

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO CONCEITO DE DEMANDA A PARTIR DA PERSPECTIVA SISTÊMICA E SUAS POSSIBILIDADES NA COMPREENSÃO DO FENÔMENO DO ALCOOLISMO

CONSIDERATIONS AROUND THE CONCEPT OF DEMAND FROM THE SYSTEMIC PERSPECTIVE AND ITS POSSIBILITIES IN UNDERSTANDING THE PHENOMENON OF ALCOHOLISM

Luiz Felipe Castelo Branco da Silva

1. Introdução

Em grande medida, a aliança terapêutica revela-se deveras influenciada por aspectos que estão relacionados com assimetria de papéis, foco do psicoterapeuta nas necessidades do paciente, mas também em torno do modo em que o acolhimento é feito e sustentado ao longo de um processo psicoterápico (ALCANTARA; SILVA; PIZUTTI, 2019). Por meio da postura acolhedora e da escuta qualificada, busca-se facilitar processos relacionais de confiança, de compromisso com as necessidades do outro, de modo a promover percepções de pertencimento e abertura para vincular-se.

Em termos institucionais e das políticas públicas em saúde, o tema do acolhimento aparece especialmente presente nas diretrizes na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). Também conhecida como “HumanizaSUS” e lançada em 2003, busca dar maior capilaridade e robustez aos princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano dos serviços. Além disso, visa produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar de modo humanizado. Nestes termos, o ato de acolher implica no reconhecimento da legitimidade e da singularidade da necessidade de saúde que é trazida aos serviços e profissionais de saúde.

Quando deslocada para o contexto do alcoolismo e da drogadição¹ em geral, o dispositivo do acolhimento revela-se de maior relevância, em decorrência de características próprias dessa clínica. A abertura para engajar-se inicialmente as linhas de cuidado especializadas possui característica flutuante e não raramente inconsistente, por miríade de mobilizações que concorrem a favor e contra a adesão ao tratamento. Nestes termos, o acolhimento constitui-se enquanto espaço privilegiado para compreender a multiplicidade de aspectos e pedidos que podem estar articulados em uma demanda, que no universo do alcoolismo e da drogadição possui suas particularidades.

Desse modo, esse artigo visa a tessitura de algumas reflexões em torno da demanda a partir da perspectiva sistêmica no contexto do acolhimento. Desse modo, inicialmente buscar-se-á apresentar a demanda entendida na cosmovisão supracitada. Em seguida, será problematizado alguns aspectos envolvidos na

¹ Embora exista o descritor nosográfico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) conhecido pelo conjunto dos “Transtornos relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), usar-se-á os termos “alcoolismo” e “drogadição” aqui compreendidos como fenômenos complexos e necessariamente relacionais que articulam sistemas tais como o orgânico, das vivências em torno da corporeidade e da subjetividade individual e social na perspectiva do González Rey e Mitjans Martines (2017), que integram elementos da cultura e do momento histórico situado no qual as pessoas fazem parte.

desconsideração da importância da demanda no contexto do acolhimento. Por fim, serão apresentados os achados de um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas em que o olhar ampliado sobre a demanda oportunizou lançar compreensões mais ampliadas sobre a problemática e facilitou a construção de propostas terapêuticas mais enriquecidas.

2. Considerações preambulares sobre a demanda e sua compreensão a partir da perspectiva sistêmica

Em termos gerais, na língua vernácula a noção de *demand*a revela sinonímia com ideias em torno de “manifestação de um desejo”, “pedido, solicitação ou exigência de algo”, ou, ainda “necessidade premente de ou carecimento e precisão (SILVA, 2011, p. 75), assumindo importância singular enquanto conceito no campo das psicoterapias. Nesse contexto, de modo inaugural, a utilização desse termo surge no contexto da psicanálise lacaniana (KAUFFMANN, 1996) quando o próprio Lacan o introduzira entre 1953 e 1957. O uso do termo guardou proximidade com a noção hegeliana de *reconhecimento* que no autor francês é organizado em torno da noção de “desejo do desejo do outro” (ROUDINESCO; PLON, 1998), temática que não será abordada nesse trabalho.

