estes centros proporcionam às pessoas com consumo de risco, uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, bem como às pessoas que as rodeiam: acolhimento, informação, avaliação médica, psicológica e social, e orientação da pessoa ou daqueles que a rodeiam. Neste contexto, podem organizar consultas locais para garantir a identificação precoce de utilizações prejudiciais; redução dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas; assistência médica, psicológica, social e educacional. Isso inclui diagnóstico, serviços de cuidados, acesso aos direitos sociais e assistência à integração ou reintegração (Centro de Acolhimento Tivoli Sedap, 2022).

Os CSAPA podem acolher usuários em regime ambulatorial ou oferecer serviços de atendimento residencial. O tratamento é sem custos, mas os usuários precisam ser encaminhados através do sistema de saúde francês para o atendimento. A aparência do local é a de uma casa, com cinco quartos para os usuários. A instituição conta com um médico geral, psicólogos, educadores e pessoal administrativo.

O modelo dos centros de cuidados, apoio e prevenção de dependências (CSAPA) na França proporciona abstinência e apoio, prescrição e monitoramento de tratamentos de toxicodependência, incluindo tratamentos de substituição de opiáceos. Eles também podem

cuidar de pessoas com dependência de diversas substâncias (álcool, cocaína, crack etc.). Estes centros prestam atendimento ambulatorial e podem também administrar serviços de atendimento residencial em ambientes individuais ou coletivos, como redes de apartamentos terapêuticos, centros terapêuticos residenciais e redes de acolhimento familiar (Centro de Acolhimento Tivoli Sedap, 2022).

4.2 Participantes da Pesquisa

A primeira etapa da pesquisa ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) do DF e contou com a participação da equipe multiprofissional e dos usuários atendidos no CAPS AD. Não houve qualquer restrição quanto ao sexo ou à idade, mas foi adotado o seguinte critério de exclusão: qualquer pessoa que não esteja vinculada ao CAPS AD III escolhido ou profissional que não atue naquele CAPS AD.

Os participantes desta etapa da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais da saúde e o TCLE para usuários (Anexo A e B). É importante ressaltar que o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UnB, com Parecer nº 5.866.124 e CAAE: 63988822.8.0000.5540 (Anexo E).

É necessário enfatizar que os nomes dos sujeitos de pesquisa foram preservados e utilizamos nomes fictícios para os usuários e profissionais. Além disso, a identidade do CAPS AD também foi preservada. Foi mantido um rigoroso sigilo sobre as informações para garantir que não fosse possível identificá-los. Os participantes não tiveram qualquer custo ou pagamento pela cooperação neste estudo e foram informados sobre os riscos e benefícios de sua participação na pesquisa. No caso dos riscos da etapa 1, poderia haver algum desconforto diante de

questionamentos feitos ao profissional de saúde. No entanto, para minimizar esse risco, foi esclarecido que os participantes poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento. Os benefícios incluem a melhora da qualidade de vida para os usuários participantes do grupo e a reflexão crítica por parte dos profissionais da saúde, propiciando uma melhora no CAPS AD como um todo.

Na primeira etapa, o pesquisador fez observações naturalísticas dentro do CAPS AD e registrou no diário de campo. Essa atividade foi previamente autorizada pela gerente do CAPS AD e pela diretora da Atenção Secundária (DIRASE). Contamos com a participação de 20 profissionais e aproximadamente 40 usuários que participavam do dia a dia do CAPS AD. Também foram realizadas três entrevistas com três profissionais do CAPS AD (gerente, psicólogo e técnico de enfermagem). O critério para a escolha dos entrevistados foi a disponibilidade para participar da pesquisa. É importante destacar que o pesquisador atuou como observador no CAPS AD por aproximadamente 30 dias, permanecendo em média uma hora, duas vezes por semana. Todas as informações foram registradas pelo pesquisador desta pesquisa

Na segunda etapa da pesquisa, participaram pessoas atendidas (usuários) pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) do DF, usuários de álcool e outras drogas. Esses usuários foram encaminhados diretamente pelos profissionais do CAPS AD. O total de usuários foi de 8 pacientes, sendo 5 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. O tempo médio que essas pessoas estavam em tratamento no CAPS AD foi de 10 meses. O número de encontros foi de 10 sessões. É importante ressaltar que os usuários atendidos tinham um diagnóstico de transtorno de dependência ou abuso de substâncias. Não houve restrição quanto ao sexo ou idade, mas adotamos o seguinte critério de exclusão: qualquer pessoa que não estivesse vinculada ao CAPS AD. Nesta etapa, foi realizada um grupo reflexivo-transicional com usuários com problemas

de álcool e outras drogas que já eram pacientes do CAPS AD. Segue a tabela com a caracterização dos participantes da segunda etapa:

Tabela 1

Caracterização dos participantes da segunda etapa

Nome	Idade	Sexo	Tempo na instituição	Droga - Problema
Mariana	50	F	2 anos	Álcool/Tabaco
João	34	M	2 anos	Cocaína/LSD
Denise	34	F	5 meses	Álcool
Marcos	18	M	6 meses	Maconha/Cocaína
Bernardo	40	M	7 meses	Álcool/Tabaco
Renato	27	M	4 meses	Cocaína/Maconha
Lucas	30	M	1 ano	Álcool/Cocaína/Maconha
Helaine	18	M	5 meses	Maconha/Tabaco

*Nomes alterados para preservar a privacidade dos pacientes

Na terceira etapa da pesquisa, que aconteceu em Dijon, na França, em uma ONG, *Centres de Soins, D'accompagnement et de Prévention en Addictologie* (CSAPA), que atende pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em francês (Anexo D). Tratava-se de um grupo reflexivo-transicional com a utilização da escrita para permitir a elaboração em um nível de simbolização primária. Os pacientes foram encaminhados diretamente da instituição para o grupo. O grupo contou com a participação de 8 usuários (6 homens e 2 mulheres) com problemas de álcool e outras drogas que eram encaminhados pela equipe. A intervenção contou com dez sessões no grupo reflexivo-transicional.

Segue a tabela com a caracterização dos participantes da terceira etapa:

Tabela 2

Caracterização dos participantes da terceira etapa

Nome	Idade	Sexo	Tempo na instituição	Droga - Problema
Geovana	23	F	2 meses	Álcool/Tabaco
Fernando	34	M	1 ano	Cocaína/LSD
Carolina	41	F	6 meses	Cocaína
Marcelo	18	M	3 meses	Maconha/Cocaína
Fábio	37	M	7 dias	Álcool/Tabaco
Guilherme	38	M	1 mês	LSD/Crack/Cocaína/Maconha
Rodrigo	26	M	8 meses	Álcool/Cocaína/Maconha
Rogério	22	M	4 meses	Cocaína/Crack

*Nomes alterados para preservar a privacidade dos pacientes

Importante destacar o roteiro do que foi apresentado em cada sessão para o desenvolvimento da escrita:

Primeira Sessão: Apresentação da proposta do grupo e recepção dos pacientes.

Segunda Sessão: Escrever sobre a vida de um paciente estrangeiro.

Terceira Sessão: Escrever sobre a história de um personagem que passou por uma transformação subjetiva, mágica ou espiritual.

Quarta Sessão: Escrita sobre aquilo que desejarem (inspirado na prancha branca do teste TAT).

Quinta Sessão: Foi solicitado pelos participantes que pudessem falar sobre os impactos psíquicos do grupo.

Sexta Sessão: Foi demandado que os pacientes pudessem contar a história de um garoto ou garota de férias. Por exemplo, poderia ser uma praia, parque ou algum lugar agradável. O que o personagem fez? Quais sensações ele passou? Quais foram seus pensamentos? Como foram suas férias?

Sétima Sessão: A proposta foi a escrita de uma história de um personagem que perdeu alguma coisa. Quem é esse personagem? O que ele perdeu? Como ele se sente? Quais sensações corporais são mobilizadas? Como/onde ele encontrará o que perdeu?

Oitava Sessão: A sessão era para escrever uma história que envolvesse restauração e/ou reparação. Quem era o personagem? O que ele sentiu? Como foi a história?

Nona Sessão: Foi proposta uma escrita livre para os pacientes.

Décima Sessão: Encerramento, feedback e conversa sobre o grupo.

É importante destacar que o grupo realizado no Brasil não contou com um roteiro prévio com temas ou propostas a serem trabalhadas ao longo das dez sessões por privilegiar a associação livre dos participantes.

4.3 Instrumentos da Pesquisa

Observação participante (primeira etapa): A prática da observação participante tem suas origens nas pesquisas antropológicas que adotaram a etnografia como método (Tedlock, 2005). Essa abordagem de pesquisa, fundamentada em descobertas no campo, implica a participação ativa do pesquisador na vida cotidiana dos sujeitos estudados. Nesta pesquisa em particular, refere-se à participação nas reuniões de equipe e momentos informais das atividades do CAPS AD. Dessa forma, a observação participante é caracterizada por ser personalizada e multifatorial, exigindo um compromisso de longo prazo. De acordo com Atkinson e Hammersley (1998), as principais características desse método incluem a ênfase na análise da natureza de um fenômeno social específico, o manejo de dados qualitativos sem a imposição prévia de um esquema de categorias de análise fixo e a interpretação de dados que envolvem interpretações explícitas dos significados das ações humanas. Os resultados desse tipo de pesquisa são obtidos de maneira indutiva e dialógica, permitindo que as conclusões sejam discutidas com os informantes à medida que a observação se desenrola, e as interpretações são construídas pelo pesquisador.

Entrevistas semiestruturadas com os profissionais do CAPS AD (primeira etapa): As entrevistas têm um roteiro prévio (Anexo C); no entanto, elas também permitem que novas perguntas e temas surjam ao longo do processo. Esse momento menos estruturado é caracterizado por uma escuta flexível e pela adesão ao fluxo discursivo dos participantes, sem uma rigidez excessiva na abordagem. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Diário de campo para registro dos dispositivos (primeira etapa): Utilizado no CAPS AD para registrar os processos de institucionalização, incluindo a participação no cotidiano do CAPS AD. O diário foi também utilizado nos grupos reflexivos transicionais (segunda e terceira etapas), sendo um grupo realizado no CAPS AD (segunda etapa) e o outro no *Centres de Soins, D'accompagnement et de Prévention en Addictologie* (CSAPA) (terceira etapa). As anotações efetuadas nos diários clínicos foram orientadas pela estratégia metodológica da abordagem etnográfica (Silva, 2001) em todas as etapas da pesquisa. Para as segunda e terceira etapas, que se referem especificamente aos grupos, a escuta etnográfica foi orientada por proposições dos métodos de observação e notação em grupos nas abordagens psicanalíticas (Gimenez & Pinel, 2013). A escrita etnográfica tem a capacidade de integrar dimensões mais sensíveis, vivenciadas na experiência de campo, abrangendo inclusive as expressões plásticas e artísticas. As sugestões do método de observação em grupo nas abordagens psicanalíticas (Gimenez & Pinel, 2013), que foram usadas nas segunda e terceira etapas de realização de grupos, implicam a consideração de que a atividade de notação pressupõe a escolha implícita do que é relevante ou não. Observar, anotar e interpretar, tanto durante quanto após os encontros, faz parte desse processo. Nesse contexto, propõe-se um método de registro que enfatiza a descrição e concentra-se nas cadeias associativas, nos cenários subjacentes, nas reações internas e intertransferenciais, bem como nas hipóteses relacionadas aos fenômenos observados. Importante ressaltar que as sessões em grupo relativas às etapas 2 e 3 foram gravadas e transcritas.

4.4 Procedimento para Coleta dos Dados

As etapas 1 e 2 do projeto foram realizadas no CAPS AD – Brasil. A realização da primeira etapa da pesquisa deu-se da seguinte forma: tendo já conhecido o referido CAPS AD,

fizemos o contato via telefone para explicar a proposta de trabalho à gerente do CAPS AD e verificar se fazia sentido a realização da pesquisa na unidade de saúde. Tendo sido aprovada pela gerente de maneira informal, foram recolhidas as assinaturas da gerente do CAPS AD e da DIRASE do DF. Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética, foi planejado, junto à gerente do CAPS AD, o início da pesquisa com as observações etnográficas (etapa 1) e o período para a realização do grupo reflexivo-transicional (etapa 2).

Neste ponto, é necessário fazer um esclarecimento sobre esta pesquisa. Na primeira etapa, para investigar os processos de tratamento do CAPS AD e as condutas que podem culminar na institucionalização, o pesquisador participou das rotinas do CAPS AD (momentos informais, como lanche coletivo, reuniões administrativas e entrevistas) enquanto observador participante. É importante destacar que o pesquisador se comprometeu a participar de algumas reuniões de equipe (etapa 1) para explicar a proposta, e a pesquisa não se restringe apenas aos usuários, tendo também como alvo entrevistas e dinâmicas de conversação com os funcionários (participantes), incluindo até mesmo momentos informais (como o momento do cafezinho – etapa 1) como um espaço de construção de informações. Foram realizadas três entrevistas com três profissionais do CAPS AD (gerente, psicólogo e técnico de enfermagem), sendo o critério para escolha a disponibilidade dos profissionais. Além disso, buscou-se com essas entrevistas, de fato, observar se as condutas e comportamentos verbais e não verbais estavam ou não alinhados a uma lógica antimanicomial e de desinstitucionalização. A entrevista também contribuiu como uma forma de conhecer melhor o CAPS AD no qual a pesquisa foi realizada.

A duração do grupo na etapa 2 foi de 3 meses, totalizando 10 sessões. O tempo médio do grupo foi de uma hora e meia, e as reuniões aconteciam semanalmente. A condução do grupo foi realizada pelo pesquisador desta pesquisa.

A coleta de dados no Brasil se deu em duas etapas: imersão no campo para análise dos dispositivos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas; e construção de dispositivos reflexivos-transicionais em grupos de atenção em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas.

Nessas duas etapas, os dados da pesquisa foram registrados em um diário de campo, incluindo as impressões do pesquisador em relação à instituição, além de aspectos verbais e não verbais. Na segunda etapa, além do diário, os encontros do grupo foram registrados em um gravador, e as informações das sessões foram posteriormente transcritas.

Sendo assim, esta pesquisa ocorreu em três momentos distintos, mas também em parte simultâneos. O primeiro foi a entrada do pesquisador na instituição, em uma abordagem mais naturalística e qualitativa, observando os dispositivos clínicos e as possíveis condutas manicomiais ainda existentes no campo. Este momento será descrito no item da tese “4.4.1 *Etapa 1: Imersão no Campo – A Investigação do Campo e dos Diversos Dispositivos do CAPS AD, sua Eficácia e os Processos de Institucionalização*”. Em outro momento, no item “4.4.2 *Etapa 2 e 3: Construção de Dispositivo e Proposição de Dispositivos Reflexivos-Transicionais Específicos para Usuários de Álcool e Drogas*” foram a realização dos grupos reflexivos-transicionais para o desenvolvimento de dispositivos clínicos com toxicômanos. A construção da informação segue um modelo de coleta e análise de dados de uma metodologia clínica qualitativa. Todas as etapas se apoiam metodologicamente na escola de psicanálise de Lyon, França, para a construção das informações.

A etapa 3 foi realizada em uma ONG na França que atende adultos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (usuários). A ONG em questão é o Centro de Atenção, Apoio e Prevenção à Adictologia (CSAPA), e o procedimento para autorização ocorreu

em dezembro de 2023 para a realização de um grupo reflexivo-transicional com dispositivo de escrita com os usuários. O grupo começou no dia 4 de março de 2024 e foi concluído em 20 de maio de 2024, portanto teve três meses de duração. O procedimento de autorização envolveu tanto a CSAPA, que foi autorizada pelo gerente, quanto a Universidade de Borgonha (UB), que autorizou a realização do grupo.

O ateliê de escrita com usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas foi realizado durante um período de três meses. A pesquisa ocorreu em um setting natural, e a ênfase foi na interpretação do processo pelo qual os adictos constroem os significados de suas vivências, como, por exemplo, as recaídas e as angústias no processo de adição.

Importante destacar que as sessões foram gravadas e posteriormente transcritas. O grupo contou com a produção de textos dos usuários em uma espécie de ateliê de escrita (Brun et al., 2013), os quais foram analisados sob o referencial da psicanálise da escola de Lyon, da qual autores como Anne Brun e Roussillon fazem parte.

4.4.1 Etapa 1: Imersão no Campo – A Investigação do Campo e dos Diversos Dispositivos do CAPS AD, sua Eficácia e os Processos de Institucionalização

Importante ressaltar que esta etapa tem características exploratórias, sendo secundária em relação à etapa posterior de desenvolvimento dos dispositivos. Essa etapa foi realizada a partir da inserção do pesquisador na rotina do serviço de saúde mental, por meio de observações de campo, entrevistas e participação em reuniões e momentos informais. Essa fase proporcionou uma visão abrangente e comprehensível dos processos complexos associados à institucionalização e ao adoecimento, indo além da divisão e simplificação da experiência humana no contexto da

saúde mental. Por isso, busca-se dar inteligibilidade aos fenômenos humanos sob uma perspectiva histórico-cultural, o que remete à complexidade descrita por Morin (2006). O termo “complexidade” não deve ser entendido como sinônimo de difícil ou complicado, mas sim como algo singular, contraditório, indivisível e histórico.

A atual Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2005) também prevê esse esforço, contrapondo-se ao modelo anterior de assistência asilar, que era baseado em internações manicomiais e diretrizes biomédicas da psiquiatria científica hegemônica. É importante ressaltar que críticas a essa psiquiatria hegemônica foram frequentemente feitas a partir do próprio campo da psicanálise, da psiquiatria e de outras áreas. Ou seja, o que tem sido discutido são as premissas e consequências de uma lógica mais ampla que permeia as práticas em saúde mental, e não a importância de um campo específico de conhecimento. Tais críticas levaram, na segunda metade do século XX, a diferentes correntes de pensamento e aos movimentos de desinstitucionalização.

Nessa etapa, além das observações naturalísticas, foi realizado com os profissionais do CAPS AD um protocolo de entrevista semiestruturada (Anexo C) com o objetivo de dar inteligibilidade sobre a dinâmica do CAPS AD, sua inserção na rede e os dispositivos pensados no CAPS AD. Segundo Queiroz (1988), a entrevista semiestruturada é, de fato, uma técnica de coleta de dados que implica uma conversação entre o pesquisador e o participante da pesquisa. Para Lima (2016), a entrevista é um recurso amplamente empregado por pesquisadores das ciências sociais, pois permite a obtenção de relatos de histórias, experiências, memórias e valores. Nesse sentido, a pesquisa contou com entrevistas com participantes (profissionais do CAPS AD), e foram abordados nas entrevistas assuntos que se articulam com o tema pesquisado. Essa estratégia é importante para acrescentar novas questões com base no curso do diálogo,

dando ao pesquisado a oportunidade de se expressar. A conversa parte de um roteiro estabelecido a priori, mas poderá ter modificações, adicionando e removendo perguntas segundo o objetivo da entrevista. Dessa forma, somente interessa na entrevista aspectos que se articulem diretamente com os domínios da pesquisa. Para além das entrevistas, o pesquisador também participou das reuniões de equipe sempre que possível e dos momentos informais. Todos esses momentos são relevantes na imersão no campo para a análise dos dispositivos e estão registrados em diários etnográficos.

4.4.2 Etapa 2 e 3: Construção de Dispositivo e Proposição de Dispositivos Reflexivos-Transicionais Específicos para Usuários de Álcool e Drogas

Na segunda e terceira etapas de desenvolvimento de dispositivos, foi utilizada a metodologia qualitativa clínica baseada na epistemologia psicanalítica, particularmente fundamentada nos trabalhos de Roussillon, Brun e demais autores da Escola de Lyon, França. Para as segunda e terceira etapas, foi proposto um grupo com usuários atendidos no CAPS AD, e no *Centres de Soins, D'accompagnement et de Prévention em Addictologie* (CSAPA) com problemáticas ligadas ao uso de álcool e outras drogas. Em ambas as etapas, foram utilizados diários de campo, e, no caso do grupo, os encontros foram gravados e transcritos. Todo o material da pesquisa foi analisado seguindo os critérios das epistemologias qualitativas propostas. Na terceira etapa, a referência metodológica/teórica é a mesma da segunda etapa, com a diferença de que foi desenvolvido um grupo reflexivo-transicional de ateliê de escrita com usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas em uma instituição francesa que atende esse público. Os meios de registro são os mesmos da etapa 2.

O trabalho em grupo para usuários de álcool e outras drogas tem se mostrado uma experiência promissora para permitir elaborações e cuidados psíquicos (Carvalho Júnior, 2019). Além disso, o formato de grupo para o tratamento em saúde mental permite atender a um maior número de usuários e propicia a construção dos processos de identificação, simbolização e reflexividade desses usuários.

Na perspectiva metodológica adotada, o pesquisador se configura como um instrumento que utiliza seus conhecimentos e experiências no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado (Turato, 2000). Os dispositivos clínicos-terapêuticos de mediação, aplicáveis tanto na psicoterapia individual quanto nas terapias de grupo, têm como base a consideração da dinâmica transferencial. Esses dispositivos buscam investigar a dinâmica psíquica subjacente ao processo terapêutico, explorando a maleabilidade do meio para a apropriação subjetiva das questões relacionadas à simbolização. Tanto a associatividade individual quanto a grupal são focos de exploração, destacando-se também a atenção à sensório-motricidade, ao trabalho de interpretação e à dinâmica contratransferencial. No contexto da terapia de grupo, Lecourt (2007) aponta para essa abordagem como uma possibilidade terapêutica para o tratamento de traumas, uma vez que os mecanismos de defesa mais comuns oferecem uma plataforma para lidar com materiais mais arcaicos e associados aos traumas.

Foi desenvolvido um registro em diário de campo a partir da fala dos usuários do grupo e foram incluídos outros registros do comportamento não verbal. O registro foi feito inicialmente de maneira mais livre, com as percepções do pesquisador, para um segundo momento em que foi realizada uma análise mais acurada, dialogando com os referenciais propostos na pesquisa. Houve também o registro em áudio e a transcrição de alguns encontros, o que ajudou na análise e interpretação das informações.

Nesta pesquisa, adotou-se uma abordagem qualitativa, que permite a coleta de informações relacionadas aos processos de interação cotidiana e histórica, bem como à compreensão do indivíduo em seu contexto. Segundo Minayo (2007), quando se trabalha com pesquisa qualitativa, trabalha-se, de fato, com significados, motivos, valores, atitudes, ideias, gostos etc. A partir do contato do pesquisador com esses fenômenos sociais humanos, busca-se dar inteligibilidade à realidade. Nesta pesquisa, não é diferente; o contato com os pacientes em grupos permitirá entender esses fenômenos citados e, a partir daí, construir as categorias de análise.

Segundo Gimenez e Pinel (2013), no trabalho clínico em grupo, frequentemente nos deparamos com anotações que fizemos, e essas notas nem sempre são tão precisas e pertinentes quanto gostaríamos para examinar o material, formular hipóteses e compartilhar nossas reflexões com outras pessoas. O ato de fazer anotações em situações clínicas de grupo é uma questão crucial, e, na pesquisa em psicanálise, é necessário pensar em estratégias para realizá-las da maneira mais fidedigna possível. Nesse contexto, as anotações são uma parte fundamental do processo clínico e devem ser tratadas com precisão (Gimenez & Pinel, 2013). Por esse motivo, esta pesquisa contou com registros escritos e de áudio para fazer um esforço de apresentar fidedignidade nas falas dos participantes e usuários, e para poder formular e construir os dispositivos a partir da fala.