Por sua vez, em Freud, embora ele não tenha desenvolvido um conceito de demanda propriamente dito, em sua obra aparece elementos sugestivos que apontam para os pré-requisitos do início de uma análise. Assim, exigir-se-ia que para o início da análise a existência de *alguém sofrendo* de um *conflito intrapsíquico* que é *incapaz de resolver sozinho*. Destarte, essa questão seria levada ao analista, a quem pede auxílio (FREUD, 1996).

Como desdobramento das contribuições freudianas, outros autores apontaram compreensões semelhantes. Para Jacoby (1995), a prática da psicoterapia consiste no encontro entre duas pessoas com o fito de compreender o que está acontecendo no inconsciente de uma delas, ou seja, o paciente em sofrimento por conta de sintomas e questões com as quais não consegue lidar sozinho a partir dos recursos pessoais que possui. Por sua vez, em Lima (1992), tem-se citada algumas ideias de Michel Silvestre². Conforme exposto, o citado autor não se vale do termo “demanda”, preferindo o uso de “queixa”, que para ele se difere de sofrimento, enquanto o sintoma seria o que claudica, que revela aquilo que falha, que produz uma espécie de circular na vida com significativas dificuldades. No pensamento dele, são apresentados dois tipos de sujeitos: (1) aqueles que possuem um sofrimento que, por sua vez, revela-se suportado de forma estoica e sem reclamações vocalizadas e (2) outros que são portadores de sintomas, mas sem sofrerem, eles mesmos, absolutamente nada. Segundo ele, apenas quando os dois tipos se conectam na mesma pessoa – ou seja, sintoma e sofrimento – ter-se-ia a efetiva presença da queixa (ou demanda).

Não desconsiderando a importância das contribuições dos autores supracitados, cabe salientar que em grande medida o enfoque da discussão da demanda se cristaliza em maior ou menor grau na dimensão do sujeito singular. A partir de informações construídas na prática clínica de pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (SPA), tais concepções de demanda mostram-se insuficientes. Como bem destaca por Pinelli e Neto (1992) e

² Celso Rennó Lima em seu ensaio “Entrada em análise” cita o texto “Amanhã Psicanálise”, de Michel Silvestre, mas não detalhou a fonte adotada nas referências bibliográficas, o que impossibilitou chegar na fonte primária.

Silva (2011), em muitos casos da clínica de SPA, os usuários não se apresentam enquanto titulares da própria demanda. Muito comumente, os familiares ou terceiros em geral são quem formalizam o pedido de ajuda especializada. Eles parecem ocupar um lugar de porta-vozes de “uma demanda” que poderia ser daquele(a) de quem falam, mas que não pode (ou não pôde) assumir a titularidade (SUDBRACK, 2003).

A partir disso, de modo emblemático, tem-se em Neuburger (2003) importantes considerações em torno do conceito de demanda pensado a partir de considerações sistêmicas. Para ele, a demanda apropria-se da ideia de *pedido de ajuda expresso diretamente por um sujeito*. Além disso, o momento dessa solicitação (demanda) é fundamental para uma boa indicação terapêutica, sendo responsabilidade do psicoterapeuta verificar se outras solicitações não estão ocultas. Esses aspectos podem apontar para outros elementos no sistema sociofamiliar do qual o sujeito faz parte e que precisam ser observados. Nestes termos, ter-se-ia demanda apenas quando coexistirem um sujeito que apresenta um sintoma e que o faz sofrer e para o qual procura ajuda, não se apartando das potenciais conexões da gênese e da manutenção da problemática na ecologia do sujeito.

Associado a isso, a demanda também é compreendida na perspectiva sistêmica enquanto possuidora de uma natureza ambivalente, coexistindo o desejo e o não desejo pelo tratamento (SUDBRACK; DONEDA, 1985), que não raramente estão articulados a disposições morfoestáticas e morfogenéticas autorreguladoras dos sistemas sociofamiliares. Quando essas disposições não são compreendidas ou não consideradas no processo de atendimento, pode resultar em manejos clínicos inadequados.

Por disposições morfogenéticas (morfogênese), compreende-se os processos vinculados com o crescimento, o câmbio e o desenvolvimento, e a uma tendência a fazer-se organicamente mais complexo na decorrência temporal. No caso daquelas morfoestáticas (morfoestase) ou *homeostasis* define o conjunto de mecanismos reguladores e úteis para a garantia da manutenção da estabilidade, da ordem e do controle dos sistemas em funcionamento (STEINGLASS *et al.*, 2001).

O fato da constância de famílias pedindo ajudando em nome de um terceiro sintomático constitui-se enquanto contexto que precisa ser melhor manejado. Os familiares ou pessoas que buscam os serviços/psicólogos precisam ser acolhidos e incorporados nos processos terapêuticos adotados. Não significa abandonar a importância de considerar aspectos intrapsíquicos e da singularidade dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas, mas ampliar as percepções e as reflexões considerando-se os elementos periféricos presentes, tais como a família e as instituições “demandantes” no lugar de um outro que permanece silenciado.

2.1 A demanda compreendida a partir da perspectiva sistêmica e suas implicações

Na perspectiva sistêmica, a compreensão do fenômeno do alcoolismo parte de um pressuposto não disjuntivo. Desse modo, o sujeito e seu contexto sociofamiliar não representam instâncias separadas e incapazes de influenciarem-se mutuamente (BOSZORMENYI-NAGY; SPARK, 2013; ELKAÏM, 1998; MINUCHIN, 1990; MINUCHIN; FISHMAN, 2004; VASCONCELLOS, 1995; 2008). Nesse sentido, a demanda compreendida de maneira ampliada, necessariamente passa a articular uma racionalidade compreensiva circular, que compreendem o sujeito e sua ecologia enquanto elementos integrantes da demanda seja naquilo que ela manifesta, mas também no que oculta.

Embora Neuburger (2003) não tenha feito reflexões sobre a demanda em torno do alcoolismo ou drogadição, tais considerações foram aprofundadas por Silva (2011). Da articulação das ideias de autores supracitados, observa-se que a demanda em torno de seus três elementos constitutivos clássicos: sintoma, sofrimento e alegação/pedido não se encontram comumente em sujeitos singulares. Desse modo, podem existir casos em que não haja demanda propriamente dita, o que não significa poder afirmar que um dos elementos que a compõem encontra-se faltante. Todos os seus elementos sempre estarão presentes, sendo que no fenômeno do alcoolismo – e também da drogadição – esses elementos estarão dispersos no sistema familiar.

Como desdobramento imediato dessa compreensão, pode-se dizer que uma pessoa exercerá o *papel de portador do sintoma*, outro o de *portador do sofrimento* de modo mais atuante e um terceiro atuará como *porta voz e solicitante de ajuda*. Assim sendo, um jovem pode ser usuário de bebidas alcoólicas contumaz, sua mãe pode ser a pessoa que “mais sofre” com a situação decorrente desse padrão de consumo e uma irmã, em nome do sofrimento da mãe, comparece ao serviço ou perante o psicólogo, pedindo tratamento para o irmão em nome da mãe deles que sofre.

A partir disso, duas possíveis clivagens poderiam ser organizadas. A primeira denominada por *clivagem entre sofrimento e alegação* seria caracterizada pela presença de um sujeito que apresenta um sintoma, do qual ele sofre, mas que ele alega não precisar de ajuda. Nesses contextos, nem sempre existe uma autorização da autorregulação familiar que permita a expressão de uma demanda proveniente de qualquer de seus membros, qualquer que seja sua gravidade, muitas vezes orquestradas por delegações e lealdades invisíveis (BOSZORMENYI-NAGY; SPARK, 2013).