A estratégia adotada nesta pesquisa se inspirou na metodologia de Gimenez e Pinel (2013), em que, nas anotações, é possível identificar, registrar e relacionar o material sensorial (tanto verbal quanto visual), o material interno (envolvendo as emoções e pensamentos do pesquisador) e a dimensão elaborativa em relação ao que foi observado. O pesquisador também procurou observar a rede associativa do grupo, além dos significantes e temas em comum

trazidos pelos usuários. A primeira parte da estratégia consiste em transformar os eventos ocorridos nas sessões em anotações internas. Para isso, é necessário fazer a distinção entre os elementos clínicos mais relevantes (falas, comportamentos etc.) e os outros elementos menos importantes ou até mesmo irrelevantes. Essa identificação e diferenciação requerem um esforço prévio para discernir o que é verdadeiramente relevante. Neste contexto de pesquisa, podemos destacar alguns critérios de relevância, tais como elementos que estejam relacionados à adição ou compulsão do indivíduo, aqueles carregados de significado emocional (como raiva, choro, entre outros) ou aqueles que tenham um impacto coletivo no grupo. Por exemplo, quando um usuário faz uma observação, isso pode desencadear comentários e reflexões de outros membros do grupo, tornando-o particularmente relevante para a dinâmica da pesquisa.

Na etapa 2, foi desenvolvido um grupo reflexivo-transicional em que os manejos do clínico são continentes para provocar a reflexividade. Já na etapa 3, trata-se de um grupo reflexivo-transicional a partir da escrita dos usuários, em que se busca realizar a função de reflexividade (Brun et al., 2013).

4.5 Procedimento para Análise dos Dados

Na primeira etapa, as informações foram construídas a partir dos seguintes instrumentos: observação participante, entrevista semiestruturada e registro no diário de campo. Na etapa 1, os dados foram analisados com base no campo da saúde mental, entendendo os processos de institucionalização e a presença da lógica manicomial (Bonaldo, 2020; Rotelli, 1999), haja vista que um dos objetivos da pesquisa era: “Identificar nos Centros de Atenção Psicossocial AD (CAPS AD) a eficácia de dispositivos e processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental.” Para isso, era imprescindível analisar se o CAPS AD de fato trabalha

em uma lógica emancipadora e quais são os dispositivos que o compõem. Dessa forma, o pesquisador esteve em campo coletando os dados na primeira etapa por meio da observação e das entrevistas, registrando as informações em seu diário de campo. Após a coleta dos dados, o pesquisador submeteu esses materiais a uma análise qualitativa que envolve os processos de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Bardin, 1977/2006).

Na segunda e na terceira etapas, houve a realização dos grupos com usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Após o levantamento dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo que dialoga com o referencial teórico adotado da epistemologia psicanalítica, particularmente fundamentada nos trabalhos de Roussillon, Brun, Figueiredo e outros autores que articulam a psicanálise e a toxicomania. Na segunda e na terceira etapas, os dados foram analisados conforme as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Bardin, 1977/2006).

A segunda e a terceira etapas se inspiram no mesmo referencial teórico, sendo a diferença entre elas o fato de que uma acontece no Brasil (segunda etapa) em um CAPS AD e a outra (terceira etapa) em uma ONG francesa em Dijon. Outra diferença se refere à construção do dispositivo: o grupo reflexivo-transicional no Brasil tem como processo de mediação as falas e as atitudes do pesquisador (o meio maleável é proporcionado pelo clínico, que permitirá posturas como *holding*, confronto e ausência), enquanto na França desenvolveu-se um ateliê de escrita com os usuários. Assim, o objeto mediador é diferente nessas duas intervenções.

Em ambos os grupos foram avaliadas as falas e os comportamentos não verbais dos usuários no grupo. Segundo Campos e Turato (2009), a análise de conteúdo é um procedimento aplicado aos dados qualitativos para fazer emergir temas, tópicos, conceitos e conhecimentos.

Assim, com os dados devidamente transcritos, o pesquisador articulou as falas dos usuários para problematizar e desenvolver os dispositivos clínicos

Após o registro desse material, seja ele verbal ou não, houve a leitura e a análise dos conteúdos por categorias. Para que isso seja feito, segundo Mozzato e Grzybovski (2011), é necessário seguir certas etapas nesse processo: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, as inferências e a interpretação.

A pré-análise é uma fase para organizar e sistematizar todo o material, tornando-o analisável, sobretudo de forma operacional. Para Bardin (1977/2006), essa fase tem quatro etapas: a leitura flutuante, que é quando o pesquisador entra em contato com os documentos de coleta de dados, explorando o texto já transrito; a escolha dos documentos e trechos a serem analisados; a formulação de hipóteses e a referência dos índices; e a criação de indicadores, que compreende a definição de indicadores por meio da extração de trechos dos documentos de análise. A segunda fase é conhecida como a fase da exploração, que tem como objetivo sondar o material para definir as categorias (codificação) e identificar as unidades a serem registradas. Além disso, nesta fase, identificamos as unidades de contexto nos documentos, que auxiliam na compreensão do significado exato das unidades registradas. A exploração do material é uma etapa crítica, pois influencia a qualidade das interpretações e inferências. É aqui que ocorre a descrição analítica do corpus, com base em hipóteses e referenciais teóricos já levantados durante a pesquisa. Portanto, a codificação, a classificação e a categorização desempenham um papel fundamental nessa fase (Bardin, 1977/2006). A última fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Nessa etapa, conhecida como tratamento dos resultados, ocorre a condensação e o destaque para a análise de dados. Na última fase, realiza-se a interpretação inferencial sobre as informações, sendo realizadas análises reflexivas e críticas,

conforme descrito por Bardin (2011), com interpretações fundamentadas no aporte da teoria psicanalítica (Brun, 2018; Kaës, 1997; Roussillon, 2015).

Capítulo 5: Dispositivos e Processos de Institucionalização do CAPS AD e a Questão da Toxicomania

Este capítulo pretende apresentar e discutir os resultados do trabalho desenvolvido ao longo das etapas da pesquisa. Primeiramente, apresentamos os dados do Brasil, discutindo os elementos mais importantes encontrados na imersão no campo e a diversidade de dispositivos do CAPS AD, bem como, a questão da abordagem à toxicomania e seu tratamento.

A apresentação dos resultados acompanha os seguintes tópicos: “5.1 A Institucionalização nos Serviços de Saúde Mental e no CAPS AD”; “5.2 Os Dispositivos dos CAPS e do CAPS AD”; e “5.3 A Toxicomania como uma Categoria Não Compreendida nas Instituições de Atendimento de Usuários de Álcool e Outras Drogas”, que se referem à Etapa 1 deste trabalho.

5.1 A Institucionalização nos Serviços de Saúde Mental e no CAPS AD

Os CAPS fazem parte das RAPS como serviços substitutivos em relação aos antigos hospitais psiquiátricos. A ideia é que se possa reproduzir no CAPS um atendimento fora da “lógica manicomial” (Bonaldo, 2020, p. 15). A lógica manicomial se refere ao conjunto de olhares e abordagens que compreendem a saúde mental, opostas a uma lógica humanizada e a uma visão de saúde mental que não garante o acesso aos direitos humanos. A lógica manicomial não se refere apenas à postura dos profissionais, mas também às dinâmicas institucionais e interpessoais que corroboram essa visão. Ela culmina na objetificação das relações, nas rotulações e na simplificação do usuário de saúde mental (Bonaldo, 2020).

É importante entender que um dos objetivos da pesquisa foi identificar, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), tanto a eficiência dos dispositivos clínicos

quanto os processos que contribuem para a institucionalização dos usuários do serviço de saúde mental. Além disso, a pesquisa também tem como objetivo propor práticas diferenciadas em saúde mental para romper com a lógica manicomial. Dessa forma, segundo Arbex (2013), historicamente, no Brasil e no mundo, os hospitais psiquiátricos produziam pacientes institucionalizados, ou seja, aqueles que, ao serem internados por longos períodos, passavam a depender do manicômio para a sobrevivência. Embora no Brasil os hospitais psiquiátricos tenham diminuído numericamente, a lógica manicomial não foi extinta, representando um risco para novos processos de institucionalização (Arbex, 2013).

No entanto, por meio da observação naturalística e da participação na rotina do CAPS AD, foram observadas posturas dos profissionais e da instituição que ainda retratavam a ligação com um espaço manicomial, reproduzindo condutas associadas à institucionalização.

O primeiro ponto a ser analisado a partir da observação naturalística, visando romper com a lógica manicomial, refere-se à parte estrutural do CAPS AD. O que se observa é que o CAPS AD pesquisado se assemelha a um hospital (salas brancas, ambiente asséptico, pouco customizado, salas fechadas, profissionais devidamente identificados), recuperando a lógica manicomial (Bonaldo, 2020) que inspirou os hospitais psiquiátricos. É notório que a reorganização do espaço físico para se parecer mais com uma casa e menos com um hospital poderia ser o primeiro passo para a superação da lógica manicomial. Rotelli (1999) problematiza que, para a verdadeira desinstitucionalização, precisa-se de mais laboratórios e menos ambulatórios, explicando que, para romper com as velhas práticas de saúde mental, é necessário inventar novos tratamentos, espaços e dispositivos.

Dessa forma, considera-se que o primeiro passo para uma postura antimanicomial começa com o espaço físico. É importante fazer uma ressalva quanto às tentativas do CAPS AD

de reorganizar o espaço físico. Por exemplo, neste CAPS AD, onde foram realizadas as observações, no andar de internação, há uma parede pintada que foi construída coletivamente, o que mais rompe com o ambiente hospitalar deste CAPS AD. Além disso, foram observadas grades logo na entrada. Embora ninguém fique internado na instituição compulsoriamente ou involuntariamente, essas grades remetem aos antigos hospitais psiquiátricos, que separavam os ditos "loucos" dos normais.

Como exposto no método, esse tópico foi construído a partir da observação naturalística, das entrevistas e da participação no cotidiano do CAPS AD. Essas fontes de informação resultaram em registros no diário de campo do pesquisador. Nessas notas, foram registrados aspectos que contribuíram para a repetição da lógica manicomial, incluindo o seguinte relato do registro de campo do pesquisador: “Os usuários têm o seu primeiro contato com a instituição ao entrar pela porta com um segurança de uma empresa terceirizada.”

Certamente, essa pessoa da segurança não é alguém com treinamento em saúde mental para acolher um público sensível que enfrenta questões relacionadas ao álcool e outras drogas. Além disso, o CAPS AD desta pesquisa atende a um público que, muitas vezes, consiste em pessoas em situação de rua e em extrema vulnerabilidade. Para esses usuários de saúde mental, geralmente há uma representação social negativa de seguranças e autoridades policiais. O que se coloca em questão é que o processo de institucionalização implica uma naturalização do cotidiano. Isso é, para Berger e Luckmann (1983, p. 53), um dos resultados da institucionalização é a transformação das rotinas em algo que é percebido como “supostamente natural e certo”. Assim, esse comportamento passa a não causar estranheza. Quando uma enfermeira do CAPS AD, que foi entrevistada nesta pesquisa, questiona essa situação, segue abaixo um fragmento dessa entrevista:

Pesquisador: “Notei que o primeiro contato do paciente que será acolhido ou atendido no CAPS AD é com um prestador de uma agência de segurança terceirizada. Isto não prejudica o trabalho no CAPS AD?”

Enfermeira: “Não, até porque depois de falar com o segurança ele será atendido por um profissional de saúde.”

Pesquisador: “Entendo. Esse segurança tem algum treinamento, formação ou curso para atuar com usuários de saúde mental?”

Enfermeira: “Infelizmente eles só possuem o curso de vigilante. Nós não oferecemos nenhum curso adicional para lidar com esses pacientes.”

Pesquisador: “Certo, mas os pacientes do CAPS AD, muitas vezes, estão em situação de rua e podem ter uma representação negativa de seguranças e autoridades policiais. Isto não é uma barreira de acesso ao serviço?”

Enfermeira (fica pensativa por uns 10 segundos então diz): “Pode ser, mas precisamos nos proteger. Essa região é muito perigosa e não podemos abrir mão da nossa segurança.”

Percebe-se que o processo de institucionalização faz com que a enfermeira considere natural esse procedimento e traga em seu discurso uma questão de proteção como defesa. As grades na porta do CAPS AD, observadas pelo pesquisador, também indicam uma instituição que está, aparentemente, se defendendo daquela comunidade. Esse trecho traz à tona uma questão importante ao se pensar em instituições, que é o que a literatura chama de “transferências laterais”, ou seja, um tipo de transferência diferente do método clássico, em que os sentimentos e vivências do passado são revividos em relação ao clínico. A transferência lateral, segundo Denis (2009), ocorre quando há investimentos simultâneos ou competitivos em relação à transferência com o clínico. Esse tipo de transferência envolve investimentos nos elementos inanimados do

contexto analítico, abrangendo o que denominamos como “transferência” em relação à análise, à expressão verbal e ao próprio contexto terapêutico (Denis, 2009). Neste caso, estamos tratando de uma população que se encontra em situação de rua e vulnerabilidade, e o primeiro contato com um segurança pode prejudicar o processo de acolhimento e engajamento no CAPS AD, sendo marcado por uma relação de poder e dominação. Há que se refletir sobre as características do setting que está tentando ser construído com essa referida população e problematizar de que maneiras as transferências laterais prejudicam esse engajamento.

Além disso, segundo Enriquez (1991), os usuários de saúde mental são, muitas vezes, pessoas que passaram por excessos, pelo arbitrário e por uma lei não estruturante. O desenvolvimento de uma psicopatologia ocorre, usualmente, por falta de esperança, ligada a um incremento das pulsões de morte e à ausência de *holding* em vários níveis (família, instituições etc.). Dessa forma, esses usuários percebem o social como uma ameaça e, muitas vezes, estão prontos para agir perante uma ameaça, respondendo com ódio e atuações. Embora Enriquez (1991) problematize essas características ligadas aos hospitais psiquiátricos, isso também pode ser observado nos usuários do CAPS AD. Esses usuários, frequentemente, apresentam alta vulnerabilidade social e passaram por situações de crises psíquicas excessivas ou traumáticas. Assim, salientamos a importância de um profissional de saúde devidamente treinado que possa ter esse primeiro contato com o usuário, alguém que esteja sensível a toda a complexidade e vulnerabilidade que essas pessoas trazem. O CAPS e o CAPS AD se configuram como serviços de porta de entrada na saúde mental (Brasil, 2011), ou seja, o primeiro contato do paciente com a RAPS ocorre, muitas vezes, pelo CAPS/CAPS AD, que são serviços de portas abertas (que não exigem encaminhamentos para que as pessoas sejam acolhidas). Um dispositivo da RAPS que se propõe a essas atribuições não pode delegar essas responsabilidades a agentes de segurança

terceirizados, sem treinamento adequado para lidar com usuários de saúde mental, principalmente no contexto de instituições de atenção ao uso de álcool e outras drogas.

Um ponto observado pelo pesquisador é que o referido CAPS AD encaminhava seus usuários frequentemente para as CTs, e, com isso, essas CTs passaram a receber recursos públicos por paciente encaminhado. As CTs são instituições já denunciadas por diversas violações de direitos humanos (Perrone, 2014). No entanto, se o CAPS AD, que tem como competência organizar a rede de assistência em saúde mental (Brasil, 2011), encaminha para essas CTs, isso contribui ainda mais para que práticas iatrogênicas sejam repetidas. Como Bonaldo (2020) problematizou, há a presença de lógicas manicomiais mesmo em serviços que, pela lei, deveriam desinstitucionalizar esses usuários, e isso não contribui para romper o processo de institucionalização. Esse fator foi questionado diretamente na reunião de equipe, como visto no seguinte relato de entrevista:

Pesquisador: “Observei, ao participar do cotidiano do CAPS AD, que vocês encaminham os pacientes, muitas vezes, para as CTs.”

Assistente Social: “Isso é um grande dilema.”

Psicólogo: “Sim, porque, muitas vezes, os próprios pacientes estão em situação de rua e pedem o encaminhamento para as CTs.”

Pesquisador: “Sim, mas cabe a vocês encaminharem ou não, certo?”

Enfermeira: “Essa decisão é polêmica. Uma parte da equipe encaminha a outra parte não encaminha.”

A equipe tem consciência do problema do encaminhamento para as CTs e suas consequências. No entanto, diante da precariedade da RAPS em não oferecer um espaço para pessoas em situação de rua que são, eventualmente, adictas, a CT se coloca como um recurso

disponível de intervenção em saúde para os profissionais do CAPS AD. Do ponto de vista pragmático, encaminhar para as comunidades resolve um problema de curto prazo ao tirar a pessoa da situação de rua, mas, a longo prazo, fortalece o crescimento das CTs como um dispositivo de cuidado financiado com dinheiro público. Enfatizo aqui que parte da equipe encaminha para CTs, enquanto a outra parte não encaminha. Esse dissenso entre a equipe também é algo relevante e dificulta a adoção de um protocolo igualitário para os usuários de saúde mental.

O aspecto político desta situação não pode ser negligenciado. De acordo com Carvalho e Maia (2022), o DF gastou 28 milhões de reais entre 2019 e 2022 em CTs. Esse montante, conforme destacado no mesmo relatório, seria suficiente para financiar pelo menos 5 CAPS AD (3 CAPS AD III e 2 CAPS AD II). Assim, embora os profissionais tenham plena consciente dos problemas associados a essas comunidades, acabam encaminhando pacientes para elas devido aos recursos disponíveis na rede de saúde. A abordagem mais apropriada seria o investimento do governo em Unidades de Acolhimento (UAs) para pessoas com dependência de álcool e outras drogas, além da implementação de novos CAPS AD. As UAs geralmente são espaços que proporcionam aos dependentes químicos que estejam em vulnerabilidade social um suporte para que eles possam se reorganizar fisicamente e psiquicamente (Brasil, 2012). Elas devem ter um espaço confortável que se pareça com uma casa (salas amplas, quartos, cozinha, lavanderia, televisão, sala de estudo etc.) e é o CAPS AD que faz a triagem para essas unidades. As UAs estão previstas em lei como um dispositivo da RAPS (Brasil, 2012). No entanto, o CAPS AD em que realizamos as observações não oferece essas instituições como serviços disponíveis pelo sistema de saúde. Para Amarante e Torres (2001), a função do CAPS é instrumentalizar um espaço para que as pessoas exerçam sua vida civil, em tipos de serviços não burocráticos e que

não pactuem com a cronificação. A lógica que o CAPS/CAPS AD deve exercer deve ser diferente da dos hospitais psiquiátricos e das CTs, que, muitas vezes, estão ligadas à cronicidade da doença, com dispositivos como a hierarquização, tutela e exclusão dos direitos humanos dos pacientes. É importante que o CAPS AD, por meio de uma equipe multiprofissional, possa realizar a contenção psíquica das pessoas e respeitar a singularidade dos sujeitos. Sendo assim, ao encaminhar para um serviço como a CT, o CAPS AD acaba contribuindo para a institucionalização desses pacientes, haja vista que as CTs funcionam por uma lógica manicomial com cerceamento dos direitos humanos.

Em relação aos usuários que frequentavam o grupo reflexivo-transicional referente a outra etapa desta pesquisa, ao examinar os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) presentes nos prontuários dos usuários que participaram do grupo, nota-se que todos apresentam registros dos atendimentos ambulatoriais e das oficinas, o que é extremamente positivo, além de que os PTS são discutidos nas reuniões de equipe. No entanto, não consta nos prontuários a revisão sistemática do PTS, contendo aspectos como: o objetivo do tratamento, os avanços, as dificuldades e a operacionalização da redução de danos. Isso sugere que os prontuários não estão sendo revisados adequadamente, o que pode ser um fator que contribui para a institucionalização dos pacientes. Um PTS que não é revisto faz com que o usuário permaneça em tratamento por tempo indeterminado e desenvolva uma relação de dependência com o CAPS AD, além de não ser realizada a clínica singular, ou seja, para cada pessoa, deve-se desenvolver um tratamento específico. Assim, se o objetivo do CAPS é realizar uma “clínica artesanal” (Lancetti, 2006, p. 19), é necessário problematizar dispositivos que possam beneficiar os usuários e permitir a estruturação de seu tratamento de maneira contínua e integral. A manutenção do prontuário atualizado, bem como as problematizações da equipe, precisam estar presentes.

Por fim, outro ponto a ser observado que permeia novas formas de institucionalização é a presença de pessoas na porta do CAPS AD ou até mesmo sentadas, aguardando a consulta ou, muitas vezes, sem ter o que fazer durante o dia. Indaga-se até que ponto o CAPS AD não funciona, em alguns momentos, como um manicômio de portas abertas; isto é, ninguém está internado à força, mas a pessoa passa o dia apoiada nessa instituição, sem uma perspectiva de alta, de revisão do PTS ou de conexão com outros aspectos da vida. Quando um CAPS AD entra em uma comunidade, ele passa a fazer parte dela e é necessário não se acomodar enquanto uma instituição que oferece tratamento de saúde mental para pacientes, sem uma perspectiva emancipatória.

5.2 Os Dispositivos dos CAPS e do CAPS AD

O CAPS se destaca como uma clínica dinâmica, pois integra continuamente o território, a comunidade e as expressões culturais em suas práticas de cuidado. No CAPS, existem diversos dispositivos voltados para essas práticas, que atuam na transformação das angústias e do sofrimento humano. No entanto, há uma distinção entre o CAPS idealizado nas políticas de saúde e o que se manifesta no dia a dia dos serviços, representando uma síntese entre o contexto sociocultural e as diretrizes que regem os 2.465 CAPS existentes no Brasil (Brasil, 2017).

Nos CAPS, geralmente, os dispositivos clínicos centram-se no trabalho de simbolização e na apropriação subjetiva da experiência vivida pelo sujeito, no qual a mediação atua como um condutor da linguagem, permitindo que o trabalho de simbolização se desenvolva. Essas mediações são diversas e podem assumir uma forma manifesta e material, por exemplo, a expressão pictórica (com vários tipos de tinta) ou plástica (com diferentes tipos de material para esculpir) utilizando materiais moldáveis, como argila e massa de papel, entre outros (Roussillon,

2019). Esses dispositivos também podem assumir uma forma menos “material”, como a linguagem verbal e o tipo de troca que ela possibilita. No caso deste trabalho, utilizou-se no CAPS AD um grupo reflexivo-transicional, em que o pesquisador foi esse meio maleável para a expressão dos usuários. Na etapa na França, o grupo reflexivo-transicional utilizou a linguagem escrita em grupo como meio maleável, solicitando que os usuários escrevessem. Percebe-se que diferentes dispositivos podem ajudar no processo de simbolização e na apropriação subjetiva, e que o produto do dispositivo não é o fim, mas um meio para permitir novas simbolizações.

Os dispositivos, segundo Brun (2014a), buscam justamente a integração das experiências subjetivas. Para a autora, o processo se dá sobretudo quando essas experiências são comunicadas e compartilhadas, não necessariamente apenas pela linguagem. Por isso, é importante que, em grupo, os usuários vivenciem diferentes experiências, incluindo a dimensão sensorial e sensível, para que possam ser comunicadas e integradas coletivamente.

Os dispositivos são relevantes porque, no contexto do CAPS, permitem diversos destinos para a loucura, sobretudo quando se pensa na integralidade dos usuários de saúde mental. Essa é a grande diferença entre um CAPS e um hospital psiquiátrico (manicômio), em que a única vicissitude é justamente a exclusão, a medicalização e a internação. O CAPS tem como objetivo não apenas o tratamento clínico do transtorno, mas sim a reinvenção da vida por meio das atividades de convivência, das oficinas e da recriação do cotidiano. Segundo Roussillon (1991), os espaços de convivência, a recepção, os corredores e os locais intersticiais carregam em si um potencial terapêutico, bem como ajudam na compreensão dos casos.