Nestes casos, o sujeito não seria o sujeito de sua própria demanda, sendo, portanto, sujeito de seu sintoma e de seu sofrimento. Nestas situações, Neuburger (2003) destaca, ainda, que não caberia indicação para uma análise, mas para uma psicoterapia familiar, da qual se esperaria permitir, por meio da desalienação do grupo familiar, a expressão de uma demanda de qualquer de um dos seus membros e não apenas, daquele que, a princípio, era portador do sintoma. O citado expediente no manejo clínico poderia resultar na possibilidade da autorização do sistema familiar para a expressão das demandas de seus membros.

Como segundo tipo de clivagem, denominada por *clivagem entre sintoma e sofrimento*, ter-se-ia a apresentação de um sintoma em um sujeito que, aparentemente, não revela sofrimento e menos ainda alegação (solicitação de ajuda). São sujeitos comumente pertencentes a “sistemas familiares fragilizados, de funcionamento rígido, pouco apto a mudanças, onde o sintoma faz o papel de uma interpretação quase paranoica de uma ameaça ao grupo familiar” (NEUBURGER, 2003, p. 20).

Esta condição, destaca o autor, encontra-se enraizada em complexas organizações nas quais o sintoma serve como elemento de manutenção, mesmo que disfuncional, de dinâmicas conjugais e familiares. A ausência do sintoma implicaria o rompimento dessas disposições de funcionamento, fazendo-se necessária a manutenção do sintoma, embora seja em decorrência deste que as pessoas alegam necessitar de auxílio especializado.

Destarte, observa-se dimensão paradoxal na qual a família busca ajuda para a mudança de algo e, de modo concomitante, deseja a manutenção das coisas. Pedem pela supressão do problema, sem precisar intervir naquilo que o mantém. Essa dinâmica se mimetiza também nas famílias com questões em torno das substâncias

psicoativas. Ao mesmo tempo em que se expressa o interesse na mudança da relação que estabeleceram com a bebida, mantem-se disposições que produzem a manutenção do citado hábito. Eis um dos modos em que a ambivalência se revela, agenciando-se mudanças e manutenções do comportamento problema simultaneamente.

Essa ambivalência não deve ser interpretada pelos profissionais como resistência ou falta de compromisso com o tratamento. Não raramente, as reiteradas recaídas fazem parte de questões que não estão restritas ao usuário, mas falam de uma trama no sistema sociofamiliar que se vale do sintoma de um membro como forma de proteger outros pontos sensíveis de seu funcionamento. Nesse sentido, o sintoma é uma produção subjetiva que é constituída e mantida pelo sistema e seus participantes, com funções homeostáticas do funcionamento dele.

Sobre isso, Bowen (2016) destaca que todos os membros do sistema familiar possuem responsabilidades na maneira como a família se relaciona, como se relacionam os membros entre si e como, finalmente, como o sintoma irrompe. Destarte, considerando-se o alcoolismo enquanto o sintoma, sua presença no sistema familiar representaria uma disfunção no contexto familiar total. Para esse autor, esse sintoma sinalizaria desequilíbrios e dificuldades da família em seu processo de desenvolvimento e maturação. O sintoma do beber excessivo ocorreria quando a ansiedade familiar é elevada (BOWEN, 1961). O consumo revelaria uma condição paradoxal, pois se de um lado visa a diminuição da ansiedade, ao mesmo tempo acaba por aumentá-la no sistema familiar, como reação dos membros da família diante do beber. A manutenção desse padrão relacional pode gerar efeitos gradativos em espiral, podendo gerar colapsos ou cronificações do funcionamento deste sistema (TRINDADE, 2007). Não obstante, Bowen (2016) aponta que o tratamento de outros problemas familiares, “adjacentes” ao problema do alcoolismo, revelam-se primordiais para interromper ou diminuir o comportamento de beber, constatação essa observada em outros trabalhos da literatura especializada (ZAMBILLO; CENCI, 2014; HERZOG; WENDLING, 2013).