Além disso, os CAPS representam um dispositivo inovador na Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois buscam novas formas de inscrever a loucura na cultura, convocando a própria comunidade e a sociedade para que possam (re)pensar a representação da loucura. A clínica do

CAPS é considerada aberta porque os dispositivos estão constantemente sendo testados e avaliados pelos profissionais e usuários. Ela pode ser considerada como uma “clínica dos extremos” (Estellon & Marty, 2012), pois se trata de casos de grande sofrimento psíquico que exigem uma postura de *holding*/continência da equipe e da instituição como condição essencial para o cuidado. Essa clínica é marcada por reações contratransferenciais intensas e demanda do clínico uma postura de grande disponibilidade psíquica para o processo.

Sobre a questão do dispositivo clínico para pessoas com sofrimento psíquico grave, é necessário que, segundo Roussillon (2014b), o paciente possa transferir suas questões no encontro clínico, e que esse dispositivo ajude a organizar as condições nas quais esse encontro ocorrerá. Assim, o dispositivo deve ser um “atrator” ao fomentar o processo transferencial. Ainda nessa perspectiva, será imprescindível um espaço de “segurança subjetiva”, o qual só é possível mediante um “contrato simbólico” (Roussillon, 2014b). Estes, portanto, são aspectos que precisam ser levados em consideração ao problematizar os dispositivos do CAPS/CAPS AD.

O trabalho de continência nos CAPS, por meio dos dispositivos grupais, é fundamental na psicose, sobretudo por propiciar que o dito “louco” possa encontrar caminhos para sua implicação no social (Lancetti, 1993). Esse tipo de resultado não é possível de ser atingido apenas por meio da psicoterapia individual. Para Vitta (2008), esse tipo de clínica demanda um coordenador do grupo que esteja atento ao trabalho do mecanismo de defesa da identificação na psicose, bem como possa fomentar caminhos na criação de laços sociais.

Um dos interesses desta pesquisa foi justamente identificar os dispositivos que eram desenvolvidos no CAPS AD para pacientes dependentes de álcool e outras drogas. Ao pensarmos em dispositivos, estamos falando de outros recursos existentes para além dos atendimentos ambulatoriais (psicologia, psiquiatria, assistente social). Em relação a esse aspecto, notamos a

presença dos seguintes dispositivos de grupo de fala e de mediação no CAPS AD: Grupo de Intervenção Psicossocial, Pintando o 7, Tabagismo, Criatividade, Espaço Aberto, Ocupação Urbana, Psicoterapia, Saúde Integrativa, Beleza, Ecoterapia, Música, Oficina de Cidadania e Grupo de Família.

É necessário enfatizar que os dispositivos do CAPS e dos CAPS AD têm o propósito de servir, sobretudo, para a desinstitucionalização, com uma lógica focada no cuidado e não apenas no mero estabelecimento de um nível de saúde. A clínica ampliada, segundo Leal e Delgado (2007), deve sustentar-se em três partes separadas didaticamente, mas que, no fundo, ocorrem concomitantemente: o cotidiano, a rede e a clínica. Dessa forma, o CAPS/CAPS AD deve ser centralizado por uma lógica antimanicomial comprometida com a construção da cidadania e com aspectos que vão além da clínica. É importante o comprometimento do CAPS/CAPS AD em oferecer um espaço de livre circulação e convivência com a “loucura” e a sociedade.

Ao analisar os dispositivos do CAPS AD, é possível identificar oficinas que se organizam como dispositivos artísticos, tais como: Pintando o 7, Criatividade e Música. De fato, essas oficinas são relevantes porque oferecem espaços de mediação para dar forma à configuração psíquica do paciente, sobretudo ajustando o dispositivo à realidade psíquica do paciente e permitindo que o objeto mediador ajude nesse potencial terapêutico (Valcheret, 2014).

Considerando que o CAPS AD é um espaço para se trabalhar o sofrimento psíquico grave e que a toxicomania é uma patologia que se coloca como um estado limite, são necessários esses novos espaços que permitam outras formas de simbolização primária (Brun, 2014a). A arte, por meio da pintura, da criatividade e da música, principalmente com usuários em estados limites, se coloca como uma forma de favorecer a simbolização primária e, por isso, um acesso indireto à linguagem e à preparação para a simbolização secundária (Brun, 2014b).

Esse amparo institucional, seja por meio das oficinas, grupos, convivência ou ambulatório, constitui um importante espaço de expressão e oportuniza que os usuários simbolizem em diversos níveis (primário, secundário etc.). Além disso, o CAPS AD conta com reuniões de equipe, supervisão e assembleias, que se colocam como instrumentos relevantes para a revisão e qualificação do trabalho. Todavia, é necessário também problematizar que o CAPS AD pesquisado tem dificuldades, sobretudo na articulação com a comunidade. Por exemplo, os comerciantes da região pedem a mudança do CAPS AD para outro endereço, e a violência, como linguagem, também está presente entre os usuários em situação de rua.

Neste sentido, podemos fazer uma crítica, não à maneira como as oficinas são realizadas, mas até que ponto as produções dos usuários são problematizadas e reconhecidas como produções dotadas de sentido e importância para o tratamento. A questão que se coloca é que não basta o CAPS AD ter esses espaços de múltiplas formas de expressão, como a maioria dos CAPS/CAPS AD tem. É necessário que o material produzido, os produtos das oficinas, tenham uma articulação maior com o tratamento. O que isso quer dizer na prática? Isso significa que os materiais produzidos precisam ter uma importância maior enquanto significantes dos usuários e acesso ao inconsciente, até porque “dar um sentido” se opõe à ruptura traumática presente nos casos graves de adoecimento mental (Figueiredo, 2009). Do contrário, quando um material artístico/plástico é produzido e não se dá um devido destino em termos de importância, corre-se o risco de repetir a lógica manicomial (Bonaldo, 2020), em que as atividades com os pacientes têm um teor mais de entreter/preencher o tempo do que propriamente um caráter terapêutico.

Outra maneira de analisar esses dispositivos se dá a partir das contribuições de Roussillon (2019). Segundo o autor, existem três tipos de dispositivos: os institucionais/sociais, em que se propõe a possibilidade de um trabalho de simbolização a partir de uma produção não simbólica

em si mesma (por exemplo, produção de bens de consumo, grupos de autocuidado, dentre outros). Nesses casos, os efeitos dos dispositivos podem ser simbolizantes como um efeito colateral, mas a ênfase não é a expressão ou simbolização das angústias. O segundo tipo de dispositivos são os artísticos/artesanais, em que a ênfase está de fato na produção artística em si mesma (pintura, colagem, fotografia, argila, teatro e música); em outras palavras, esses dispositivos representam a arte pela arte. O último tipo de dispositivo se refere aos dispositivos analistantes/subjetivantes, que se apoiam em dispositivos artísticos, só que com diferentes fins terapêuticos. O que se busca nos dispositivos subjetivantes é oferecer este espaço transicional para produzir espaços de simbolizações primárias (simbolizar a simbolização) e promover uma apropriação subjetiva (Roussillon, 2019). Ao refletir sobre as oficinas do CAPS AD, o que é notório é que existem grupos e oficinas que contemplam satisfatoriamente os dispositivos institucionais/sociais e artísticos/artesanais. No entanto, o CAPS AD carece de um espaço de dispositivos analistantes/subjetivantes, ou seja, de oferecer um dispositivo com um meio maleável para produzir a simbolização primária, buscando os significantes associados à vida e à articulação com a patologia do usuário de saúde mental.

Por fim, no que se refere aos dispositivos, percebe-se que todas as oficinas, exceto uma (ocupação urbana), ocorrem dentro do CAPS AD. Novamente, se o CAPS AD tem por objetivo realizar a chamada clínica psicossocial (Brasil, 2011), então ele precisa se preocupar em ligar o usuário de saúde mental ao social e provocar uma mudança nesse campo. Dessa forma, é imprescindível que as ações terapêuticas possam sair do CAPS AD e se conectar à comunidade, à família (não necessariamente à família biológica) e problematizar o social na vida desses pacientes. Se o CAPS AD permanece em sua ocupação demasiadamente ambulatorial, então repete-se a lógica manicomial. Nas palavras de Rotelli (1999, p. 10), ao falar sobre a clínica

antimanicomial: “este era o trabalho intramuros, este é o trabalho extramuros. E para tanto, são necessários laboratórios e não ambulatórios. Laboratórios plenos de conhecimentos, máquinas de desinstitucionalização”.

5.3 A Toxicomania como uma Categoria não Compreendida nas Instituições de Atendimento de Usuários de Álcool e Outras Drogas

De maneira geral, por meio da observação naturalística, o que foi observado no CAPS AD é que não existe qualquer distinção entre o toxicômano e o dependente químico. Essa constatação, advinda da observação naturalística, foi comprovada na reunião de equipe do CAPS AD e na entrevista com a gerente sobre esse tema:

Pesquisador: “Vocês estabelecem um entendimento dinâmico dos casos para fazer a distinção entre toxicômano e um usuário com problemas com álcool e outras drogas?”

Gerente: “Não, até porque o CAPS AD tem várias abordagens e não só a psicanálise. Muito embora contamos com psicólogos que atuam na abordagem psicanalítica.”

Na reunião de equipe do CAPS AD, os profissionais, ao serem perguntados se conheciam a categoria da toxicomania, informaram que sete dos dez participantes não conheciam essa terminologia. Isso ocorre também na instituição da França (CSAPA); quando perguntamos aos educadores da equipe sobre o modelo de tratamento, eles disseram que o médico fazia uma avaliação, mas não sabiam que tipo e se consideravam a distinção entre a toxicomania e o usuário de álcool e outras drogas. Como problematizado anteriormente nesta tese, segundo Roussillon (2006), a toxicomania é uma patologia narcísica que demanda um acolhimento sensível, junto a outros tipos de patologias, tais como: perversão, psicose, autismo etc. O fato de não existir um entendimento dinâmico faz com que todas as pessoas sejam tratadas da mesma

maneira, e isso é um problema, porque o que está em jogo na toxicomania é um uso compulsivo associado a um traumatismo precoce (Olivenstein, 1991). É preciso distinguir a toxicomania como um funcionamento e outros casos de saúde mental ligados ao uso e abuso de substâncias, como, por exemplo, uma depressão associada ao abuso de álcool ou uma esquizofrenia com consumo diário de cannabis.

Os profissionais de saúde mental nessas duas instituições não trabalham com a categoria “toxicômano”, e o interesse é menos dinâmico e mais associado à quantidade de substância, ao tipo de substância e aos impactos psicossociais. Desconhecer essa categoria faz com que não exista uma triagem adequada de quais dispositivos podem beneficiar os usuários e fere a lógica da saúde mental que preconiza um PTS, em que para cada pessoa seja feito um planejamento terapêutico único de tratamento de dispositivos de saúde (Brasil, 2007b). Adicionalmente, quando se busca pela singularidade, atribui-se à diferença um papel central no tratamento. Essa ênfase ganha importância particular ao considerar que os diagnósticos frequentemente padronizam os indivíduos, reduzindo suas peculiaridades, sendo de extrema importância, para além de dar um diagnóstico dinâmico correto, tomar as devidas providências para responder àquela demanda de saúde mental.

Como discutido por Olivenstein (1991) e Roussillon (1999a, 2006), a toxicomania é um problema de simbolização primária, sendo a adição de álcool e outras drogas, em seu aspecto geral, um fenômeno que pode estar ligado a problemáticas relacionadas a qualquer nível de simbolização. Quando não existe diferenciação entre toxicômano e adicto, o que tende a acontecer é que essas instituições colocam todos os usuários em um mesmo grupo de psicoterapia verbal, ou seja, trabalha-se com a simbolização secundária (individualmente e em uma psicanálise tradicional). Conforme afirma Roussillon (2019), em sua teoria da simbolização,

a linguagem verbal é eficaz na simbolização secundária, entendida como a tradução da representação coisa em representação palavra. No entanto, a linguagem apresenta limitações quando se trata de promover a simbolização primária, que envolve a transformação do traço perceptivo em traço inconsciente. Embora na fala existam elementos sensoriais, como volume, tonalidade e timbre, isso não é suficiente para uma mudança de simbolização primária. Além disso, há uma dimensão sensorial presente na cura que vai além do que é expresso verbalmente. Por último, não se trata de questionar a importância dos tratamentos que trabalham com a simbolização secundária, até porque, para Roussillon (2012a), existe uma potência incomparável do uso da linguagem verbal como um meio maleável na cura de problemáticas secundárias.

Segundo Santiago (2001), a toxicomania é vista como uma patologia caracterizada por uma regressão libidinal para um estágio inicial de um suposto gozo ligado às pulsões orais. A satisfação do prazer por meio de substâncias químicas impõe uma organização sexual artificial, que é essencialmente autoerótica e baseada no modelo de masturbação infantil. No extremo dessa elaboração, ele sugere que esse regime de satisfação resulta em uma “nova genitalidade”, que eventualmente substitui o ato sexual. Para Santiago (2001), essa proposta mostra a crescente preponderância do prazer farmacotóxico sobre a sexualidade, que assume a magnitude de um “metaerotismo”, no qual a intoxicação se torna, em si, um objetivo sexual. Dessa forma, essa configuração distinta implica a necessidade de uma outra clínica que possa levar em consideração toda a complexidade descrita em termos psicodinâmicos.

Embora o objetivo na França tenha sido propor um dispositivo de escrita com usuários toxicômanos e, enquanto pesquisador, não tenhamos nos centrado nos aspectos institucionais da unidade de saúde, o que foi possível observar, no entanto, é que a equipe de saúde também não tinha um entendimento dinâmico dos pacientes e pouco se interessava em buscar conhecimento

sobre o assunto. De maneira geral, a visão da equipe era muito mais pragmática, focando na realização de oficinas (pintura, atividade física, etc.) do que em entender dinamicamente os usuários. Assim, a atuação ficava limitada a seguir protocolos, e o discurso psicanalítico restringia-se aos psicólogos que se identificavam com essa abordagem. O que foi observado parece ser compreensível do ponto de vista histórico na França. Segundo Bergeron (1999), ao longo da Reforma Psiquiátrica Francesa, no que se refere ao tratamento de usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, a perspectiva médica e dinâmica foi substituída por uma perspectiva de redução de danos pragmática, com a adoção de protocolos pré-estabelecidos, como a sugestão de troca de uma substância por outra, por exemplo. Portanto, a instituição parece refletir essa mudança de paradigma, haja vista o fato de que as oficinas e atividades realizadas com os usuários são conduzidas por educadores (sem treinamento específico para atender casos de saúde mental) e não, necessariamente, por profissionais da saúde. Importante destacar que, ao afirmar que os educadores não são profissionais da saúde, refere-se à ideia de que as ciências da saúde são áreas de estudo associadas à vida, à saúde e à doença, e nelas incluem: medicina humana, biologia, medicina veterinária, enfermagem, psicologia, educação física, odontologia, terapia ocupacional, fisioterapia, dentre outras (Ferreira, 1998). Não se nega a óbvia intersecção entre educação e saúde; no entanto, a atuação com usuários de saúde mental com transtornos mentais graves e persistentes associados ao uso e abuso de substâncias (drogas) demanda um treinamento especializado.

O fato de não se conhecer a dinâmica do toxicomaníaco impossibilita, nesta tese, a realização de um grupo exclusivamente com essa categoria, pois as instituições não fazem essa separação entre aqueles que têm uma dinâmica toxicômana e os que são psicóticos ou neuróticos, considerando o uso de álcool e outras drogas como algo secundário. Isso limita, em parte, o

objetivo de propor dispositivos reflexivos transicionais com toxicômanos, como presente nesta tese. Contudo, é importante que essa limitação institucional seja relatada para que se busque uma nova forma de organização dos serviços de saúde mental que leve essa problematização em consideração.

Capítulo 6: Os Grupos Reflexivos Transicionais Realizados no Brasil e na França

Essa parte do trabalho procura descrever dois grupos reflexivos transicionais que ocorreram no Brasil, em um CAPS AD III, e na França, em uma ONG financiada pelo governo francês, conhecida como “*Centres de Soins, D’accompagnement et de Prévention en Addictologie*” (CSAPA), traduzido como “Centros de Atendimento, Apoio e Prevenção de Adictologia”. Ambos os grupos contaram com a participação de usuários de saúde mental com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e aconteceram ao longo de dez sessões.

No primeiro grupo transicional, ocorrido no CAPS AD, o clínico se colocou como o meio maleável em que os pacientes projetaram sua dinâmica, e o grupo foi inspirado nos trabalhos de Figueiredo (2009, 2011, 2018). Por sua vez, no grupo realizado na França, a proposta foi a construção de um ateliê de escrita com esses pacientes, com os trabalhos inspirados nos estudos de Brun (2010, 2017) e Brun et al. (2013). No caso do grupo reflexivo transicional da França, a escrita desempenhou a função do meio maleável. É importante destacar também que os grupos reflexivos transicionais trabalham com a modalidade de representação primária, sem excluir o processo de análise individual tradicional, que se foca em promover representações secundárias (Brun, 2018). Dessa forma, as duas modalidades são complementares e não concorrentes.

Ambos os grupos contaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além do registro no diário de campo das principais falas e observações do pesquisador. Os dois grupos também tiveram suas sessões gravadas, as quais foram posteriormente transcritas. Os tópicos a seguir: “6.1 O Grupo Reflexivo Transicional Realizado no CAPS AD- Brasil”, 6.1.1 Construção e Sobrevivência do Grupo”, “6.1.2 Manejo e Estabilidade do Grupo”, e “6.1.3 O Clínico como Meio-Maleável” referem-se às experiências realizadas no CAPS AD III no Brasil. Por sua vez, os tópicos “6.2 O Grupo Reflexivo

Transicional Mediado pela Escrita Realizado no CSAPA na França” e os subtópicos “6.2.1 O Manejo do Grupo e a Escrita como Mediadora”, “6.2.2 A Dificuldade de Fantasiar dos Toxicômanos e a Importância de Desenvolver essa Função”, “6.2.3 A Importância da Escrita como Narrativa Projetiva” e “6.2.4 O Contato com o Sentir Corporal” referem-se à experiência do grupo reflexivo transicional utilizando a escrita que ocorreu no CSAPA - França.

Esse capítulo é extremamente relevante ao se buscar atingir os seguintes objetivos elencados nesta tese: propor novos dispositivos reflexivos grupais em saúde mental que sejam mais adequados ao nível de simbolização na toxicomania; desenvolver novos dispositivos clínicos na toxicomania; contribuir para a construção de políticas públicas para álcool e outras drogas; e desenvolver, em uma instituição francesa, o dispositivo de escrita com pacientes toxicômanos. Portanto, é neste capítulo que serão explicados os resultados dos dois dispositivos desenvolvidos nesta tese.

6.1 O Grupo Reflexivo Transicional Realizado no CAPS AD- Brasil

6.1.1 Construção e Sobrevivência do Grupo

Esse tópico irá expor alguns dispositivos que são relevantes quando se problematiza grupos com pessoas com dificuldades relacionadas ao álcool e outras drogas. O grupo que denominamos reflexivo-transicional ocorreu no Brasil, em um CAPS AD, uma vez por semana, com duração de três meses. A proposta era que o grupo fosse aberto, com um tamanho inicial de oito usuários de saúde mental. O grupo tinha dois objetivos: promover processos de simbolização primária por meio de intervenções baseadas na psicanálise; e promover a redução de danos através das reflexões emergidas no grupo.

Importante destacar as duas influências principais que organizaram a proposição deste grupo: a psicanálise enquanto campo teórico-prático e a saúde mental enquanto campo

político/social. A proposição do grupo foi feita em uma apresentação de slides na reunião de equipe e previamente pactuada com a gerente do CAPS AD. Para a equipe, foi apresentada brevemente a perspectiva dos grupos e sua possibilidade terapêutica. Os profissionais do CAPS AD indagaram sobre o objetivo do desenvolvimento deste trabalho de tese, bem como os mecanismos de melhora proporcionados pelo grupo, e esses aspectos foram esclarecidos. O horário e o dia em que o grupo começaria foram discutidos coletivamente para que fizessem sentido dentro da dinâmica do CAPS AD. Os técnicos foram orientados a indicar pessoas que tivessem problemas com álcool e outras drogas, mas que também pudessem se comprometer a estar no CAPS AD semanalmente. A divulgação do grupo contou com panfletos espalhados pelo CAPS AD. Um ponto importante a ser destacado, mas que já foi abordado no capítulo anterior, é que, pelo fato de os profissionais não fazerem a distinção entre toxicômanos ou não, o critério de inclusão para o grupo foi se o usuário tinha problemas com drogas e outras substâncias e se podia estar presente semanalmente.

Após o grupo ser constituído, o primeiro ponto importante era a sobrevivência, e precisamos entender que esse termo tem múltiplos sentidos quando olhamos para esse tipo de clínica. Nesse aspecto, nos apropriamos do conceito de Winnicott (1964/1994) sobre a sobrevivência do objeto, o qual ele contextualiza no vínculo inicial com a mãe. O autor sugere uma expansão abrangente desse tema e explora suas manifestações tanto na fase infantil quanto na adolescência e na fase adulta. Neste mesmo artigo, Winnicott (1964/1994) problematiza também o amor e o ódio como elementos constitutivos do desenvolvimento, destacando que envolvem agressão, mas inicialmente sem uma intenção destrutiva por parte da criança. Esses sentimentos são percebidos como sinais de vitalidade, semelhantes a movimentos musculares que contribuem para a distinção entre o eu e o não eu. Essa dinâmica está relacionada à

voracidade, representando um amor como apetite primário, desprovido de intenção de causar dano ao objeto. De certo modo, a maternagem envolve também aspectos da sobrevivência a ataques agressivos por parte da criança, de maneira que a função materna envolva certa resiliência frente a esses ataques. Isto é, o objeto investido de pulsões agressivas precisa sobreviver e não retaliar a criança de volta.

Um aspecto crucial a ser entendido é que se espera que o clínico desempenhe essa função reflexiva. Ou seja, suas atitudes e intervenções devem estar em sintonia com as posturas de *holding*, o confronto e a ausência. É compreendido que esses usuários apresentam uma dinâmica de dependência de objeto, e é exatamente nesse espaço de dependência que o clínico deve se inserir para, então, poder desenvolver outras intervenções. Portanto, essa postura de sobrevivência do clínico é fundamental. Assim como a função materna precisa resistir às pulsões agressivas e sexuais do bebê enquanto objeto psíquico, o clínico também precisa resistir a uma dinâmica frequentemente perversa.

A sobrevivência do grupo no CAPS AD também foi problematizada, porque o CAPS AD atende pessoas que estão em situação de extrema vulnerabilidade social. Muitas vezes, é difícil exigir disciplina do paciente para que ele esteja presente no grupo em determinado dia e horário, mantendo o enquadre. Em uma clínica padrão, com sessões, local e um setting bastante enrijecido, é difícil imaginar que esses pacientes desorganizados consigam se encaixar nesse tipo de setting. Sendo assim, ao realizar a apresentação da proposta do grupo na reunião de equipe, este aspecto foi amplamente discutido, porque, de fato, o grupo tem um espaço e local determinados, e para pacientes muito desorganizados, isso representa uma barreira de acesso. No entanto, oferecer um espaço contínuo para essas pessoas também é relevante quando se pensa na continência psíquica. Dessa forma, a própria sobrevivência do grupo foi problematizada,

optando-se por um grupo inicialmente aberto, com a indicação de usuários que pudessem, minimamente, se organizar para estarem presentes no dia e local acordados. Isso também é uma barreira de acesso para essa população. A questão que se coloca é como pensar em dispositivos para pessoas que estão muito desorganizadas psíquica e fisicamente e que utilizam álcool e outras drogas?

A outra sobrevivência é a do clínico ao conduzir o grupo, por ser vítima de diversos ataques e desqualificações. Por exemplo, coloco um trecho em que cada usuário se apresenta e expõe o motivo de estar procurando o tratamento, compartilhando um pouco de sua história de vida. Retomamos uma das situações que ocorreu logo na primeira sessão com um grupo de oito usuários do CAPS AD, em que um paciente, ao se apresentar, já desqualifica o grupo. Os nomes dos usuários são fictícios para proteger a privacidade e a identidade dos usuários de saúde mental. Observamos isso no relato do diário de campo abaixo:

Pesquisador: “Bem, agora gostaria que cada um se apresentasse.”

João: “Sou o João e tenho 34 anos, estou aqui para me curar do vício, mas não acredito muito não que conversa alguma vai me ajudar. Ou eu faço isso por mim mesmo ou não dá.”

Denise: “Sou Denise, eu também estou aqui há algum tempo e não queria participar do grupo. Estou aqui porque o Psiquiatra insistiu.”

Helaine: “Me chamo Helaine com 18 anos. Já passei por grupos antes, então acaba sendo repetitivo, mas para continuar o tratamento de medicação precisa fazer o grupo, né?”

Percebe-se nas falas de João, Denise e Helaine uma desqualificação velada sobre o processo terapêutico. Nesse momento, no entanto, ainda sem uma transferência instalada, optou-se pelo manejo, por parte do clínico, pela via do silêncio. Na literatura psicanalítica, existe uma diferença entre manejo e interpretação. Segundo Castanho (2018), a interpretação estaria ligada

ao processo secundário de simbolização, versando, então, sobre um registro do inconsciente para uma representação palavra. No entanto, quando se opta pelo silêncio, enfatiza-se uma intervenção no processo primário, em que se está mais preocupado em construir uma relação e um grupo do que necessariamente em promover uma interpretação sobre um elemento do inconsciente para este momento inicial do grupo. Ainda segundo Castanho (2018), muitas vezes, as interpretações diretas não são eficazes na análise de defesas. Assim, torna-se necessário o uso de pseudoparâmetros para tais usuários; a interpretação direta, por apelar à razão e ao insight, tende a estimular a resistência. Por esse motivo, a opção não foi confrontar ou interpretar o paciente diretamente, para não aumentar as resistências. Outros pseudoparâmetros úteis em grupo, além do silêncio, incluem: perguntas, sinalizações, pontuações, descrições, conjecturas, destaque, explicações, comentários, chistes e o encerramento da sessão (Castanho, 2018).

Com o grupo já inicialmente constituído, retomamos outro trecho do relato do diário de campo a ser analisado:

Pesquisador: “Como vocês avaliam o percurso de vocês aqui no CAPS?”

Marcos: “Eu avalio que só estou aqui porque não tenho escolha. Por mim estaria fazendo um tratamento em uma clínica particular mais qualificada. Não que eu não goste do grupo, mas gostaria de poder pagar para ter o melhor tratamento possível.”

Pesquisador: “Você não vê progresso no seu tratamento? Quanto tempo já está aqui no CAPS AD?”

Marcos: “Há 3 meses, na verdade vejo que estou bebendo menos, melhorei, mas ainda não está ideal.”

Pesquisador: “Quem mais gostaria de relatar o percurso terapêutico?”

Lucas: “Bem, eu acho que até melhorei, tô usando menos, mas o ambiente aqui não é bom. Tem gente usando droga aqui fora perto do CAPS. É uma influência ruim.”

Bernardo: “Também acho que o CAPS tinha que ser mais isolado. Para não ter influências ruins de outras pessoas usando drogas e bebendo.”

Dessa vez, o ataque não é ao processo terapêutico em si, mas à própria instituição. Do lugar de clínico, problematizamos se não houve algum progresso no tratamento e o próprio usuário se contradiz. É importante notar que esses ataques podem acontecer de diversas maneiras: ao processo do grupo, à instituição e até mesmo à figura do clínico. Afinal, o usuário refere que gostaria de estar em outra instituição e com outros profissionais supostamente mais qualificados, muito embora reconheça o progresso no tratamento. Um dos questionamentos dos pacientes é sobre o CAPS AD não ficar isolado da comunidade/cidade como os antigos manicômios e as CTs. Sobre isso, é importante ressaltar que é proposital o CAPS AD estar inserido na comunidade/cidade para facilitar a clínica psicossocial (Brasil, 2011) e propiciar uma mudança na representação dos ditos como “louco” ou “doentes mentais”.

Outro ponto sobre a dinâmica desses usuários refere-se a situações em que uma pessoa não consegue tolerar a falta de objetos positivos ou suas imperfeições, transformando-os em objetos negativos e prejudiciais que precisam ser urgentemente rejeitados. Segundo Bion (1992), esse fenômeno pode ser compreendido como “intolerância à frustração”. Nessa situação, ocorre um movimento expulsivo que bloqueia o processo de pensamento, que é a elaboração da experiência emocional. Dessa forma, esse tipo de funcionamento se coloca como uma resistência ao processo terapêutico do grupo. O funcionamento mental caracterizado por essa intolerância à frustração se manifesta como uma resistência às mudanças psíquicas e como um fator que perpetua repetições infinitas. De acordo com Figueiredo (2012), isso ocorre precisamente na

toxicomania, em que existe uma fuga da realidade para o objeto droga. Esse funcionamento de ódio à realidade e aos objetos reais faz com que a pessoa fique entrincheirada em seu próprio narcisismo, dificultando qualquer mudança de pensamento e afeto (Figueiredo, 2012).

A resistência, segundo Spagnol et al. (2022), pode ser caracterizada como uma força social que se opõe a outra força chamada poder, em uma relação que tende a beneficiar esta última. Um dos pontos observados, enquanto clínico e pesquisador no manejo do grupo, é que não existia apenas uma resistência e ataque dos usuários, mas também por parte da própria equipe do CAPS AD. Nos dois primeiros encontros que marquei, não houve usuários para o grupo, e atribuo isso à falta de vontade (resistência) da equipe em divulgar o dispositivo, sobretudo porque o material de divulgação não tinha sido distribuído e fixado no CAPS AD (mesmo após eu ter impresso e entregue o material para ser fixado e distribuído). Outra situação de resistência foi uma demanda por parte da equipe para uma sessão de feedback em menos de um mês após o início do grupo. Tudo isso leva a crer que existia uma resistência institucional e interdisciplinar em relação ao pesquisador, o que também influenciou a sobrevivência do grupo.

6.1.2 Manejo e Estabilidade do Grupo

Para além da sobrevivência frente aos ataques, é necessário pensar na lógica das construções em análise (Freud, 1937/1975). Nesse sentido, as interpretações ou problematizações são feitas respeitando a história individual de cada membro, mas também são dirigidas para o grupo como uma totalidade (Anzieu, 1972). Sendo assim, busca-se que, pouco a pouco, os usuários compartilhem identificações e possam se sentir unidos pelos pontos em comum e pelo objetivo do grupo, que é problematizar a relação com as drogas.

No texto de Freud (1937/1975), será problematizado algo fundamental na análise, que retorna como algo importante para o que estamos discutindo: as construções em análise. De certo, neste texto, Freud problematiza que, para além da função de trazer o inconsciente para o consciente, o clínico precisa reconstruir a realidade psíquica perdida junto ao usuário.

Olivenstein (1991) argumenta que a toxicomania reflete uma ruptura traumática do passado e que, através dessa construção e reconstrução da história, o usuário atribuirá um sentido à sua própria narrativa. Novamente, para Figueiredo (2007), esse "fazer sentido" terá um papel essencial na construção de uma integridade psíquica, sobretudo em relação às experiências não integradas do passado. Supomos que o grupo precisa fazer esse duplo movimento de sobreviver aos ataques e construir novos espaços junto ao usuário. Retomamos um trecho do diário de campo na terceira sessão do grupo:

Pesquisador: "O que une vocês nesse tratamento?"

João: "Acredito que a vontade de superar as drogas."

Denise: "O álcool acabou com a minha vida e não posso continuar vivendo aqui."

Mariana: "Também passei por isso, perdi trabalho e está atrapalhando minha relação."

Renato: "Se eu ao menos conseguir usar menos tá valendo (ri)."

Marcos: "Eu estou tentando, mas acaba que eu recaio não sem bem por quê. Quero ter a força dos colegas do grupo que já conseguiram e diminuir."

Pesquisador: "Pois é, vocês agora têm um grupo e a ideia é que possam ajudar uns aos outros nesse progresso."

Observamos que o grupo agora se coloca como uma construção coletiva, e isso reforça a ideia presente em Freud (1937/1975) sobre as construções em análise e os possíveis destinos para as angústias. Além disso, estão presentes mecanismos de identificação no grupo. A identificação,

segundo Freud (1921/1976), ocorre em três níveis: a identificação primária, do tipo em que o menino se identifica com o pai e este passa seu ideal; a segunda é a identificação em querer introjetar uma característica do objeto; e, por último, Freud destaca a peculiaridade do terceiro caso de identificação, pois essa forma de identificação não implica uma relação de objeto com a pessoa que está sendo imitada, não envolvendo investimento libidinal (Freud, 1921/1976). Ele exemplifica com o caso de uma jovem em um internato que, ao receber uma carta de alguém por quem está apaixonada, desencadeia crises de histeria. Algumas de suas amigas também entram em crise ao saber do caso da amiga. Neste cenário, a identificação ocorre pelo desejo de se encontrar na mesma situação; as amigas também aspiram a ter um romance. No caso do grupo, nota-se o segundo tipo de identificação ocorrendo; isto é, os usuários se identificam entre si por meio de suas histórias e desejam introjetar aspectos uns dos outros que possam ajudar no manejo das substâncias. Além disso, os usuários estão unidos em relação a um propósito (parar de usar ou diminuir), o que faz com que eles possam se identificar em torno de um objetivo comum.

Freud nunca falou, em sua obra, especificamente sobre a psicoterapia grupal. No entanto, Freud (1921/1990b), procura descrever alguns fenômenos comuns em grupos. Um deles é referido como contágio; isto é, em um grupo, todo ato seria contagioso, fazendo com que o indivíduo sacrifique seu ideal individual em prol de um ideal coletivo. Nesse caso específico, o fato de narrarem suas experiências negativas e a vontade de superar as drogas se coloca como um contágio positivo para a realização da redução de danos.

Após a fase de sobrevivência do grupo, já estabilizado e tendo resistido aos ataques, notamos um fenômeno que Anzieu (1975) denomina ilusão grupal. No trecho do diário de campo a seguir, encontramos elementos para descrever esse fenômeno, que ocorreu na quarta sessão:

Pesquisador: “Como vocês avaliam o processo grupal que tivemos até esse momento?”

Marcos: “Eu me sinto mais forte. Parece que aqui um apoia o outro.”

Mariana: “Acho que juntos somos mais fortes.”

Helaine: “No começo não tava gostando não. Mas até que falar e ouvir os colegas tem ajudado.”

Denise: “Concordo, acho que esse grupo e esse encontro semanal ajuda a lembrarmos do porquê estamos aqui.”

Notamos que, após a sobrevivência aos ataques, emerge no grupo esse sentimento regressivo que Anzieu (1975) denomina de ilusão grupal. Isso é: a ilusão de grupo é um estado psicológico específico que se manifesta tanto em grupos naturais quanto em grupos terapêuticos ou de formação, e que é expresso pelos membros de forma espontânea, como: “nos sentimos bem juntos, formamos um grupo sólido, nosso líder ou facilitador é eficaz.”

O processo de ilusão grupal só foi possível pela sobrevivência do grupo e pelo *holding* realizado pelo clínico/pesquisador. É importante destacar que o trabalho de continência no CAPS e no CAPS AD é fundamental em patologias mais graves e em pessoas com sofrimento psíquico severo e persistente, sobretudo porque, com o *holding*, será preparatório para promover a expressão desses usuários através dos dispositivos. Dessa forma, é necessário um ambiente maleável, a manutenção do enquadre, o acolhimento sensível e a presença implicada. Patologias tais como a toxicomania e a psicose demandam um cuidado sensível nesses dispositivos e no processo de *holding*, pois estamos falando de patologias com falhas nas experiências primitivas (Winnicott, 1982). O papel do clínico no grupo, nesta etapa, precisa ser entendido mais em termos de propiciar o acolhimento e a sustentação de experiências traumáticas, sobretudo aquelas que se repetem nos discursos dos usuários do grupo, em detrimento de uma postura de neutralidade/atenção flutuante para permitir a associação livre dos usuários.

Conforme as anotações do diário de campo, observamos que no final da quarta sessão também aparece tentativas de valorização do clínico/pesquisador:

Pesquisador: “Bem, gostaria que cada um falasse como foi estar aqui.”

Mariana: “Foi muito bom!”

João: “Gostei muito da sua condução. Um grande maestro.”

Lucas: “Hoje gostei de estar aqui. Estava precisando descarregar o que tava sentindo.”

Bernardo: “Obrigado. Ia faltar hoje, mas no final valeu a pena.”

Importante notar que o caminho descrito por Figueiredo (2007) na clínica da toxicomania individual envolveria, primeiro, o *holding* e, depois, o confronto. No entanto, na situação observada, primeiro tivemos o *holding* com ataques ao vínculo e, com a sobrevivência do objeto, passamos para uma posição mais regressiva de proteção e indiferenciação, além de um sentimento de gratidão e valorização do espaço. Parece ser um caminho importante para o grupo a construção de um espaço de segurança e de sobrevivência. Esse espaço de continência, segundo Bion (1962), é um ambiente para conter as emoções dos usuários e ajudá-los a processar essas emoções. Anteriormente, foi dito que a toxicomania decorre de um problema na falha primária de estruturação psíquica e que um espaço constituído, suficientemente bom (Winnicott, 1989), se coloca de maneira privilegiada para tentar novas simbolizações e ressignificações. No entanto, é necessário que o clínico tenha cuidado para não cair em algo que Kaës (2009) chamou de fantasia alienante, isto é, o encontro do desejo dos usuários de agradar o clínico e o desejo do clínico de ser gratificado pelo grupo. Por isso, para além de uma posição de construção de um espaço seguro para o clínico e o usuário, é necessário não se acomodar, estabelecendo isso como uma estratégia defensiva de autogratificação.

Como discutido anteriormente, segundo Roussillon (2005a), a formação da reflexividade requer a presença de objetos e fenômenos que atuem como transições, além da capacidade de tolerar a existência do universo simbólico, exemplificado pelo paradoxo entre alucinação e percepção. A importância desses elementos, especialmente na infância, reside no fato de que, nessa fase, o psiquismo está em desenvolvimento, e sua relação com o simbólico ainda é imatura. Os fenômenos transicionais proporcionam a oportunidade de uma interiorização gradual, referida como introjeção. Dessa forma, busca-se que o usuário possa trocar seu objeto transicional “perdido”, que é a droga, pela figura desempenhada pelo grupo nesta função mediadora. Assim, a função do clínico no grupo remete à possibilidade de ele se colocar como esse objeto transicional de apoio. Evidentemente, a ideia não é que o grupo funcione como um eterno objeto transicional, mas sim que o usuário possa introjetar aspectos desse grupo e, assim, construir sua própria autonomia.

Segundo Figueiredo (2009), o trabalho psicanalítico opera sobre as incorporações, permitindo que sejam convertidas em introjeções. O que se busca com esse grupo, enquanto objeto transicional, é justamente promover introjeções de conteúdos que possam ajudar esses usuários a superarem a dependência do objeto droga. Assim, o trabalho analítico deve constantemente reajustar o que foi internalizado de uma certa maneira, possibilitando uma nova forma de assimilação. Esta perspectiva se alinha com a de Roussillon (2005a), que considera o trabalho analítico como um processo de apropriação através da simbolização (neste caso, estamos falando de uma simbolização primária). Quando as condições são propícias, a interação entre exteriorizações e interiorizações facilita a apropriação subjetiva por meio da simbolização.

Após a realização do *holding*, a sobrevivência aos ataques institucionais e pessoais por parte dos usuários, e a vivência do fenômeno da ilusão grupal, passa-se para a próxima etapa: o

confronto e o estabelecimento de limites. Segue um trecho do diário clínico da quinta sessão em que se faz o confronto:

Pesquisador: “Hoje é importante que cada um possa dizer o que motivou suas últimas recaídas, quais pensamentos, sentimentos pode se identificar no dia do relapso.”

Bernardo: “Eu acordei muito nervoso com uma briga que tive ontem. Minha esposa acaba sempre trazendo o passado para reclamar.”

Lucas: “Eu não sei bem o que aconteceu... Acordei pensando um pouco na vida e usei, não sei se tava triste ou não.”

Helaíne: “Às vezes desanima muito como as pessoas nos olham. Ai a gente parece que usa também para confirmar o que dizem, para desafiar.”

Renato: “Eu acho que tem o lado de às vezes se frustar com algo e tacar o ‘foda-se’ e usar para descarregar a raiva, eu não sei.”

Pesquisador: “Acredito que seja de extrema importância identificarmos a que este uso está ligado e o que fazer nesses momentos de vontade de usar. Do contrário sempre caímos em um uso descontrolado e que desorganiza vocês psiquicamente.”

O objeto droga remete a uma postura narcísica, em que o toxicômano vive uma regressão e fusão com o objeto originário (a droga), retornando assim para uma posição próxima ao narcisismo primário (Figueiredo, 2009). No grupo, por meio da interpelação e provocação, tenta-se buscar, de alguma forma, romper com esse tipo de relação. Conforme relatado, diante da angústia, esses usuários usam a substância e, assim, pela via da fusão do objeto com o ego, retornam para essa posição de narcisismo primário. A intoxicação atua no sensorial para criar um espaço psíquico de envelope imaginário egóico, uma proteção. Neste caso, busca-se

responsabilizar os usuários pelo uso, não no sentido moral, mas com o objetivo de provocá-los para que possam buscar e construir possíveis sentidos ligados ao uso da substância.

Para Figueiredo (2012), o cuidado envolve um novo tipo de ética ao acolher um novo membro em sua rede. Para ele, o “fazer sentido” é de extrema importância para patologias com excessos de falhas psíquicas em sua constituição. Ainda segundo este autor, é fundamental que o cuidado esteja ligado a três campos da vida: sustentar e acolher, reconhecer e interpelar, e questionar (Figueiredo, 2007). Dessa forma, a priori, faz-se o movimento de *holding*, e busca-se gerar, no grupo, uma transferência positiva para, posteriormente, poder interpelar, questionar e remover a implicação excessiva. Busca-se promover uma nova introjeção das funções maternas e paternas por parte do organizador do grupo, favorecendo a construção de sentidos. Segundo Bollas (2009, p. 13), essas funções são, precisamente, “os objetos transformacionais de nossa infância” e são referências importantes na formação e construção do ego pelos cuidados acolhidos no início da vida. O grupo, precisamente, tenta fazer esse movimento para a (re)construção do psiquismo.

Após as posturas adotadas com os pacientes por meio do *holding* e do confronto, a última postura é a da ausência (Figueiredo, 2009). No caso da toxicomania, essa postura de ausência refere-se ao vazio subjetivo que existe no usuário quando este começa a se desligar das drogas. A postura clínica, nesses casos, reconhece que, para alguns usuários, há uma ausência fundamental de significado, vínculo ou simbolização, e a droga é utilizada para tamponar esse vazio. Aqui, o clínico trabalha com o que está ausente no discurso do usuário, com o vazio que a droga simboliza, ajudando o usuário a lidar com essa falta sem, necessariamente, tentar preenchê-la de imediato.

Segue o trecho do diário clínico em que isso é provocado na nona sessão do grupo:

Pesquisador: “Como é a vida sem drogas? Ou o consumo reduzido.”

Renato: “Olha, confesso que não é fácil. A gente fica com vontade e tenta se distrair.”

Lucas: “Parece até que a vida perde um pouco a graça.”

Mariana: “A bebida é como uma companheira, a vida sem ela não é fácil.”

Pesquisador: “Pois é, agora o desafio é encontrarmos novas formas de prazer, novos sentidos, novos círculos sociais.”

Helaine: “Exato, acho que fica uma vontade como se fosse uma saudade (ri).”

Segundo Figueiredo (2009), a conduta aditiva promove, de fato, uma descarga sensorial marcada em um plano de existência. Após a diminuição ou abstinência, observamos que a falta de sentido aparece no discurso, e é neste ponto que o grupo pode oferecer um *holding* a essa falta, como um suporte temporário. No entanto, é importante problematizar que o adicto terá que desenvolver sua própria maneira de lidar com a ausência do objeto, e isso, certamente, não será uma tarefa fácil, mas necessária. O grupo pode oferecer um espaço protegido de *holding*, depois remover o excesso de *holding* por meio do confronto e, por último, ajudar o usuário a desenvolver sua própria autonomia, retirando-se pouco a pouco dessa função de suporte.

Na clínica da toxicomania, no trabalho grupal, é necessário estar atento aos fenômenos descritos neste capítulo (sobrevivência, ilusão grupal etc.) e como realizar uma clínica que aponte para uma possível construção da ligação com o objeto toxicomania (*holding*, confronto e ausência). Obviamente, em um grupo, as pessoas podem estar em fases diferentes, mas isso não impede que possam se apropriar de construções subjetivas entre os usuários. Também apontamos que o *holding* no grupo tem um poderoso efeito pela identificação entre os usuários, permitindo, assim, que se avance no tratamento com mais rapidez para as outras duas etapas (confronto e ausência).

6.1.3 O Clínico como Meio-Maleável

O que acontece quando se entra em contato com o Real sem mediação alguma? Para Winnicott (1963/1994), perde-se os contornos e os limites, e as pessoas vivem uma espécie de enlouquecimento em contato com agonias não simbolizadas. Neste mesmo artigo, é apontado que a psicose é, de certa forma, uma resposta a esse contato com o Real (Winnicott, 1963/1994). Nesta tese, defendemos que a toxicomania é um fenômeno limite que se encontra em contato direto com uma realidade traumática (Pacheco Filho, 2007) e com problemas na simbolização primária, resultando na dependência de objeto. Dessa forma, há a necessidade de que, nesses casos, o clínico se coloque como essa função metaforizante, permitindo, assim, pouco a pouco, o contato com o Real insuportável.

Para Winnicott (1972), um ambiente intrusivo e não sensível às demandas simbólicas do sujeito acaba levando a pessoa a utilizar estratégias defensivas diante do mundo. Dessa forma, o que se busca é que, por meio do grupo, se crie esse ambiente, e o clínico terá um papel fundamental para ajudar nesse novo encontro com o Real. Para isso, Figueiredo (2007) sugere três posturas importantes no tratamento de pessoas adictas: *holding*, confronto e ausência.

Na relação de cuidado com pessoas em sofrimento psíquico grave, Ferenczi (1933/2011b) destaca a importância de uma escuta sensível e da flexibilidade na técnica, visando estabelecer laços de confiança essenciais para o trabalho analítico. Ele valoriza a noção de “tato psicológico” (Ferenczi, 1928/2011a), que implica a capacidade de “sentir com”, “empatia”, “sentir dentro” e “estar em sintonia”. Ferenczi (1933/2011b) enfatiza que pessoas em sofrimento psíquico grave necessitam de uma simpatia autêntica, semelhante a uma “benevolência materna”, mais do que interpretações. Isso evita a repetição do sentimento de aflição e abandono que levou o paciente ao estado de desintegração psíquica (Ferenczi, 1933/2011b).