De modo complementar, diversas evidências clínicas apontam para padrões transgeracionais na gênese e na manutenção do alcoolismo (ALMEIDA; NETTO JUNIOR, 2015; BOWERS; YEHUDA, 2016; HOPKINS *et al.*, VINCETT, 2011; LEVE; KHURANA; QUINTELIER, 2015; TRINDADE; BUCHER-MALUSCHKE, 2008). Perdas traumáticas não elaboradas em gerações anteriores (COLEMAN, 2004; RODRIGUES; KRINDGES, 2017; TRINDADE; BUCHER-MALUSCHKE, 2008); emergência de conflitos específicos ao longo do ciclo vital – questões emancipatórias do adulto jovem solteiro; o novo casal; família com filhos pequenos; família com adolescentes; divórcio; envelhecimento etc – (KRESTAN; BEPKO, 1995; CARTER; MCGOLDRICK, 2007); existência de dinastias alcoolistas transgeracionais, produzindo “sistemas alcoólicos” (STEINGLASS *et al.*, 2001) seriam exemplos ilustrativos.

Nestes termos, a ampliação da compreensão da demanda enquanto mensageira de multiplicidade de elementos que articulam variados atravessamentos subjetivos que falam de questões que extrapolam a dimensão intrassubjetiva. Posto isso, o olhar alarga-se aos múltiplos elementos que dialeticamente articulam-se com a problemática, assim como com os potenciais de superação dos padrões disfuncionais hegemônicos.

3. Desafios complementares do não acolhimento da demanda de modo ampliado nos serviços ou pelos profissionais

No âmbito dos modelos de atenção em saúde mental relacionados ao manejo do alcoolismo e da drogadição a literatura aponta existir duas grandes concepções em significativa tensão paradigmática (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Um dos paradigmas, referendado pelo projeto estadunidense de “guerras às drogas”, defende que o único resultado terapêutico aceitável direcionasse exclusivamente pela conquista definitiva da abstinência (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

No foco exclusivo da abstinência como a meta terapêutica, as estratégias de cuidado permanecem direcionadas apenas ao sujeito. Outros elementos tais como aqueles pertencentes ao sistema sociofamiliar, permanecem desconsiderados, inclusive pelas equipes de atenção psicossocial (SILVA, 2011; SILVA, 2015).

O outro, denominado Redução de Danos (RD), não se coloca desfavorável à meta da abstinência, apesar de afirmações discordantes desse posicionamento (SAMPAIO; CAMPOS, 2003). Apoia-se na constatação real de que nem todos os consumidores de substâncias psicoativas conseguem ou desejam alcançar a abstinência e que, apesar disso, não devem ser desassistidos. Defende a minoração dos riscos que o comportamento adicto impinge na vida dos consumidores e da sociedade como um todo.

Deste modo, qualquer passo no sentido de lograr menor risco é considerado como sucesso. Advoga também acerca da (co)responsabilidade do sujeito, enquanto responsável pelas escolhas pessoais. Isso não implica afastar-se das tentativas de despertar o compromisso nesses sujeitos, de modo a assumirem níveis cada vez mais sofisticados de autocuidado (MARLATT, 2002; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Neste mesmo sentido, o modelo psicossocial busca incluir e priorizar poderes e práticas horizontalizadas. Nele, os sujeitos são vistos em suas singularidades, não reduzidos à doença e ao sintoma e não descolado do contexto social que pertencem (COSTA-ROSA, 2012; PARANHOS – PASSO; AYRES, 2013). Este modelo associado à *práxis* visou substituir – ou pelo menos criar uma alternativa – o modelo alopático organizado dentro da racionalidade médica, centrado na figura do médico e no enfrentamento dos sintomas - invisibilizando os sujeitos em suas ecologias – (BARBOSA *et al.*, 2016).