Ao se propor uma clínica no CAPS ou em um tratamento articulado com a clínica psicossocial, é imprescindível indagar sobre a criação de um meio que possa suportar o sofrimento psíquico intenso e que tenha a capacidade de se adaptar à realidade psíquica de cada paciente. Além disso, os limites da clínica devem ser flexíveis para o tratamento singularizado de cada um. Lobosque (2003) expressa a preocupação em se adotar protocolos fechados em saúde mental e a necessidade de uma clínica que possa se abrir para o novo e para o diferente, permitindo a circulação.

Ainda segundo Lobosque (1997), existem alguns princípios relevantes para o desenvolvimento da clínica antimanicomial que nos parecem importantes ao propor a construção desse meio maleável para os usuários de saúde mental, particularmente na toxicomania. São eles:

1. **Princípio da Singularidade:** Embora a construção de protocolos seja relevante na saúde mental, é necessário levar em consideração a especificidade de cada caso e aliá-la ao que a literatura científica diz sobre saúde mental. Esse princípio remete à máxima de que “cada caso é um caso”, mas pretende ir além; a clínica de saúde mental é, de fato, artesanal e precisa se adequar à realidade e às condições dos usuários de saúde mental.
2. **Princípio do Limite:** A clínica psicossocial coloca em questão os limites estabelecidos pela moral e cultura vigentes, bem como as instituições que se fazem presentes e afetam o dito “louco”. O princípio do limite busca um limite para o usuário como uma construção do próprio usuário e não apenas como uma imposição da sociedade. Por isso, trata-se de uma abordagem de “fazer caber” aquele usuário na cultura e na comunidade. O “fazer caber” também significa traçar um limite em vez de eliminar algo. Além disso, “fazer caber” envolve convidar a cultura a enfrentar a falta de conformidade, redefinindo suas próprias fronteiras em relação à loucura (Lobosque, 1997).

3. Princípio da Integração: Refere-se à integração na prática e à consideração, no tratamento, das múltiplas dimensões do usuário de saúde mental, bem como ao uso dos diversos recursos que a RAPS oferece. Além disso, a integração fala de uma comunhão de saberes para cuidar melhor dessas pessoas, em oposição a um saber excludente típico dos tempos dos manicômios. Especificamente na clínica da toxicomania, é necessário entender que são pessoas que sofrem preconceito por parte da comunidade e, muitas vezes, são marginalizadas. Por isso, é fundamental buscar romper com a representação social do adicto enquanto infrator da lei, transformando-o em uma pessoa com sofrimento psíquico grave que precisa avançar na clínica psicossocial.

Construir um ambiente que tenha flexibilidade torna-se importante para adaptar o tratamento ao nível de simbolização de cada paciente. Para Milner (1952/1991), o meio maleável descreve como o paciente deve construir pontes entre o interior e o exterior, especialmente quando encontra elementos externos que são maleáveis. Essa maleabilidade proporciona ao paciente uma sensação de segurança ao incorporar esses elementos como parte de si mesmo, como extensões de sua própria criação. As propriedades ou atributos de um meio maleável incluem indestrutibilidade, alta sensibilidade, capacidade de transformação contínua, disponibilidade constante e uma espécie de animação própria. Essas características são fundamentais para a formação das representações de objetos, pois fornecem a base para a interação e a percepção do ambiente pelo sujeito.

No caso do Grupo Reflexivo Transicional com usuários adictos, foi precisamente este o papel que o clínico assumiu: um meio que podia sobreviver aos ataques, refletir as emoções dos usuários e fazer interpelações quando necessário. Nesse sentido, o clínico atuou tanto como um meio maleável quanto como um objeto transicional que ajudava o usuário nessa relação entre o

interno e o externo, oportunizando novas maneiras de simbolização; ou seja, o clínico cria um ambiente propício e facilitador para processos de simbolização. Nos casos de funcionamentos limites, incluindo a toxicomania, essa função se coloca como fundamental (Roussillon, 2015b). É importante reforçar que são necessários ambientes e meios maleáveis apropriados à clínica e à população que o CAPS AD atende, sobretudo recursos que sejam relevantes às experiências invasivas e descontínuas trazidas por essas patologias, com o objetivo de propiciar um sentido nas oficinas e grupos, além de um *holding* vivido nesses espaços.

O meio maleável, ou, no caso, o objeto de mediação, proporcionará ao sujeito uma nova conexão com o sensorial, dependendo da maneira como esse meio é utilizado (Roussillon, 2012b). Dessa forma, a maneira como o usuário se apropria do meio, de forma maleável ou não, assim como o contato com o sensorial, revelará aspectos psicodinâmicos do usuário. Esses aspectos serão importantíssimos para as práticas clínicas de mediação. Portanto, a ideia é proporcionar um meio maleável que possa, ao mesmo tempo, revelar aspectos da pessoa e promover uma intervenção.

Para Roussillon (2019), é necessário que o clínico atue como uma função simbolizante do objeto, permitindo que o paciente encontre esse objeto outro-sujeito no processo de simbolização. A função simbolizante do objeto (neste caso, do clínico) se dará por meio de diversas funções parciais. Por isso, em uma clínica para a toxicomania, o condutor do grupo se apresenta de maneiras distintas a cada momento (*holding*, confronto e ausência), sobretudo associadas aos diferentes momentos e problemáticas subjetivas trazidas pelo usuário.

A questão que se coloca é que, na toxicomania, por se tratar de uma patologia limite com falhas primárias, é necessário que o clínico ocupe a função de meio maleável, que ajudará, em grupo, os usuários em seus processos de simbolização. Obviamente, não é uma tarefa terapêutica

fácil; é necessária uma disponibilidade psíquica para sobreviver frente aos ataques e transpor as resistências associadas ao processo. No contexto desta tese de doutorado, o clínico se permitiu ser um meio maleável nos grupos reflexivos transicionais, ocupando diversas posições subjetivas que facilitaram o desenvolvimento do grupo (*holding*, confronto, ausência). Além disso, na etapa da pesquisa desenvolvida na França, que descreveremos a seguir, a construção de um meio maleável se deu de outra maneira: através da escrita de textos que os usuários produziam. Assim, a introdução de um meio maleável pode ocorrer de diferentes formas, adaptadas à realidade psíquica de cada usuário e ao contexto e capacidade de *holding* do ambiente.

6.2 O Grupo Reflexivo Transicional Mediado pela Escrita Realizado no CSAPA na França

6.2.1 O Manejo do Grupo e a Escrita como Mediadora

O dispositivo ateliê de escrita aconteceu na França. O grupo contou com a participação de oito usuários (seis homens e duas mulheres) com problemas relacionados ao álcool e outras substâncias, encaminhados pela equipe do CSAPA. Cada sessão do grupo tinha uma duração média de uma hora e meia e ocorria semanalmente, totalizando dez sessões ao longo de três meses. Os usuários do grupo tinham, em média, sete meses de permanência na instituição. O pesquisador conduziu o grupo, auxiliado por uma estudante de psicologia, que ajudou na tradução do inglês para o francês e vice-versa, com o objetivo de facilitar a comunicação com os usuários. A dinâmica do grupo seguiu o seguinte formato: primeiro, era problematizada uma situação que os participantes deveriam escrever (por exemplo, um personagem em um país estrangeiro); depois, cada usuário fazia a leitura em voz alta do que havia escrito; e, por último, havia um momento de interpretação por parte do clínico do material lido, promovendo diálogos entre os usuários.

A literatura científica em psicanálise aponta caminhos para atuar com toxicômanos, e a presente tese escolheu adaptar a clínica individual com toxicômanos descrita por Figueiredo (2007, 2009, 2012) para a modalidade em grupo em um CAPS AD no Brasil. Na França, foi decidido desenvolver o dispositivo de ateliê de escrita com esses usuários, inspirado nos trabalhos de Brun (2010, 2018) e Brun et al. (2013).

6.2.2 A Dificuldade de Fantasiar dos Toxicômanos e a Importância de Desenvolver essa Função

O primeiro encontro com o grupo foi focado em conhecer os usuários e explicar a proposta do grupo como um ateliê de escrita. O segundo encontro teve como tema a proposta de que os usuários pudessem escrever sobre a vida em um país estrangeiro, inspirado nos trabalhos de Brun (2018), que problematiza a escrita enquanto uma estratégia para simbolização primária. No entanto, ao solicitar isso e esperar cerca de 30 minutos para que a tarefa fosse realizada, foi notória a dificuldade desses usuários em fantasiar. Dos oito usuários, apenas dois conseguiram contar uma história: um se inspirou na narrativa de Harry Potter para desenvolver uma história ambientada nesse universo, e o outro relatou suas vivências da infância em outro país.

Na obra de Freud, a concepção de fantasia está intimamente ligada ao princípio do prazer. Segundo Freud (1911/1974), a habilidade de fantasiar proporciona ao indivíduo um campo de exploração criativa, onde ele pode, por meio da imaginação, escapar das demandas da realidade que requerem renúncia e adiamento da gratificação. Dentro do domínio da fantasia, ao criar uma narrativa imaginária na qual pode se inserir como um dos protagonistas, o sujeito se distancia de sentimentos angustiantes e garante a realização do desejo. A prática de fantasiar é assim caracterizada como um modo de pensamento que não está sujeito ao teste da realidade, permanecendo subordinada ao princípio do prazer. Sob essa perspectiva, as fantasias são vistas

como o fundamento das brincadeiras infantis, já que, ao brincar, a criança começa a desenvolver sua capacidade imaginativa, construindo um mundo próprio e ajustando-o conforme sua preferência (Freud, 1911/1974). Dessa forma, o que se coloca em questão com esses usuários é que, aparentemente, o ato de fantasiar e brincar não parece estar desenvolvido, tornando difícil para eles imaginarem seu futuro ou outra situação hipotética.

Em Freud (1914/1980b) e Freud (1923/1996d), é problematizada a imaginação como a ponte entre a mente consciente e a mente inconsciente, bem como o papel importante da imaginação dentro da perspectiva da psicanálise. Sobretudo porque, por meio da imaginação, sonhos, fantasias e atos falhos, podemos também ter acesso aos conteúdos do inconsciente. Para os profissionais que adotam a perspectiva psicanalítica, essa compreensão é fundamental, pois as histórias desenvolvidas no ateliê de escrita representam um momento para que os usuários expressem esses conteúdos, propiciando a possibilidade de processar essas experiências do ponto de vista simbólico.

O ato de fantasiar não se limita apenas à infância e às brincadeiras; ele também se manifesta na vida adulta. O próprio devaneio, em adultos, é uma extensão das brincadeiras, mantendo-se como uma forma de atividade mental ao longo da vida, evitando assim o princípio da realidade (Freud, 1911/1974). Assim, segundo Laplanche e Pontalis (1977), a capacidade imaginativa do adulto pode ser vista como uma continuação da forma de pensamento presente na vida psíquica infantil, na qual há submissão ao princípio do prazer em detrimento do princípio da realidade. Segundo Green (1988), na fantasia muitas expressões do inconsciente se manifestam com a natureza de um pensamento onipotente. Nos usuários desta pesquisa, essa função encontra-se mal desenvolvida, e a realidade pode ser excessivamente dura. A droga, então, se coloca como esse objeto transicional para acessar as emoções e o ato de fantasiar.

Na terceira sessão, foi solicitado que os usuários contassem a história de um personagem que passou por uma transformação, seja ela subjetiva, mágica ou espiritual. Novamente, abriu-se um espaço para o fantasiar, que havia se mostrado inibido na última sessão. Desta vez, aparentemente, seis dos oito usuários conseguiram, de fato, contar uma história com elementos nos quais ocorria uma transformação subjetiva, mágica ou espiritual. É interessante observar como essa capacidade imaginativa vai se desenvolvendo e como eles passam a trazer suas próprias histórias, fazendo uma intersecção com o personagem. No entanto, o personagem ainda se mistura com suas vidas, o que pode ocorrer devido ao fato de que essa capacidade imaginativa ainda não está amplamente desenvolvida.

Segundo Fonagy e Target (2006), em contextos em que ocorre traumatismo precoce, as aquisições entre realidade e fantasia encontram-se prejudicadas. Por esse motivo, nos usuários do grupo reflexivo transicional, o fantasiar pode estar inibido ou essa função de fantasia precisa se apoiar na própria história de vida. A mistura entre o personagem e o usuário na narrativa reflete uma dificuldade relativa ao modo de pensar, presente também no pensamento infantil, descrita como a dificuldade em distinguir seu mundo interno, o do outro e o meio ambiente ao redor (fusão entre o Eu e o outro, seja nos aspectos emocionais ou simbólicos) (Allen et al., 2008). O que mais chama a atenção nessa situação é como a “função fantasia” parece estar prejudicada nesses usuários. Dessa forma, conforme o desenrolar do grupo, foi pensada a necessidade e a importância de oferecer um espaço de *holding* para que esses usuários desenvolvam a função fantasia.

A quarta sessão foi inspirada na prancha branca do Teste de Apercepção Temática (TAT) de Murray (2005). No cartão 16 do TAT, a proposta é oferecer um cartão em branco e convidar o usuário a contar uma história a partir dele. Similarmente, nesta pesquisa, os usuários

recebiam o papel em branco e eram convidados a escrever o que quisessem. Destaco aqui um trecho que ilustra uma resistência inicial.

Pesquisador: “Olá, hoje vocês receberam o papel e a caneta e podem escrever como assim quiserem.”

João: “Assim não dá.”

Carolina: “Mas o que devemos escrever?”

Pesquisador: “O que vocês quiserem.”

Fábio: “Fica mais fácil quando temos uma ordem.”

Pesquisador: “Não precisam ter pressa. Estou certo de que logo vão conseguir seguir a instrução.”

Embora houvesse uma resistência no começo, foi interessante notar que todos os usuários conseguiram contar uma história. Dessa vez, embora articulassesem elementos em comum entre a vida dos personagens e suas próprias histórias, os usuários reconheciam que havia elementos nas narrativas que não tinham, necessariamente, ligação direta com suas vidas. O que se observou ao longo das sessões é que, cada vez mais, os pacientes se apropriavam da função fantasia.

Freud (1921/1990b) problematiza, em diversos momentos, os fenômenos grupais relativos a um movimento regressivo do psiquismo, com a preponderância dos instintos mais primitivos (sexuais e agressivos) e um rebaixamento da consciência individual em favor de um aguçamento da consciência coletiva. Isso significa que, diante de um grupo, muitas vezes as individualidades fundem seu psiquismo em prol de algum valor ou objetivo (por exemplo, torcidas organizadas, manifestações coletivas etc.). No entanto, em certo momento, é mencionado o potencial dos fenômenos grupais e da cultura, sobretudo nos campos da inteligência e da linguagem (Freud, 1921/1990b). Como exemplo, são citados os escritores e

pensadores que são produtos também do grupo ao qual pertencem (sociedade). Nesse sentido, esta pesquisa reflete uma percepção de Freud, haja vista que, no grupo de escrita, passamos de usuários que não conseguiam escrever um parágrafo ou uma linha para histórias complexas, com começo, meio e fim, que ultrapassam uma página. Isso sinaliza a importância do fenômeno grupal para o desenvolvimento da inteligência, linguagem e imaginação, e, sobretudo, como a escrita nesse grupo foi o meio maleável para o desenvolvimento desses aspectos.

Neste caso, o que foi feito com esses usuários foi justamente oferecer, inicialmente, instruções mais claras para depois passar a instruções mais abertas que propiciassem a projeção. O público com o qual estamos lidando demonstra uma notável dependência de objetos, o que nos levou a considerar cuidadosamente o formato de cada encontro. Priorizamos a criação de um ambiente maleável para esses pacientes, garantindo flexibilidade e cultivando um vínculo de confiança. As psicoses e estados limites, como a toxicomania, por exemplo, exigem um ambiente que proporcione a função de *holding*, em função da ruptura primordial traumática (Winnicott, 1982). Precisamente por esse motivo, o pesquisador avaliou a estratégia de cada encontro.

Seguindo o relato de campo, na quinta sessão do grupo abordamos o percurso de cada um individualmente e eles falam em alguns momentos da importância do grupo

Pesquisador: “Em que este grupo de escrita te ajudou no tratamento?”

Geovana: “Acredito que me ajudou a criar a minha própria história.”

Marcelo: “Eu não tinha mais costume de escrever, me lembrava o tempo da escola e não gostava muito. Acho que o grupo me fez recuperar um pouco mais a vontade de escrever. No começo foi difícil.”

Fernando: “Não estava acostumado a escrever. Foi bom.”

Carolina: “Parece que as coisas que discutimos aqui eu levo para a vida.”

Esse "fazer sentido" e "dar sentido" se opõem à ruptura traumática; assim, escrever para esses usuários ajudou a recuperar essa dimensão de significado e, por meio da criação de histórias, tornou possível restabelecer essa função da fantasia. À medida que os usuários narravam as histórias dos personagens, iam se vendo nelas e relatavam essa vivência do "fazer sentido". Para Figueiredo (2009), o "fazer sentido" tem uma importância primordial em patologias limites, sobretudo porque é um processo de (re)ligação da *psique* humana frente às falhas mais fundamentais. Por isso, é fundamental contar com um agente e um espaço de mediação que possam realizar as funções de sustentar, reconhecer e interpelar/questionar diante de uma realidade traumática. Segundo Bollas (2009), nesses tratamentos de realidades traumáticas, há a necessidade de introjeção do cuidador ou profissional da saúde como uma resposta a essa ruptura traumática. Aparentemente, o grupo ajudou a construir um sentido na história de vida e a introjeção de aspectos positivos da relação terapêutica.

Na sexta sessão, como pôde ser visto no relato de campo, a instrução era: "Hoje vocês vão contar a história de um garoto/garota de férias. Pode ser na praia, no parque ou em algum lugar agradável. O que ele fez? Quais sensações ele passou? Quais foram seus pensamentos? Como foram suas férias?" O que notei é que todos os usuários escreveram muito; mesmo aqueles que têm dificuldade em escrever produziram mais de uma página. Vejo que, novamente, o grupo contribuiu para o desenvolvimento dessa capacidade de se imaginar e se fazer sentir. Para Roussillon (1999b), falhas na função reflexiva do objeto impactam a capacidade do sujeito de se perceber, se escutar e se sentir. Dessa forma, é imprescindível que no grupo se busque efetuar essas funções, e o clínico deve, a partir dos relatos, interpretar, compartilhar e refletir sobre a experiência emocional do sujeito. Na sexta sessão, aparecem sensações que mobilizaram muitas descrições associadas à angústia corporal, como nos exemplos de escrita:

Fabio: "João é um garoto de 19 anos, ele está na praia e o sol castiga seus olhos e a areia machuca sua pele."

Rodrigo: "Mariana vai nas montanhas e o frio congela seus ossos e o estalar do gelo provoca uma melodia amedrontadora."

Pesquisador: "Interessante que mesmo em um local agradável vocês trouxeram sensações negativas como: sol castigava e areia machucava pele; frio que congela seus ossos. Parece que mesmo em momentos bons tem algo negativo e angustiante presente."

Nesse caso, corrobora a hipótese de Brun (2018), que problematiza que a angústia corporal é um aspecto preponderante nos toxicomaníacos e que é importante criar um espaço para que eles entrem em contato com isso, sobretudo porque a questão da toxicomania é uma repetição sensorial de um conteúdo não acessível pela consciência. Novamente, enfatizo a importância de o clínico desempenhar a função de reflexividade, salientada por Roussillon (1999b), ajudando o usuário a desenvolver essa capacidade de sentir, se perceber e se ouvir.

No contexto do grupo de escrita, a fantasia e o uso de metáforas se manifestam como um meio intermediário para acessar experiências sensoriais intensas, que, na vida cotidiana desses usuários, muitas vezes são percebidas como dolorosas ou até mesmo insuportáveis. A metáfora atua, então, como um recurso para exteriorizar e nomear essas sensações – como o "sol que castiga" ou o "frio que congela ossos" – representando simbolicamente angústias profundas que, de outra forma, permaneceria inexpressáveis. Assim, a metáfora oferece uma estrutura imaginativa onde a experiência sensorial pode ser explorada, ressignificada e integrada, e não apenas descarregada de forma compulsiva por meio da droga.

Brun (2018) observa que, na toxicomania, as representações sensoriais e corporais são, frequentemente, difíceis de simbolizar, pois estas pessoas tendem a vivenciar sua angústia de

maneira corporal e concreta, sem conseguir "traduzir" essa angústia para o nível da palavra ou da narrativa interna. Nesse sentido, o grupo de escrita proporciona um ambiente onde esses usuários podem, gradualmente, desenvolver a capacidade de "sentir" e "se perceber" por meio de narrativas, especialmente ao incluir metáforas que envolvem o corpo e os sentidos.

Roussillon (1999b) sugere que é por meio da função reflexiva do clínico que o sujeito começa a se constituir a partir de uma percepção interna, algo que é fundamental para pessoas que, devido a traumas precoces, têm dificuldades em diferenciar a fantasia da realidade. Essas imagens sensoriais surgem inicialmente de maneira "fusa", entre o Eu e o Outro, mas, ao serem nomeadas e trabalhadas no grupo, transformam-se em representações psíquicas mais elaboradas. A metáfora, assim, representa a primeira ponte entre uma sensação corporal bruta e a construção de uma narrativa psíquica que possa suportar o contato com o próprio corpo e a própria história.

Ao longo das sessões, à medida que os usuários conseguem se engajar mais nesse tipo de narrativa, observamos uma gradual "apropriação da função fantasia", onde as metáforas se tornam uma espécie de escudo contra a desintegração interna e uma maneira de dar sentido a experiências fragmentadas. Em vez de buscar o alívio momentâneo oferecido pela droga, os usuários começam a ver a fantasia e a metáfora como alternativas de elaboração simbólica para suas angústias, usando o grupo como uma continência onde suas histórias podem se desenrolar com o apoio do terapeuta.

A experiência sensorial desses usuários, antes desconexa e invasiva, encontra uma expressão no ambiente terapêutico do grupo de escrita, onde a metáfora e a fantasia tornam-se instrumentos de uma função reflexiva em desenvolvimento. Assim, eles conseguem, pouco a pouco, estabelecer uma narrativa psíquica para suas experiências, criando novos significados para o que antes era sentido como um "vazio" angustiante.

6.2.3. A importância da Escrita como Narrativa Projetiva

No trabalho bastante conhecido de Lévi-Strauss (2017), ele demonstra a eficácia simbólica dos xãmas, que atuam com as pessoas em sofrimento psíquico de sua tribo, favorecendo um espaço para a manifestação dessas angústias. Por meio da dança, do ritual e não do sobrenatural, as pessoas em sofrimento passavam de um estado de demanda não formulada para um espaço em que o sofrimento se manifestava dentro de um conjunto de símbolos (Lévi-Strauss, 2017). A passagem de um “estado não formulado” para um sofrimento determinado é, precisamente, o que o dispositivo da escrita possibilitou. Por meio da escrita e da projeção, os pacientes projetaram suas angústias nos personagens e nos cenários e, aos poucos, foram entrando em contato com seu próprio mal-estar.

Coloco aqui para efeito de demonstração um trecho retirado do diário clínico com a escrita de uma usuária chamada Carolina, escrito na quarta sessão. A proposta da quarta sessão era de realizar uma escrita livre:

“A destruição é uma força que consome todos, tudo a todo tempo. Minha história é de uma menina que quando nasceu ela foi dada para avó pela mãe. Isso mesmo, dada por que talvez não era merecedora deste amor? Aos 7 ela foi abusada e logo aos 8 ficava na rua usando tudo que não presta. Na adolescência casou com o primeiro homem que deu carinho e logo teve uma filha a qual não tem paciência para criar.”

A usuária foi convidada a ler a história no grupo e depois refletir o que essa menina da história tinha a ver com a ligação. Então respondeu:

“Acho que essa história é a história da minha mãe. Acho que fala de uma destruição e de uma raiva transgeracional. Eu acho que ela não tinha paciência comigo. Bem, engraçado porque quando escrevi eu não pensei na minha mãe.”

Outro trecho do participante chamado Marcelo que escreveu na quarta sessão de maneira espontânea:

“Minha história é um cavaleiro que precisa enfrentar um dragão, mas ele não sabe como enfrentar esse dragão. Ele pede ajuda na vila, para as pessoas e logo vai recebendo uns conselhos. Um belo dia ele se sente preparado e vai até o castelo conseguindo vencer o dragão.”

O paciente lê a história em grupo e o clínico indaga: “Qual será o dragão que você precisa vencer? Quem são as pessoas dessa história?”

Marcos: “Eu acho que o dragão que preciso vencer é o meu uso das drogas e as pessoas são as que eu convivo aqui todo dia. Eu sempre peço ajuda para eles, conselhos. Acho que por isso que gosto deste lugar, é meio que protegido.”

Percebe-se que o convite para que escrevessem livremente trouxe uma demanda que foi formulada e compreendida somente após a conclusão da escrita. Novamente, o dispositivo cumpriu um papel importante na formulação da demanda. Ao contar a história, Carolina formulou essa demanda e conseguiu associá-la ao seu próprio uso da substância, reconhecendo-a como mais um caminho para a destrutividade. Mais tarde, o grupo refletiu sobre a destrutividade e a agressividade também ligadas ao uso. O interessante nesse caso é como a demanda formulada individualmente passa a ser significada coletivamente, de forma intersubjetiva.

É importante destacar que a clínica do sensível está ligada à produção de sentidos subjetivos por meio dos dispositivos desenvolvidos (Kupermann, 2008a). Nos encontros do ateliê de escrita, cria-se um ambiente propício para comparecer novas sensações e afetos, e suas

expressões geram novos modos de subjetivação. Os dispositivos se articulam com essa clínica do sensível ao valorizar os espaços criativos, sobretudo pela ênfase no desenvolvimento da capacidade criativa. Para Kupermann (2008b), é necessário que o clínico se coloque em sintonia com o paciente nos níveis da simpatia, empatia e identificação. Essa sintonia é fundamental na clínica do sensível e transcende as palavras e as interpretações clássicas.

Na toxicomania, há uma descarga pulsional no corpo que, muitas vezes, não possui um sentido consciente (embora inconscientemente possa ter). Especificamente, a intoxicação pode ser uma tentativa de se afastar da elaboração simbólica, buscando proteção contra a angústia e a depressão. O objetivo do trabalho com esse público, por meio da criação de um dispositivo de escrita, é permitir a simbolização. No caso do ateliê de escrita, a narrativa e a linguagem visam fazer com que conteúdos além das drogas se manifestem e adquiram centralidade na vida das pessoas.

Destaco um conteúdo abordado no grupo de escrita, em que a tarefa deles era criar uma narrativa ambientada em um país estrangeiro, inspirados nos trabalhos de Brun (2018). A partir da história escrita por Geovana, a usuária começa a entrar em contato com suas angústias já na primeira sessão, como observado no relato do diário de campo:

Geovana: “Neste país não há mal algum, as pessoas são boas umas com as outras e tudo é devidamente divido e compartilhado. É um país bastante florido com muitas cachoeiras e trilhas para se aventurar.”

Pesquisador: “É mesmo? A que este país te remete?”

Geovana: “Acredito que remete muito à minha infância, acho que naquela época eu não via maldade nas pessoas e eu costumava fazer trilha com a minha mãe. Na verdade, eu fui escrever um país estrangeiro, mas acabei escrevendo um pouco de como era minha vida.”

Pesquisador: “Você acha que a vida era mais fácil?”

Geovana: “Eu acho que eu não via maldade em ninguém e me sentia mais protegida. Às vezes hoje me sinto meio jogada na vida.”

Perceba que, por meio da escrita, a usuária pode se projetar mais livremente e, aos poucos, ao ler e refletir sobre o texto escrito, ela vai delimitando um sentimento de nostalgia e saudade da infância e de sua mãe. Outra angústia marcada na fala da usuária refere-se a um certo desamparo e, diante disso, surge a vontade de regressão à infância.

Ainda seguindo o diário clínico, na quarta sessão, os usuários foram convidados a escrever livremente a partir da apresentação de uma prancha em branco. Eis que, nesta escrita, aparecem as sensações corporais de Fábio, presentes em seu texto:

“Acordo de manhã e sinto minha boca seca, um mal-estar, dor de cabeça e o corpo derretendo e já penso onde é que vou achar bebida. Levanto e sinto as articulações doendo, uma vontade de gritar sem grito.”

Novamente, esse relato corrobora os achados de Brun (2018), que descreve que, em usuários toxicômanos, o conteúdo de angústia corporal é frequente. Após a leitura do que Fábio escreveu coletivamente, o usuário é indagado.

Pesquisador: “Você sente primeiro o corpo e depois pensa no álcool?”

Fábio: “Isso, primeiro fico mal, e depois vem a vontade de beber. Acho que é o corpo falando.”

O usuário, ao escrever a história de maneira livre, fala dessa angústia corporal que surge e depois é racionalizada como ações. De fato, o grupo para toxicômanos possibilita muitas formas de contato com o sentir corporal ou emocional. Zimerman (1999) problematiza os ganhos da psicanálise ao desenvolver com o paciente a capacidade de refletir, sobretudo sobre suas

experiências emocionais. Isso se contrapõe a patologias em que o agir se manifesta como um dos destinos da pulsão. No caso de Fábio, observa-se que ele está em uma atuação (*acting*), e o grupo pode ser um espaço para que ele entre em contato com o sentir e desenvolva um processamento das emoções que iniba a atuação (*acting*).

É importante observar que, mesmo entre os usuários toxicômanos, o grupo desempenha funções diferentes: com Carolina, o grupo ajudou a dar maior inteligibilidade na formulação da demanda; com Geovana, o contato com a angústia depressiva se manifestou através da escrita de uma história que, inconscientemente, falava da saudade da mãe e da magia de sua infância, talvez pela sua inocência. Por fim, Fábio teve a oportunidade de falar sobre sua atuação matinal em relação a uma angústia corporal, que culminava na intoxicação. Precisamente, é essa função reflexiva, tanto coletiva quanto individual, que o grupo se propôs a realizar por meio da escrita.

6.2.4 O Contato com o Sentir Corporal

Segundo Santiago (2001), a droga representa para o toxicômano uma saída que o fixa na autossuficiência pelo gozo do corpo, estabelecendo o que é chamado de parceria cínica com a satisfação tóxica. Além disso, Santiago (2001) aponta que o sintoma da relação desregrada do toxicômano com a droga se diferencia das manifestações sintomáticas de outras estruturas (fóbica, histérica, obsessiva etc.), pois aparece como algo indecifrável e ininterpretável pela via do inconsciente estruturado como linguagem. Dessa forma, a partir das oficinas de escrita, emergiriam outras formas de acesso ao inconsciente, não necessariamente pela linguagem, mas também pelo sentir. Os usuários frequentemente narravam suas sensações e tinham *insights* e percepções a partir dessas sensações relacionadas às histórias escritas.

Os trabalhos de Brun (2018) mostram a angústia corporal presente em usuários com problemas relacionados ao álcool quando é realizado um ateliê de escrita. Em diversos momentos de múltiplas sessões do nosso grupo de mediação pela escrita, esse tipo de angústia se manifesta. Sobretudo em uma sessão de escrita livre, como observado no relato clínico da quarta sessão:

Escrita do paciente Fernando:

“Sinto meu corpo derretendo logo de manhã e penso na substância, somente ela pode tirar do meu peito a angústia que sinto. Acordo todos os dias e já penso como posso conseguir algo que me tire esse mal-estar. Queria poder fazer diferente, mas é difícil.”

Escrita da paciente Geovana: “Às vezes a angústia surge como um aperto no peito ou uma ansiedade. Ou às vezes só quero relaxar e dar um tempo.”

Escrita do paciente Rogério: “Depois que eu uso é maravilhoso, dá uma leveza e parece que tudo passa. Acho que a vida fica mais leve, pelo menos por um tempo eu consigo parar de pensar em coisas ruins, claro que quando o efeito passa é ruim.”

Percebe-se que são trechos de uma escrita espontânea que trazem consigo angústias corporais. Por isso, a importância do grupo e da escrita como um espaço de mediação para a manifestação e o contato com esse tipo de angústia é fundamental. A experiência de propiciar a escrita com esses usuários, segundo Brun (2018), reativa e permite a metaforização de experiências e tensões corporais até então sem forma, constituindo uma modalidade original de tratamento para questões corporais e atos que são centrais nas patologias narcisistas de identidade. O trabalho de escrever, dentro de um dispositivo de grupo, realmente reage a experiências sensório-perceptuais e motoras não simbolizadas e as chama, de alguma forma, à figuração, apoiando-se no inconsciente de grupo, conforme as características específicas de cada

patologia. Segundo Roussillon (2012b), precisamente essa função é importante no tratamento de patologias limites, pois o clínico pode oferecer dispositivos atratores para tornar o material inconsciente hipercomplexo, isto é, multideterminado psiquicamente, em algo mais compreensível dentro de um sentido construído pelo paciente.

Uma escrita grupal terapêutica, conforme a formulação de Cadoux (2004), pode ser definida como a transmutação do corpo em palavras, ou seja, a metabolização de experiências corporais em imagens e palavras. A oficina de escrita terapêutica é um espaço onde emerge uma escrita do corpo, com os corpos narrados nos textos, independentemente das diferenças temáticas abordadas (Cadoux, 2004). De modo geral, o papel primordial desempenhado pelo corpo na escrita específica a obra literária, composta a partir da projeção das sensações corporais do autor, formando “o corpo da obra”, como escreve Anzieu (1981, p. 17). No entanto, diferentemente de uma atividade de escrita individual, a oficina de escrita terapêutica representa um verdadeiro modo de tratamento de problemas corporais por meio da implementação da fantasia inconsciente do grupo, que informa os textos escritos por cada usuário.

Segundo Anzieu (1981, p. 17), o processo de criação inaugura um “transe corporal”, a partir do qual o usuário de saúde mental que escreve toma consciência dos representantes psíquicos inconscientes, vinculados à sensação, ao afeto ou à imagem motora, estabelecendo, portanto, uma conexão com a realidade somatopsíquica. Anzieu (1981), Freud (1905/1996g) e Winnicott (1971) consideraram a criação artística como uma manifestação desse vínculo primitivo entre o corpo e o processo de simbolização, baseando-se em Freud (1905/1996g), que definiu a origem da vida psíquica como um chamado à figuração do corporal. Nessa perspectiva, a confrontação entre a criação artística e a clínica psicanalítica oferece uma nova compreensão sobre a construção do aparelho psíquico, partindo das primeiras experiências sensório-motoras,

antes da transição para os registros fantasmáticos e verbais (Ledoux, 1992). Dessa forma, é possível aproximar os processos criativos presentes tanto na criação artística quanto na cura analítica. É justamente essa evidência do papel do corpo na criação que permite articular arte e mediações terapêuticas.

Para Lacan (1975, p. 25), “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer”. Dessa forma, todas essas sensações trazidas parecem também ser um tipo de registro de algo inconsciente ainda não acessível enquanto linguagem (simbólico), recorrendo, assim, ao sensorial. Isso dialoga com a hipótese apresentada por Olivenstein (1991), na qual o toxicômano estaria fixado em uma fase oral do desenvolvimento psicossocial e as angústias estariam ligadas ao sentir em uma fase pré-linguística. Por esse motivo, a instrução trazida na oficina refere-se a tentar acessar esse sentir e trazer esse conteúdo do inconsciente para uma linguagem escrita.

No contexto do problema da adicção, segundo Brun (2018), o trabalho de escrita em grupo será especialmente focado na representação de experiências corporais primitivas não simbolizadas, bem como nas alterações dos recipientes psíquicos. Diante desse tipo de angústia, o grupo iniciou uma dinâmica de restauração dos envelopes psíquicos individuais e coletivos. No relato clínico, observamos isso no feedback da sexta sessão:

Pesquisador: “Como está sendo fazer parte deste grupo?”

Geovana: “Acredito que esse grupo faz eu poder falar de coisas que estavam guardadas a muito tempo, uma espécie de proteção.”

Rogério: “É uma base né. O grupo tem feito eu pensar em coisas que não pensava antes, aqui um ajuda o outro.”

Fernando: “Depois do grupo saio com a sensação de dever cumprido. É difícil escrever, mas no final compensa, acho que é igual quando vamos na academia.”

É possível indagar como esse processo de restauração do envelope psíquico é feito? Em geral, a sensorialidade provida pelos meios maleáveis desencadeia um processo de reativação de experiências somato-psíquicas impensáveis, muitas vezes ligadas a angústias primitivas. Essas experiências são vivenciadas pelo paciente na forma de uma experiência sensorial, que encontra eco na manipulação do “meio maleável”. Assim, como aponta Winnicott (1971), experiências subjetivas primitivas, nunca integradas e relativas a estados e sensações corporais, são reativadas de forma sensível pelo encontro com o meio maleável. Esse meio, que designa tanto o material sensível quanto o clínico, permite transformar essas experiências em mensagens significativas através da escrita, que possui valor expressivo e até mesmo narrativo. Trata-se, portanto, de dar sentido, no âmbito terapêutico, a esta linguagem da ação e do corpo, referindo-se a experiências arcaicas que não poderiam ser traduzidas em linguagem verbal. Nas mediações terapêuticas, cabe questionar o papel desempenhado pelo alucinatório, pelo corpo e pelas vivências sensório-motoras no acesso aos processos de simbolização.

Encontramos no relato clínico da oitava sessão elementos para pensar essa questão. Foi solicitado que os usuários escrevessem uma história que envolvesse restauração e/ou reparação. Quem era o personagem? O que ele sentiu? Como foi a história? Alguns textos foram produzidos, e alguns trechos são explorados logo abaixo:

Geovana: “João Vitor era um menino muito arteiro e adorava jogar bola dentro de casa.

Um certo dia ele quebrou o vaso predileto da mãe e ficou com muito medo. O resultado não poderia ser outro: sua mãe bateu na cabeça dele. Depois desse dia João Vitor não sente vontade mais de jogar e logo sua mãe sente muita culpa. A tristeza do menino era arrebatadora, ele não queria fazer mais nada e era trágado para horas assistindo a tv.

Então a mãe chama o menino para conversar e juntos se perdoam. João Vitor volta a brincar.”

Fernando: “Algo foi quebrado dentro da Fernanda. Ela sente uma angústia que sobre no peito, uma dor que passeia pelo corpo e tira toda sua vontade de viver. O corpo apresenta um formigamento e um anestesiamento como se algo estivesse morto nela e ela nem sabe o porquê. Então pouco a pouco ela vai achando um sentido, achando pessoas que a entendem e que a apoiam. Um dia ela acorda bem e ela nem sabe o que aconteceu dentro dela. Afinal a paz.”

Carolina: “Era uma vez um homem que saiu de dentro de uma bolha, essa bolha o protegia de todo o mal. Certa vez ele saiu dessa bolha e se machucou muito, como uma grande queda. A queda o quebrou em pedacinhos bem pequeninhos, mas pouco a pouco ele vai se reerguendo e colando esses pedaços. Talvez sua vida nunca seja igual como era dentro da bolha, mas possa a ser boa também.”

A capacidade de restauração desses usuários passa muito pelo sentir, por sensações corporais, não necessariamente sentimentos como ódio ou raiva, mas sensações corporais muitas vezes descritas nas cinestesias, como “quebra”, “formigamento” e “anestesiamento”. É interessante a função do grupo, que pode associar essas sensações e pensar na restauração e continência associadas. A história de Carolina fala um pouco disso, a transição de uma infância idealizada para um contato com a realidade e a quebra. Logo, a droga entrou na sua vida como uma maneira de atingir o estado bolha anterior. No entanto, ela parece ter esperança no final em abrir mão dessa realidade idealizada e aprender a viver com suas cicatrizes. Perceba que as palavras “queda”, “quebrar em pedacinhos” e “colando” remetem a algo físico e corporal.

Em síntese, o grupo de ateliê de escrita desenvolvido nesta tese propiciou de fato diversas funções para os usuários de saúde mental, tais como: o desenvolvimento da função imaginativa, o contato com a angústia corporal, a promoção de novos processos de simbolização e a possibilidade de continência e restauração psíquica. Por fim, é importante ressaltar que o ateliê de escrita opera em processos de simbolização primária, ou seja, transforma experiências sensoriais em conteúdo do inconsciente e não dispensa a análise tradicional, que estaria interessada em processos de simbolização secundária (conteúdo do inconsciente em representação palavra). Assim, a recomendação para este tipo de clínica, segundo Brun (2018), é que ambas as abordagens possam acontecer simultaneamente ou que o grupo reflexivo transicional funcione como uma preparação para espaços de simbolização secundária.

Considerações Finais

Nesta parte do trabalho, pretende-se fazer uma síntese dos achados referentes aos resultados e à discussão, dialogando com o referencial teórico desta tese. Também se busca fazer considerações e problematizações autorais, inclusive apontando limitações e quais caminhos futuras pesquisas nessa área podem seguir.

O trabalho em saúde mental, sobretudo no SUS, exige pluralidade e multidisciplinaridade. Entendo que uma pluralidade de saberes no SUS faz com que o princípio da integralidade no cuidado seja atingido mais satisfatoriamente. O princípio da integralidade (Brasil, 1990a) estabelece que as pessoas atendidas no SUS precisam ser vistas como um todo, e que as ações no âmbito dos cuidados precisam responder às necessidades dos pacientes. Nesse sentido, é pertinente melhorarmos os dispositivos clínicos para pessoas com sofrimento psíquico grave e problemas com álcool e outras drogas, especialmente quando existe uma diversidade de tratamentos para essas pessoas que, muitas vezes, são baseados em fé e trabalho de semisserviço financiados com recursos públicos. Os dispositivos que têm como enfoque a mediação através de meios maleáveis são fundamentais na clínica com pacientes limítrofes, com problemáticas narcísicas identitárias e toxicômanos ou adictos, por permitirem outras formas de simbolização.

Uma preocupação que esta tese traz é que, no Brasil, o tratamento para pessoas com sofrimento psíquico associado ao uso de álcool e outras drogas é realizado, muitas vezes, em CTs, que estão frequentemente ligadas à violação de direitos humanos, incluindo trabalho escravo e imposição de religião (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Na França, a problemática está relacionada ao fato de o hospital psiquiátrico ser o principal recurso. Novamente, dois modelos em dois países distintos onde as instituições manicomiais estão no

centro do tratamento. Por isso, a importância desta tese em refletir sobre novos recursos para o tratamento da toxicomania, bem como apontar caminhos dentro de uma clínica psicossocial e pertencente ao campo da saúde mental. Mais do que isso, a tese convida a problematizar o fato de que, por um lado, o Brasil avançou em sua Reforma Psiquiátrica ao fechar os hospitais psiquiátricos por todo o país; por outro, proliferaram CTs que funcionam dentro da lógica manicomial e reproduzem essa lógica vivida em Barbacena e outros campos de concentração espalhados no século passado. É de extrema urgência a necessidade de uma revisão das políticas de saúde mental para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, feita com base na clínica psicossocial e no fortalecimento das RAPS.

No caso das pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, o tratamento hoje em dia, tanto no Brasil quanto na França, tende, frequentemente, a desvalorizar o entendimento da dinâmica desses usuários, sem compreender que o toxicômano possui uma dinâmica associada à dependência de objeto, sendo diferente de uma pessoa depressiva que usa uma droga para lidar com esse tipo de angústia. A falta de conhecimento faz com que o tratamento não seja individualizado, desrespeitando a complexidade de cada caso. Na França, principalmente, o tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias ainda está associado a um tecnicismo que aplica apenas os princípios da redução de danos e, muitas vezes, quem atua não são profissionais da saúde, mas da educação.

O que esta tese provoca é a necessidade de recuperarmos o entendimento dinâmico dos casos para adequar o dispositivo clínico e, assim, cumprir um projeto terapêutico singularizado. A recuperação da psicanálise, enquanto campo de saber para dar inteligibilidade aos casos e ao tratamento, não implica o abandono de outros saberes, até mesmo paradigmaticamente diferentes (como o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental, por exemplo). Percebe-se que, devido ao

desconhecimento da dinâmica do toxicômano, não há como distinguir entre um toxicômano e uma pessoa com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. O que se sugere nesta tese é que, primeiramente, os CAPS AD ou os serviços de saúde mental que atendem esse público promovam essa problematização e reconheçam a necessidade de um diagnóstico adequado a partir de uma avaliação psicológica aprofundada. Para isso, é possível que, na própria construção dos casos, geralmente realizada nas reuniões de equipe, seja feita uma análise dos aspectos dinâmicos dos usuários. Será necessário, portanto, que a equipe receba treinamento sobre conceitos básicos de psicanálise e da clínica do toxicômano. Isso não significa que todos os membros de uma equipe de saúde mental precisem se tornar psicanalistas, mas noções gerais sobre esse tipo de funcionamento e as vicissitudes do tratamento são essenciais.

Além disso, é necessário entender que, na saúde pública, a alta demanda em saúde mental faz com que as abordagens em grupo ocupem um espaço importante. Os atendimentos em grupo conseguem atender um maior número de usuários de saúde mental e podem desenvolver competências que dificilmente seriam possíveis em abordagens individuais (como a própria competência da sociabilidade, que é importantíssima no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave). O desenvolvimento de competências, no entanto, não é a única vantagem que esse tipo de tratamento oferece. Os dispositivos reflexivos transicionais em grupo permitem outro tipo de simbolização (chamada simbolização primária), que o método tradicional (associação livre) não permite. Obviamente, um espaço de simbolização primária não exclui outro momento de simbolização secundária, sendo ambas modalidades complementares de tratamento.

Outra problematização que a tese aponta refere-se à institucionalização dentro de um CAPS, algo já destacado por Bonaldo (2020). O que foi observado é que o próprio espaço do

CAPS AD pesquisado já se assemelhava a um hospital ou uma unidade de saúde (em contraposição a outros CAPS que adotam o formato de uma casa como forma de se opor ao manicômio). Além disso, outros aspectos foram observados que dialogam com uma lógica manicomial: as grades protegendo os vidros, o segurança recepcionando os pacientes, a falta de revisão frequente do PTS, muitas oficinas dentro do CAPS AD e encaminhamentos para serviços manicomiais (como as CTs). Todos esses indícios são resquícios de um processo de institucionalização e precarização do CAPS AD estudado. No entanto, esta tese não sugere que o CAPS AD equivale aos hospitais psiquiátricos e, portanto, não nega a importância do CAPS AD enquanto dispositivo da RAPS. O CAPS AD também contava com dispositivos contra a institucionalização: oficinas, reuniões de equipes multidisciplinares, assembleias, estudo de caso por parte da equipe e profissionais comprometidos com a desinstitucionalização.

Considerando o CAPS AD pesquisado faz-se algumas recomendações para que o serviço possa melhorar enquanto serviço de saúde e funcionar fora da lógica manicomial. As recomendações são:

- 1. Evitar a lógica manicomial:** É fundamental que o CAPS AD reforce sua atuação fora de um modelo de tratamento manicomial, promovendo um cuidado em saúde mental que priorize a autonomia do usuário e a redução de intervenções coercitivas.
- 2. Primeiro contato do usuário:** É importante que os profissionais de saúde sejam responsáveis pelo primeiro contato com o usuário no momento de sua entrada no CAPS AD. Dessa forma, privilegia-se uma transferência com a instituição mais acolhedora, evitando possíveis tensões que podem ocorrer quando o primeiro contato é feito por seguranças, dado que muitas pessoas em situação de rua têm uma representação social negativa desses agentes.

3. **Não encaminhamento para CTs:** Embora os profissionais muitas vezes enfrentem dificuldades devido à precariedade da RAPS e da rede de saúde do DF, é importante evitar o encaminhamento para CTs. Isso porque, ao fazê-lo, o CAPS AD acaba por contribuir com o financiamento público de serviços que operam sob uma lógica manicomial.
4. **Desenvolvimento de dispositivos subjetivantes:** Recomenda-se o desenvolvimento de dispositivos subjetivantes que permitam ao usuário alcançar processos de simbolização não possíveis na clínica tradicional, promovendo um cuidado mais singular e personalizado.
5. **Revisão frequente do PTS:** O prontuário do usuário precisa ir além do simples registro de atividades. É imprescindível que ele reflita o projeto de vida daquela pessoa, e que se estabeleça um tempo determinado para a construção e avaliação contínua desse projeto.
6. **Mudança na estrutura física do CAPS AD:** Sugere-se a retirada das grades e a possível busca de envolvimento dos usuários na estilização do espaço, transformando-o em um ambiente mais acolhedor, parecido com uma casa, em vez de um ambiente com aparência hospitalar.

Sobre os dispositivos presentes no CAPS AD, vê-se que muitos deles são dispositivos artísticos e sociais, imprescindíveis para a clínica psicossocial. No entanto, o CAPS AD carece de dispositivos subjetivantes, isto é, que propiciem aos usuários novas formas de simbolização/elaboração. Novamente, os dispositivos precisam ser ajustados aos usuários, buscando algum tipo de significação que tenha relevância. Exatamente por esse motivo, é tão importante a pesquisa clínica em psicologia, para que se possa aprimorar os cuidados com os

usuários de saúde mental. O que se buscou nesta tese foi, precisamente, construir dois novos dispositivos em grupos reflexivos transicionais para usuários adictos.

O grupo reflexivo transicional realizado no CAPS AD aponta uma direção de como o tratamento de toxicômanos e pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas pode ser delineado. Neste caso, o clínico será o meio maleável que propiciará novas simbolizações, respeitando a subjetividade de cada paciente. As posturas de *holding*, confronto e ausência se mostraram importantes na clínica, onde dinamicamente existe uma dependência de objeto. O *holding* convida o usuário a criar uma dependência e uma transferência positiva com o grupo, a interpelação remove o excesso de *holding* e previne contra uma simbiose com o grupo e, por fim, a postura de ausência é um convite para que o usuário consiga se ligar, libidinalmente, a outros objetos. Outra experiência apresentada na tese foi o dispositivo de escrita desenvolvido na França; esse dispositivo ajudou os usuários, por meio da linguagem escrita, a desenvolver aspectos imaginativos, entrar em contato com o sentir e com angústias corporais, além de simbolizar essas pulsões de outra forma. Sendo assim, essa tese aponta de que forma grupos reflexivos transicionais podem ocorrer em um CAPS AD. Além disso, mostra como organizar o grupo de modo que o próprio clínico seja o meio maleável ou, por intermédio da escrita, atue como meio maleável.

Um ponto importante discutido nesta tese refere-se à função da imaginação e da criatividade no tratamento da toxicomania. Os usuários do *Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)* na França, em Dijon que participaram do ateliê de escrita apresentaram dificuldade em fantasiar e, sobretudo, em colocar isso no papel. O grupo de escrita foi, pouco a pouco, permitindo que a função fantasia inibida encontrasse um novo caminho para o desenvolvimento. Como efeito, o consumo diminuiu à medida que essa função se

desenvivia, e os usuários passaram a refletir mais sobre si mesmos. Este é um dado interessante: sem a função imaginativa, os relatos dos usuários indicam que, muitas vezes, eles reagiam apenas às pulsões do momento presente, isto é, respondiam a uma vontade de usar a substância no aqui e agora, sem conseguir vislumbrar as consequências associadas ao uso. Outro ponto importante que o ateliê de escrita propiciou foi o contato com a angústia corporal, bem como a sua restauração. A literatura em psicanálise (Brun et al., 2013) já apontava a necessidade de levar em consideração esse aspecto no tratamento de pessoas com problemas relacionados ao álcool. Esta tese inova ao mostrar que usuários com problemas relacionados a outras drogas, além do álcool, também apresentam uma angústia corporal que precisa ser problematizada ao se propor um tratamento para esse público. Novamente, ao permitir a escrita livre e sugerir certas situações, possibilitou que esses usuários falassem dessas angústias corporais, bem como apresentassem sessões de escrita sobre restauração e limites corporais.

A escrita terapêutica ofereceu aos usuários uma nova forma de expressão e elaboração por meio de metáforas. A capacidade de construir metáforas permitiu que esses indivíduos transformassem as sensações corporais em imagens simbólicas, o que representou um avanço importante no desenvolvimento da função imaginativa. Como observa Santiago (2001), a toxicomania é marcada por uma "parceria cínica" com a satisfação tóxica, e o grupo de escrita se mostrou eficaz em interromper esse ciclo de autossuficiência e isolamento, ao oferecer um espaço para que o corpo pudesse ser traduzido em palavras e imagens. A capacidade de restauração observada nos usuários está intimamente ligada ao sentir corporal, o que foi demonstrado nas produções textuais e nas trocas realizadas durante o grupo. Esses relatos trouxeram termos como "quebrar", "formigamento" e "anestesiamento" para expressar estados corporais, dando-lhes forma e sentido por meio da escrita. Brun (2018) já havia apontado a

importância de integrar o corpo e o sentir na abordagem de patologias narcisistas-identitárias, mas esta tese inova ao mostrar que a restauração não ocorre apenas no nível simbólico, mas também através do contato direto com a angústia corporal. Essa prática de escrita terapêutica emergiu, assim, como uma modalidade de tratamento que permite a integração das tensões corporais, algo essencial para toxicômanos que vivenciam, predominantemente, uma relação corporal e sensorial com o objeto droga.

No grupo, o espaço de criação possibilitou que a função fantasia se desenvolvesse, o que representa uma conquista significativa. Ao abordar experiências sensoriais e narrativas de transformação, os participantes encontraram um meio de experimentar e expressar suas angústias por meio de metáforas e personagens. A capacidade de fantasiar, antes inibida ou limitada, começou a surgir de forma mais estruturada, revelando que a função imaginativa pode ser restaurada e desenvolvida mesmo em casos de toxicomania. Assim, o dispositivo de escrita se coloca como um meio para trabalhar com essas angústias sensoriais que, segundo Lacan (1975), são expressões das pulsões e podem ser o "eco de um dizer no corpo".

Além disso, o grupo desempenhou um papel crucial como meio de continência, atuando como um "envelope psíquico" onde as angústias corporais dos usuários puderam ser expressas, reconhecidas e até transformadas. Como sugerido por Anzieu (1981), esse "corpo da obra" literária que emerge nas oficinas de escrita é um espaço onde as sensações físicas e psíquicas são integradas, permitindo uma expressão da realidade somatopsíquica. Isso dialoga com a importância da função do clínico como um mediador de experiências sensoriais e um facilitador da expressão dessas angústias através de metáforas e da narrativa.

A função do clínico no grupo também foi essencial e merece destaque. O clínico assumiu o papel de meio maleável, oferecendo um ambiente de holding, o que foi essencial para que os

usuários desenvolvessem a função imaginativa e a capacidade de simbolizar suas experiências sensoriais e emocionais. Assim, a transferência no grupo se configura como um espaço de acolhimento, onde o analista sustenta e confronta o paciente, ajudando-o a reconhecer e lidar com seus conteúdos psíquicos de forma segura. O grupo, portanto, não apenas permite o desenvolvimento da função imaginativa, mas também promove uma relação transferencial com o clínico e com os outros membros, o que fortalece o processo de simbolização e recuperação da capacidade de sentir e elaborar.

A observação desses fenômenos grupais reforça a necessidade de dispositivos reflexivos que promovam tanto a simbolização primária quanto a secundária. Conforme Roussillon (2012b), dispositivos como o grupo de escrita tornam possível tornar compreensível o material inconsciente hipercomplexo, multideterminado psiquicamente, através da criação de significados construídos pelo próprio paciente. Este processo de reconstituição das representações psíquicas permite que o usuário ressignifique sua relação com o objeto droga, ao mesmo tempo que abre novas possibilidades de conexão com a realidade interna e externa.

Por fim, deixo aqui uma sugestão para futuras pesquisas voltadas ao desenvolvimento de novos dispositivos em grupo no SUS, que se adequem à realidade de cada paciente, como na clínica artesanal feita sob medida, tais como a pesquisa desta tese e as de Carvalho Júnior e Amparo (2022) e Matos e Neves (2011). Também proponho que novas pesquisas com dispositivos no CAPS AD possam trazer novos dispositivos a serem desenvolvidos para cada clínica (perversão, psicose, escarificação, etc.) e para o tratamento da toxicomania, bem como explorar a replicabilidade dos dispositivos apresentados nesta tese.

Referência

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309–2319.
- Amarante, P., & Torres, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: Análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26–34.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. ed.). American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1972). Le moniteur et la fonction interprétant. In D. Anzieu, A. Bejarano, R. Kaes, A. Missenard, & J. B. Pontalis (Orgs.), *Le travail Psychanalytique dans les groupes* (pp. 20–30). Dunod.
- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Dunod.
- Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'oeuvre*. Dunod.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro* (5. ed.). Intrínseca.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1998). Ethnography and participant observation. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 40–55). Sage.
- Azevedo, L. F. (2024, 26 de abril). Governo Federal decide cortar verbas de comunidades terapêuticas para dependentes químicos. *O Globo*, 2024.
- <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2024/04/26/governo-federal-decide-cortar-verbas-de-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos.ghtml>

- Azevedo, R. G. de, & Hypolito, L. G. (2023). A política criminal de drogas no Brasil: Um estudo contemporâneo sobre a legislação e seus impactos. *Revista de Ciencias Sociales*, 36(53), 63–88. <https://doi.org/10.26489/rvs.v36i53.3>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Edições 70.
(Original publicada em 1977)
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Graal.
- Bastos, A. D. A., & Ferreira, A. P. (2012). *Psicanálise e toxicomania: Desafios na assistência pública*. Juruá.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1983). *A construção social da realidade*. Vozes.
- Bergeron, H. (1999). *L'État et la toxicomanie: Histoire d'une singularité française*. PUF.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. William Heinemann.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. Karnac.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Tavistock.
- Bion, W. R. (1976). *Evidence: Clinical seminars and four papers*. Karnac.
- Bion, W. R. (1992). *A mente em desenvolvimento*. Imago.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados* (3. ed.). Imago.
- Bollas, C. (2009). *A questão infinita*. Artmed.
- Bonaldo, P. M. (2020). *As novas formas da institucionalização e as iniciativas para uma prática diferenciada em saúde mental: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Centro Universitário de Brasília, Brasília].
- Brasil, K., Pedroza, R., Amparo, D. M., & Gusmão, M. (2016). O álcool na escola: Uma expressão do mal-estar adolescente no espaço grupal. In K. Brasil & D. Drieu (Orgs.),

Mediação, simbolização e espaço grupal: Propostas de intervenções com adolescentes vulneráveis (1. ed.; pp. 13–32). Unesco/Liber.

Brasil. (1921a). *Decreto nº. 4.294, de 6 de julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; [...]. Diário Oficial da União.

Brasil. (1921b). *Decreto nº. 14.969, de 3 de setembro de 1921*. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Diário Oficial da União.

Brasil. (1990a). *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Brasil. (1990b). *Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. (1990c). *Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diário Oficial da União.

Brasil. (1995). *Lei nº. 975, de 12 de dezembro de 1995*. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União.

<http://www.mpdft.mp.br/saude/images/legislacao/LEI-DF-1995-975.pdf>

Brasil. (2001). *Lei nº. 10.2016, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.

Brasil. (2002). *Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. OPAS.

Brasil. (2006). *Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas [...]. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm

Brasil. (2007a). *Documento base* (4. ed.). Ministério da Saúde.

Brasil. (2007b). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2. ed.). Ministério da Saúde. (Série B - Textos Básicos de Saúde)

Brasil. (2011). *Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. (2012). *Portaria nº. 121 de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

- Brasil. (2014). *Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base* (4. ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação de Acesso* (2. ed.). Diário Oficial da União.
- Brasil. (2017). *Portaria nº. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Diário Oficial da União.
- http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/17791399
- Brasil. (2023). *Proposta de Emenda à Constituição nº. 45, de 2023*. Altera o art. 5º da Constituição Federal, para prever como mandado de criminalização a posse e o porte de entorpecentes e drogas afins sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/160011>
- Britten, N. (1995). Qualitative research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*, 311(6999), 251–253. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.251>
- Brun, A. (2010). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Dunod.
- Brun, A. (2014a). Introduction. In A. Brun & R. Roussillon (Orgs.), *Formes primaires de symbolization* (pp. 132–155). Dunod.
- Brun, A. (2014b). De la sensori-motricité à la symbolization dans le mediations thérapeutique pour enfants psychotiques. In A. Brun & R. Roussillon (Orgs.), *Formes primaires de symbolization* (pp. 177–192). Dunod.
- Brun, A. (2017). Archaïque, sensorialité et processus créateur. In J. Bouhsira & S. Missonnier (Eds.), *L'originale et l'archaïque* (pp. 165–179). PUF.

- Brun, A. (2018). A escuta das formas primárias de simbolização no trabalho analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 52(2), 35–53.
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Cadoux, B. (2004). *Écritures de la psychose*. Aubier-Montaigne.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: Application and perspectives. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- Carvalho Júnior, A. C. N. (2019). *Psicose, corpo e capoeira: Um estudo teórico-clínico* [Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília].
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/37329>
- Carvalho Júnior, A. C. N. de, Amparo, D. M. do, & Nogueira, R. N. (2019). O grupo de escuta como um dispositivo clínico em um centro de atenção psicossocial (CAPS II). *Psicologia Clínica*, 31(1), 123–143. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A06>
- Carvalho Júnior, A. C. N., Amparo, D. M., & Bonaldo, P. M. (2024). Os dispositivos dos CAPS na clínica da psicose: Especificidades do enquadre e construção de um meio maleável. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, 13, e714.
- Carvalho Júnior, A. C., & Amparo, D. M. do. (2022). O dispositivo da capoeira na clínica da psicose em um centro de atenção psicossocial (CAPS II). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 14(40), 121–144.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80388>
- Carvalho, D. B. B. (Coord.). (2007). *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007: Relatório*. Secretaria Nacional Antidrogas.

Carvalho, M., & Maia, J. (2022). *Saúde Mental do DF em dados: Relatório*.

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>

Castagné, M. (2006). Communauté thérapeutique: Quelle réponse française? *Psychotropes*, 12(3), 71–79.

Castanho, P. de C. G. (2018). *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. Linear A-barca.

Centro de Acolhimento Tivoli Sedap. (2022, maio). <https://annuaire.actionsociale.org/?p=csst-centre-d-accueil-tivoli-sedap210982302&details=caracteristiques#description>

Chabert, C., Ciavaldini, A., Jeammet, P., & Schenckery, S. *Actes et dépendances*. Dunod.

Chagnon, J-Y., & Marty, F. (2010). Cliniques de l'extrême: The psychoanalyst at the border *Perspectives Psy*, 49(4), 275–279. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494280>

Coelho Junior, N. E. (2013). Psicanálise ou psicoterapia? Delineamentos para um debate contemporâneo. In L. C. Figueiredo, B. B. Savietto & O. Souza (Orgs.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (Vol. 1; pp. 95–106). Escuta.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas* (2. ed.). Conselho Federal de Psicologia.

www.pol.org.br/pol/export/sites/default/nspec%C3%A3osacoes/publicacoesDocumentos/2a_Ed%C3%ADnpec%C3%A3otorio_inspecao_VERS%C3%A3O_FINAL.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades*

Terapêuticas 2017. Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2023). *Nota Técnica CFP nº. 1/2023*. Visa a orientar psicólogas

e psicólogos sobre a prática da constelação familiar, também denominada constelações

familiares sistêmicas. Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Nota-Tecnica_Constelacao-familiar-03-03-23.pdf

Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. (Conad). (2015). *Resolução nº 1, de 19 de agosto*

de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre

Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter

voluntário [...]. <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/421>

Costa, J. F. (2013). A simbolização e a clínica da adicção. In B. B. Savietto, L. C. Figueiredo & O. Souza (Eds.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 85–94). Escuta.

Costes, J.-M. (2013). De la guerre à la drogue à la prévention des addictions: À quand

l'ouverture de l'impossible débat? *Psychotropes*, 19(1), 9–26.

Couteron, J.-P. (2022). Panorama des dispositifs actuels de soins en addictologie. *Psychologues et Psychologies*, 279(3), 6–11.

Denis, P. L. (2009). L'expression latérale du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 73, 649–666.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens*. Artmed.

- Donnet, J. L. (1999). Patients limites, situations limites. In J. André (Ed.), *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* (pp. 123–149). PUF.
- Dugarin, J. (2019). L'addictologie: D'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions historiques de son émergence en France. *Psychotropes*, 25(2), 171–184.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho de morte nas instituições. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon & P. Vidal (Orgs.), *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 12–23). Casa do Psicólogo.
- Estellon, V., & Marty, F. (2012). *Clinique de l'extreme*. Amand Colin.
- Ferenczi, S. (2011a). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas. Psicanálise IV* (pp. 29–42). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928)
- Ferenczi, S. (2011b). Confusão de língua entre os adultos e a criança: A linguagem da ternura e da paixão. In S. Ferenczi, *Obras completas. Psicanálise IV* (pp. 111–135). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933)
- Ferreira, J. R. (1998). Ciências da Saúde: Integração ou isolamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 22(2–3), 05–08. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.2-3-001>
- Figueiredo, L. C (2009). *As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea*. Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13–30. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&tlang=pt
- Figueiredo, L. C. (2012). A clínica psicanalítica e seus vértices: Continência, confronto, ausência. *Revista de Psicanálise SSM*, 5(1), 33–51.

Figueiredo, L. C. (2018). *Escutas em análise. Escutas poéticas. Psicanálise: Caminhos em um mundo em transformação*. Escuta.

Figueiredo, M. D. (2011). *Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS*. Campinas.

Filizola, C. L. A., Perón, C. de J., Nascimento, M. M. A. do., Pavarini, S. C. I., & Petrilli Filho, J. F. (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Escola Anna Nery*, 10(4), 660–670. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400007>

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576.

Foucault, M. (2020). *Microfísica do poder* (15. ed.). Graal.

Freud, S. (1974). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 12; pp. 55–60). Imago. (Obra original publicada em 1911)

Freud, S. (1975). Construções em análise. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 23; pp. 289–304). Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Freud, S. (1976). Psicologia de grupo e análise do ego. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 18; pp. 30–78). Imago. (Trabalho original publicado em 1921)

Freud, S. (1980a). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 12; pp. 191–203). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

- Freud, S. (1980b). Artigos sobre a metapsicologia. O inconsciente. In S. Freud, *Obras completas* (J. Salomão, Trad.; Vol. 14; pp. 90–110). Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1990a). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 16, pp. 287–539). Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1990b). Psicologia das massas e análise do ego. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 18, pp. 89–179). Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996a) Sobre o narcisismo: Uma introdução. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 14; pp. 15–47). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996b). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 21; pp. 67–151). Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996c). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - cartas 55 e 79. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 1; pp. 288–324). Imago. (Texto originalmente publicado em 1897)
- Freud, S. (1996d). O Eu e o Isso. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 19; pp. 71). Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996e). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 18; pp. 17–77). Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

- Freud, S. (1996f). O problema econômico do masoquismo. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 19, pp. 173–188). Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (1996g). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 7; pp. 163–195). Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1997). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 1; pp. 395–506). Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2011). Totem e tabu e outros trabalhos. In S. Freud, *Obras Completas, Volume 11: Totem e Tabu, Contribuição à História do Movimento Psicanalítico e Outros Textos (1912-1914)* (J. Salomão, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913)
- Galván, G. (2012). O conceito de regressão em Freud e Winnicott: Algumas diferenças e suas implicações na compreensão do adoecimento psíquico. *Winnicott e-prints*, 7(2), 38–51. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2012000200003&lng=pt&tlng=pt
- Gimenez, G., & Pinel, J. P. (2013). A proposed method of group observation and note-taking from a psychoanalytical perspective. *Group Analysis*, 46(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/0533316412474924>
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: Superando a clínica da patologia*. Cortez.
- Green, A. (1988). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. Escuta.

- Green, A. (2010). Illusions et désillusions du travail psychanalytique: Odile Jacob. *Estudos Avançados*, 17(49), 197–208. <https://doi.org/10.1590/S0103-4014200300030001>
- Green, A., & Donet, J. C. (1971). *L'enfant de ça*. Minuit.
- Gregório, G. D. S., & Amparo, D. M. do. (2022). Psychoanalytic research in the university: Methodological research strategies. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38, e38414. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38414.en>
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática. In C. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 23–58). Contracapa.
- Gulassa, D. C. R. (2018). O acompanhamento terapêutico como multiplicador de egos auxiliares. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26(1), 76–85. <https://dx.doi.org/10.15329/2318-0498.20180003>
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Kaës R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (1997). *O Grupo e o sujeito do grupo: Elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: A psicanálise a prova do grupo*. Edições Loyola.
- Kaës, R. (2014). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. In A. Brun (Org.), *Les médiations thérapeutiques* (pp. 49–57). Éditions érès.

- Kaës, R., & Anzieu, D. (1979). *Crise rupture et dépassement*. Dunod.
- Kupermann, D. (2008a). *Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2008b). Presença sensível: A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75–96.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006&lng=pt&tlang=pt
- Kyrillos Neto, F. (2003). Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: Reflexões críticas. *Mental*, 1(1), 71–82. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&tlang=pt
- Lacan, J. (1975). *O seminário: Livro 23 - O sinthoma*. Zahar.
- Lacan, J. (1985). *Os complexos familiares na formação do indivíduo, ensaio de análise de uma função em Psicologia*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1938)
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função de eu. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 18–19). JZE.
- Lacerda, C. de B., & Rojas, M. F. (2017). Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: Um estudo de caso. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 363–372.
- <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>
- Lamego, R. G. de J., & Brito, L. C. (2020). Toxicomania: A droga, o sujeito e a psicanálise. *DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, 22(1), 284–298.
- <https://doi.org/10.30715/doxa.v22iesp.1.14134>
- Lancetti, A. (1990). *A clínica peripatética*. Hucitec. (Coleção Loucura Metódica).

- Lancetti, A. (1993). Clínica grupal com psicóticos: A grupalidade que os especialistas não entendem. In A. Lancetti (Org.), *Saúde Loucura, nº 4: Grupos e coletivos* (pp. 155–172). Hucitec.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. Hucitec.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1977). *Vocabulário de psicanálise*. Martins Fontes.
- Leal, E., & Delgado, P. (2007). Clínica e cotidiano: O CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In P. Pinheiro (Org.), *Desinstitucionalização da saúde mental: Contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137–154). CEPESC/ABRASCO.
- Lecourt, E. (2007). Le dispositifgroupal: Une proposition paradoxal e pour letraitement du traumatisme? In F. Marty (Org.), *Transformer la violence? Traumatisme et symbolization* (pp. 33–47). In Press.
- Ledoux, M. (1992). *Corps et création*. Les Belles Lettres, coll. Confluents psychanalytiques.
- Lévi-Strauss. C. (2017). O feiticeiro e sua magia. *Antropologia estrutural* (B. Perrone-Moisés, Trad.). Ubu Editora.
- Lima, H. de P., & Braga, V. A. B. (2012). Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 887–895. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400020>
- Lima, M. (2016). O uso da entrevista na pesquisa empírica. In *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco qualitativo* (pp. 21–41). SESC-CEBRAP.
- Lobosque A. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Garamond.

- Maestracci, N. (2009). L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues: Des aveuglements aux prises de conscience. *Archives de Politique Criminelle*, 31(1), 173–184.
- Maggi, C. (2024). Psychotraumatismes et addictions, l'exemple des appartements thérapeutiques Pierre Nicole. *Psychotropes*, 30(1), 113–133.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da recaída*. Artes Médicas.
- Matos, N. G. V. de, & Neves, A. S. (2011). CAPS-POEIRA: Um modo de intervenção no CAPS-ad. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 817–841.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200014&lng=pt&tlang=pt
- Matusczak-Delaroche, J. (2015). Dans un service de réduction des risques. *Psychologues et Psychologies*, 241(5), 21–23.
- Mayer, H. (2000). El sostén interior: Falla e inversión de soportes en las adicciones. *Revista de psicoanálisis*, Buenos Aires, 11, 14–64.
- Milner, J.-C. (2006). *Os nomes indistintos*. Companhia das Letras.
- Milner, M. (1977). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 5–6.
- Milner, M. (1991). O papel da ilusão na formação simbólica In M. Milner, *A loucura suprimida do homem são* (pp. 17–22). Imago. (Trabalho original publicado em 1952)
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (25. ed.). Vozes.
- Minerbo, M. (2013). O pensamento clínico contemporâneo: Algumas ideias de René Roussillon. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(2), 73–84.
- Minerbo, M. (2016). *Diálogos sobre a clínica psicanalítica*. Blucher.

Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*.

Ministério da Saúde. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Ministério da Saúde. (2017). *Panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental*.

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>

Morel, A. (2006). L'addictologie: Croyance ou révolution? *Psychotropes*, 12(3), 21–40.

Morin, E. (2006). *Introdução ao pensamento complexo*. Sulin.

Movimento Pro-Saúde Mental do DF. (2013). *Como anda a Saúde Mental na capital do país?*

Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.

<http://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/09/plataforma-saude-mental.pdf>

Mozzato, A. R., & Grzybowski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: Potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731–747. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>

Murray, H. A. (2005). *T.A.T. Teste de apercepção temática* (3. ed.). Casa do Psicólogo.

Ogden, T. H. (2009). *On talking-as-dreaming*. In T. H. Ogden, *Rediscovering psychoanalysis: Thinking and dreaming, learning and forgetting* (pp. 575–589). Routledge.

Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: Reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2).

Olivenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano* (M. D. Grandy, Trad.). Almed.

Olivenstein, C. (1991). O toxicômano e sua infância. In J. Bergeret & L. Leblanc (Orgs.), *Toxicomanias: Um enfoque pluridimensional* (pp. 13–14). Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (OMS). (2018). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-11*. (J. A. Oliveira, Trad.). Fiocruz.
- Pacheco Filho, R. A. (2007). Toxicomania: Um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade. *Mental*, 5(9), 29–45.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154–162. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Pereira, D. R. (2017). A função traumatótica dos sonhos com o uso de drogas na toxicomania. *Cadernos de Psicanálise*, 39(37), 115–134.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000200007&lng=pt&tlang=pt
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569–580. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Perterson, J., Mitchell, S. G., & Hong, Y. (2006). A abstinência *versus* redução de danos: Questões conflitantes ou complementares entre usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4), 733–740.
- Petitjean, F. (2009). The sectorization system in France. *International Journal of Mental Health*, 38(4), 25–38. <http://www.jstor.org/stable/41345300>
- Poulichet, S. (2000). Se faire um corps étranger. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43, 44–45.
- Queiroz, M. I. P. (1988). Relatos orais: Do “indizível” ao “dizível”. In O. M. Von Simson (Org.), *Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)* (Vol. 5; pp. 68–80). Vértice.

- Quintas, A. C. de M. O., & Tavares, P. dos S. P. B. (2020). Entre Caps AD e comunidades terapêuticas: O cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 198–209. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E317>
- Ravit, M. (2002). *Entre sujet et objet: L'objet d'addiction, un opérateur psychique paradoxal* [Thèse de doctorat. Université Lumière, Lyon].
- Richardson, R. J., Fonseca, J. S., & Teixeira, M. A. (2011). *Pesquisa social: Métodos e técnicas* (3. ed.; pp. 55–69). Atlas.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização: Uma outra via* (pp. 89–99). Hucitec.
- Rotelli, F. (1999). *A instituição inventada*. Hucitec.
- Roussillon, R. (1988). Espaços e práticas institucionais. O quarto do despejo e o interstício. In R. Kaës (Org.), *A instituição e as instituições* (pp. 133–149). Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (1991). Espaços e práticas institucionais: O quarto de despejo e o interstício. In R. Kaes, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon & P. Vidal (Orgs.), *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 32–55). Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (1995). *Logique et archéologiques du cadre psychanalytique*. Presses Universitaire de France.
- Roussillon, R. (1999a). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses Universitaire de France.
- Roussillon, R. (1999b). *Symbolization primaire et identité: Agoie, clivage et symbolization*. PUF.
- Roussillon, R. (2004a). Adolescence et les situations limites de la psychanalyse. *Bulletin du groupelyonnais de psychanalyse*. (Actes du colloques des ARCS).
- Roussillon, R. (2004b). L'affect et la réflexivité. In F. Joly, *Sur l'émotion* (pp. 10–33). In Press.

- Roussillon, R. (2005a). Transferência paradoxal e modificações técnicas. *Jornal de Psicanálise*, 43(78), 27–30.
- Roussillon, R. (2005b). Le situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos & C. Laval (Eds), *La santé mentale en actes de la clinique au politique* (pp. 221–238). Érès.
- Roussillon, R. (2006). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. Editora Unisinos.
- Roussillon, R. (2008a). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Dunod.
- Roussillon, R. (2008b). *Le jeu et l'entre je(u)*. Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2010). Cadres et dispositifs. In J. P. Matot & R. Roussillon (Org.), *La psychanalyse: Une remise en jeu* (pp. 172–185). Presses Universitaire de France.
- Roussillon, R. (2012a). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico identitárias. *Alter/Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), 7–32.
- Roussillon, R. (2012b). Teoria da simbolização: A simbolização primária. Conferência proferida na reunião científica “A psicanálise e a clínica contemporânea – Elasticidade e limite na clínica contemporânea: As relações entre psicanálise e psicoterapia”. Universidade de São Paulo.
- Roussillon, R. (2014a). Théorie du dispositif clinique. In R. Roussillon (Org.), *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie* (pp. 33–47). Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2014b). Les questions du dispositif clinique. In *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie* (pp. 02–26). Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2015a). Para introduzir o trabalho sobre a simbolização primária (C. Berliner, Trad.). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(1), 33–46.
- Roussillon, R. (2015b). A função simbolizante. *Jornal de Psicanálise*, 48(89), 257–286.

- Roussillon, R. (2019). *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia* (P. S. de Souza, Trad.). Blucher.
- Ruiz, V. S., Athayde, V., Nogueira Filho, I., Zambroni-de-Souza, P. C., & Athayde, M. (2013). François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 855–877.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300004&lng=pt&tlang=pt
- Salamonde, C. de M. (1998). *A importância do objeto transicional no desenvolvimento psíquico sadio* [Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro].
- Santiago, (2001). *A droga do toxicômano: Uma parceria cínica na era da ciência*. Zahar.
- Santos, A. O. (2003). Está vazio: Desritualização e dispersão na oficina de rádio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 44–49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100007>
- Sautel, O. (2009). Réflexions sur les politiques publiques en matière de lutte contre les addictions: Analyse juridique au regard du droit pénal. *Archives de Politique Criminelle*, 31(1), 25–41.
- Savietto, B. B., & Figueiredo, L. C. (2012). Elasticidade e limite na clínica da drogadição: Por um pensamento clínico complexo. *Cadernos de Psicanálise*, 34(27), 119–140.
- Silva, L. L. P. da., Almeida, A. B. de., & Amato, T. de C. (2019). A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: Critérios e dificuldades. *Saúde em Debate*, 43(122), 819–835. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>
- Silva, V. G. (2001). *O antropólogo e sua magia*. EdUSP.

- Souza, O. (2013). As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In B. B. Savietto, L. C. Figueiredo & O. Souza (Orgs.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 21–36). Escuta.
- Spagnol, C. A., Ribeiro, R. P., Araújo, M. G. de F., Andrade, W. V., Luzia, R. W. S., Santos, C. R., Dóbies, D. V., & L'Abbate, S. (2022). Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: Reflexões sobre resistências a partir de conceitos da análise institucional. *Saúde em Debate*, 46(6), 185–195. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E616>
- Stotz, E. N., & Araújo, J. W. G. (2004). Promoção da saúde e cultura política: A reconstrução do consenso. *Saúde & Sociedade*, 13(2), 5–19.
- Tedlock, B. (2005). The observation of participation and the emergence of public ethnography. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 13–44). Sage.
- Totoli, F. C., & Marcos, C. M. (2017). Psicanálise e toxicomania: O gozo da droga e a ruptura com o gozo fálico. *Cadernos de Psicanálise*, 39(36), 125–140.
- Trépos, J. Y. (2003). La force des dispositifs faibles: La politique de réduction des risques en matière de drogues. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 114, 93–108.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1).
- Vacheret, C. (2014). Le photolangage, une médiation thérapeutique: Un bref historique des théories groupales. In A. Brun (Org.), *Les médiations thérapeutiques* (pp. 56–71). Editions Érès.
- Vargas, H. S., Nunes, S. V., & Vargas, H. O. (1993). *Prevenção geral das drogas*. Ícone.

- Vasconcelos, B. D. (2018). *A (in) eficácia do PROERD como política pública de prevenção às drogas e à violência no município de Capão da Canoa, RS* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Santa Cruz do Sul, Capão da Canoa].
- Venturini, E. (2010). A desinstitucionalização: Limites e possibilidades. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 138–151.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&tlang=pt
- Vitta, A. R. de. (2008). O grupo e a psicose: Articulações sobre a direção do tratamento. *CliniCAPS*, 2(5). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000200004&lng=pt&tlang=pt
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41(2), 585–595.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1972). *Playing and reality*. Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1977). Porque as crianças brincam. In W. C. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (pp. 161–165). Zahar. (Trabalho original publicado em 1942)
- Winnicott, D. W. (1982). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting psicanalítico*. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 459–481). Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1989). *Psycho-analytic explorations*. Routledge.
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 13–27). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)

- Winnicott, D. W. (1994). Raízes da agressão. In D. Winnicott, *Privação e delinqüência* (pp. 96–103). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Artmed.

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários do CAPS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Dispositivos de grupos-reflexivo-transicionais na clínica da toxicomania*, de responsabilidade de *Pedro Martini Bonaldo* estudante de doutorado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é: *Identificar nos CAPS processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental e propor práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado em grupo reflexivo-transicional na clínica de álcool e outras drogas*. Assim, gostaria de consultá-lo/as sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ficarão sob aguarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de *participação de grupos psicoterápicos*. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: o estudo pode trazer o constrangimento ou desconforto de algum participante durante a construção da informação/intervenção. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: este risco pode ser diminuído devido ao fato que em primeiro lugar o participante poderá desistir a qualquer momento da pesquisa. Depois a atitude do pesquisador em relação ao participante será imparcial, acolhedora, empática, respeitando o sigilo e a dignidade humana. A psicoterapia em grupo será conduzida pelo pesquisador e terá duração de 10 encontros tendo cada encontro o tempo médio de 1 hora. O tema que será tratado nas sessões é referente ao uso e abuso de substância psicoativas. O foco neste trabalho será o uso de técnicas da terapia psicanalítica que ajudem o paciente a manejar melhor seu uso de substância psicoativa e ampliem

seu autoconhecimento. Cada sessão ocorrerá semanalmente totalizando um tempo médio que o grupo vai durar de 3 meses.

Espera-se com esta pesquisa o benefício ao usuário seja atingido que será: problematizar o tipo de atendimento à saúde mental no CAPS aos usuários toxicômanos pensando no desenvolvimento de dispositivos clínicos. Além disso, identificar e propor maneiras não manicomiais de atendimento à população a partir do contato com os profissionais do CAPS.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 9971-1987 ou pelo e-mail *pmbonaldo@yahoo.com.br*.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de *entrevista devolutiva após o término da pesquisa*, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: *cep_chs@unb.br* ou pelo telefone: (61) 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, ____ de _____ de ____.

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais do CAPS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Dispositivos de grupos-reflexivo-transicionais na clínica da toxicomania*, de responsabilidade de *Pedro Martini Bonaldo* estudante de doutorado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é: *Identificar nos CAPS processos que ainda culminam na institucionalização dos usuários de saúde mental e propor práticas diferenciadas em saúde por meio de novos dispositivos de cuidado em grupo reflexivo-transicional na clínica de álcool e outras drogas*. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ficarão sob aguarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de *entrevista*. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: o estudo pode trazer é o constrangimento ou desconforto de algum participante durante a construção da informação/intervenção. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: os participantes poderão desistir a qualquer momento da pesquisa. A atitude do pesquisador em relação ao participante será imparcial, acolhedora, empática, respeitando o sigilo e a dignidade humana.

Espera-se com esta pesquisa o benefício ao usuário seja atingido que será: problematizar o tipo de atendimento à saúde mental no CAPS aos usuários toxicômanos pensando no desenvolvimento de dispositivos clínicos. Além disso, identificar e propor maneiras não manicomiais de atendimento à população a partir do contato com os profissionais do CAPS.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 9971-1987 ou pelo e-mail pmbonaldo@yahoo.com.br.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de *entrevista devolutiva após o término da pesquisa*, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará como/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, ____ de _____ de ____.

Anexo C - Entrevista com os Profissionais do CAPS

Qual seu nome?

Qual o seu trabalho no CAPS?

Você trabalha no CAPS faz quanto tempo?

Qual sua jornada de trabalho neste CAPS?

Já atuou em outro dispositivo do SUS? Qual?

O que você acha dos grupos terapêuticos do CAPS?

Como você percebe o trabalho multidisciplinar no CAPS?

Quais os principais desafios no atendimento com a população usuária de drogas?

Quais dispositivos clínicos são importantes no tratamento do usuário?

Quais as maiores dificuldades de se trabalhar na Rede de Atenção Psicossocial?

Quais outras instituições parceiras do CAPS?

O CAPS encaminha para hospitais psiquiátricos? Se sim, por quê?

Você encaminha paciente dos CAPS para as CTs? Por quê?

Como se dá o processo de matrículamento em outras unidades de saúde?

Como se dá a reunião de equipe?

Quais são os principais protocolos em saúde mental usados no CAPS?

O que seria importante abordar em um tratamento de saúde mental com adictos?

Como é feito o acolhimento?

A clínica da adicção é marcada pela recaída. Como é para você trabalhar com pacientes que estão em tratamento, mas que recaem ao uso de substâncias o tempo todo?

Quais foram as dificuldades enfrentadas em termos de assistência no período da pandemia da COVID-19?

Como tem sido o programa de supervisão? Tem ajudado?

Esse CAPS conta com assembleia dos usuários de saúde mental? Caso sim, como se dá as implementações das assembleias deliberativas?

O seguinte CAPS AD atende pessoas de até 16 anos. Você acredita que a adesão desses pacientes é menor no CAPS? Por quê?

Como você vê a integração entre o CAPS e a rede de assistência social em Brasília?

Quais estratégias você utiliza para lidar com a resistência dos pacientes ao tratamento?

Como o CAPS aborda as questões de estigma e discriminação em relação aos usuários de drogas?

Existe algum protocolo específico para casos de emergência psiquiátrica? Como é realizada a intervenção?

Quais são os principais indicadores de sucesso no tratamento dos pacientes no CAPS?

Como a equipe do CAPS lida com as questões de segurança no atendimento a pacientes em crise?

De que forma a família dos pacientes é envolvida no processo terapêutico?

Quais recursos você acha que faltam para melhorar o atendimento no CAPS?

Como é feita a capacitação e atualização dos profissionais que trabalham no CAPS?

Quais são as principais mudanças que você observou no perfil dos usuários de drogas nos últimos anos?

Como é a atuação do CAPS junto à comunidade?

O CAPS tem algum protocolo específico para minorias sociais(mulheres, trans, negros, indígenas, homossexuais, dentre outras)?

Como é o processo de alta do CAPS?

O processo de institucionalização é perceptível no CAPS? Se sim, de que forma?

Tem alguma consideração final a fazer?

Anexo D - Formulaire de Consentement Libre et Éclairé

Vous êtes invités à participer à la recherche Dispositifs de groupes réflexifs-transitionnels dans la clinique de toxicomanie, réalisée par *Pedro Martini Bonaldo*, doctorant à l'Université de Brasilia. L'objectif de cette recherche est: Identifier les processus qui aboutissent encore à l'institutionnalisation des usagers de la santé mentale et proposer des pratiques de santé différencierées à travers de nouveaux dispositifs de soins de groupe réflexifs-transitionnels dans la clinique d'alcoolisme et d'autres drogues. Par conséquent, j'aimerais vous consulter sur votre intérêt et votre disponibilité à coopérer à la recherche.

Vous recevrez toutes les précisions nécessaires avant, pendant et après la réalisation de la recherche, et je vous assure que votre nom ne sera pas divulgué et que la plus stricte confidentialité sera maintenue en omettant complètement les informations permettant de vous identifier. Les données de votre participation à la recherche seront attendues par le chercheur responsable de la recherche.

La collecte des données sera réalisée grâce à la participation de groupes psychothérapeutiques. C'est à ces démarches que vous êtes invités à participer. Votre participation à la recherche peut impliquer des risques tels que: l'étude peut causer de l'embarras ou un inconfort à certains participants lors de la construction de l'information/intervention. Ces risques seront minimisés grâce aux stratégies suivantes: ce risque peut être réduit du fait que d'une part le participant peut se retirer de la recherche à tout moment. Par la suite, l'attitude du chercheur envers le participant sera impartiale, accueillante, empathique, respectueuse de la confidentialité et de la dignité humaine. La psychothérapie de groupe sera menée par le chercheur et durera 10 réunions, chaque réunion durant en moyenne 1 heure. Le thème qui sera abordé lors des séances concerne l'usage et l'abus de substances psychoactives. L'accent de ce travail sera mis sur l'utilisation de

techniques de thérapie psychanalytique qui aident le patient à mieux gérer sa consommation de substances psychoactives et à élargir sa connaissance de soi. Chaque séance se déroulera chaque semaine, totalisant une durée moyenne que le groupe durera 3 mois.

On espère que cette recherche apportera un bénéfice à l'utilisateur, qui sera: problématiser le type de soins de santé mentale dans le Centres de Soins, D'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour les usagers de drogues, réfléchir au développement de dispositifs cliniques. Par ailleurs, identifier et proposer des modalités non-asile de service à la population en s'appuyant sur les contacts avec les professionnels du CSAPA.

Votre participation est volontaire et libre de toute rémunération ou avantage. Vous êtes libre de refuser de participer, de retirer votre consentement ou d'interrompre votre participation à tout moment. Le refus de participer n'entraînera aucune pénalité ni perte de bénéfices.

Si vous avez des questions concernant la recherche, vous pouvez me contacter par téléphone au +55 (61) 9971-1987 ou par email à *pmbonaldo@yahoo.com.br*. L'équipe de recherche garantit que les résultats de l'étude seront restitués aux participants via un entretien de feedback après la fin de la recherche, et pourront être publiés ultérieurement dans la communauté scientifique.

Ce projet a été examiné et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences humaines et sociales (CEP/CHS) de l'Université de Brasilia. Les informations concernant la signature du TCLE ou les droits du participant à la recherche peuvent être obtenues par e-mail auprès du CEP/CHS: *cep_chs@unb.br* ou par téléphone: +55 (61) 3107-1592.

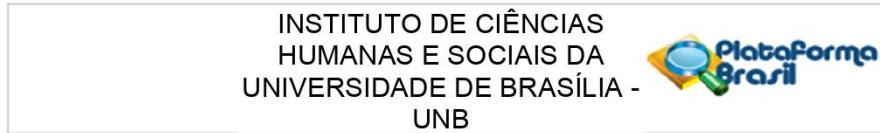
Ce document a été préparé en deux exemplaires, l'un sera conservé par le chercheur responsable de la recherche et l'autre par vous.

Signature des participants

Signature du chercheur

Dijon, ____ de _____ de ____.

Anexo E - Parecer Consustanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dispositivos de grupos reflexivos-transicionais na clínica da toxicomania.

Pesquisador: Pedro Martini Bonaldo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63988822.8.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.866.124

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

As solicitações feitas foram atendidas.

Recomendações:

Inalterado em relação ao parecer consustanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de Novembro de 2022.

As solicitações feitas foram atendidas.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.866.124

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ao projeto de pesquisa intitulado “Dispositivos de grupos reflexivos-transicionais na clínica da toxicomania”, foram incluídos os documentos solicitados: TCLE para as duas categorias participantes e carta de aceite institucional emitida pela instituição coparticipante. Foram esclarecidas as dúvidas levantadas sobre a condução do estudo, incluindo recrutamento e coleta de dados. O cronograma foi ajustado para início da coleta de dados em 01/março/2023. Por estarem atendidas as referidas solicitações, sou de parecer favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1983328.pdf	23/12/2022 12:27:10		Aceito
Outros	RespostaoParecerConsubstancialdoCEP.pdf	23/12/2022 12:26:22	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleunbprofissionais.pdf	23/12/2022 12:24:59	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleunbusuarios.pdf	23/12/2022 12:24:15	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	Instrumentoparaaentrevista.pdf	23/12/2022 12:23:36	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/12/2022 12:20:57	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BrochuraPesquisa.pdf	23/12/2022 12:19:53	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.pdf	03/10/2022 22:09:07	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	termodeaceiteecooparticipacao.pdf	03/10/2022 22:08:36	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	Cartaderevisaoetica.pdf	03/10/2022 22:06:43	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	lattesdeise.pdf	03/10/2022 22:05:26	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	lattespedro.pdf	03/10/2022 22:05:02	Pedro Martini Bonaldo	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1592

E-mail: cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.866.124

Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	03/10/2022 22:03:36	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Outros	termodecooparticipacao.pdf	27/09/2022 08:57:49	Pedro Martini Bonaldo	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	27/09/2022 08:54:35	Pedro Martini Bonaldo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Janeiro de 2023

Assinado por:

MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DACY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de	CEP: 70.910-900
Bairro: ASA NORTE	
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592	E-mail: cep_chs@unb.br