Nestes termos, os modelos e paradigmas supracitados sustentam agenciamentos e filiação de adeptos. Engendram modos de compreensão e de atuação profissional diante das pessoas com as problemáticas aqui discutidas. Isto pode gerar disputas e tensões entre os membros das equipes multidisciplinares, que passam a militar pela defesa de suas convicções em torno do melhor tratamento, que, por vezes, pode vir marcado por visões reducionistas do fenômeno.

Sabe-se que o século XIX, especialmente nos EUA, a luta contra o alcoolismo foi motivada em torno de elementos moralistas, religiosos e biomédicos (SOURNIA, 1986; SILVA, 2011), com prevalência dos dois primeiros. No século XX, a partir dos trabalhos de Elvin Morton Jellinek, o que se nomeava por alcoolismo foi decretado como doença *sui generis*, possuindo etiologia exclusivamente fisiológica (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015). Destarte, explicações unicamente biológicas e de eliminação do sintoma, coadunado com a racionalidade médica passaram a ocupar destaque nas discussões. Além disso, por se tratar de doença grave, progressiva e deletéria a única prescrição de tratamento desejada era a abstinência definitiva.

Desse modo, padrões moralistas associados à exclusividade do saber médico – ancorados em intervenções medicamentosas, hospitalocêntricas e com foco único

na retirada do sintoma – estão presentes nas concepções de usuários dos serviços especializados (ALZUGUIR, 2014; FRANKLIN; FERNANDES; VILELA, 2020). Não raramente, tais paradigmas fazem parte do repertório compreensivo também de profissionais das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS – ad) (SILVA, 2011; SILVA, 2015) e de muitos psicólogos que atendem esse tipo de clínica.

Nos dias atuais, o retrocesso a concepções moralistas e com foco exclusivo na abstinência tende a intensificar-se. Se anteriormente observava-se a crescente inserção das comunidades terapêuticas (CTs) no tratamento dos problemas de álcool e outras drogas, atualmente, essas passam a receber de modo superlativo aporte financeiro e técnico estatal. Além disso, os recursos públicos passam a contemplar investimentos públicos inclusive para as estruturas físicas da CTs, conforme disposições na reformulação da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2019).

Sabe-se que muitas CTs assumem “modelos terapêuticos” com base na conversão religiosa e na abstinência como modos únicos de obtenção de resultados positivos nos casos de alcoolismo e drogadição. Isto porque, para esse segmento, a etiologia dos fenômenos supracitados é explicada pela gênese no pecado, na fraqueza, na falta de Deus e/ou na possessão demoníaca (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Além de poder ser considerado um retrocesso nas Políticas Públicas e nos tratamentos com bases científicas, aponta para o imperativo de discussões sérias e não oportunistas sobre o tema. Urge que práticas com eficácia cientificamente comprovadas estejam no escopo das ações de tratamento, primando não apenas com a técnica, mas também com a ética perante os usuários das políticas públicas.

Nestes termos, os reducionismos biomédicos ou de sectarismos religiosos podem ser devidamente superados quando se abre para a compreensão mais ampliada da questão do alcoolismo e da drogadição (DSM – 5, 2014). Dentro da perspectiva sistêmica, essa problemática é compreendida em amplitude. Ela busca considerar o sujeito em torno da ecologia que lhe é própria (família, comunidade, grupos de pertencimento, instituições etc). O sistema sociofamiliar passa a ser contemplado e compreendido no sentido de todos os membros influenciarem e serem influenciados pelos demais de modo concomitante (ELKAÏM, 1998; SILVA, 2011; ZAMBILLO; CENCI, 2014).

4. Dimensões emergentes da acolhida da demanda a partir da perspectiva sistêmica em uma pesquisa em serviço especializado

Com a finalidade de ilustrar as possibilidades de acolhimento da demanda considerando-a enquanto fenômeno pluridimensional e não desvinculado da ecologia dos indivíduos, traremos alguns achados de uma pesquisa³ realizada pelo autor. Ela teve como objetivo axial buscar compreender como são gerados e articulados os fatores agenciadores da formalização de um pedido de ajuda especializada e o que dificulta que esse seja explicitado em adultos alcoolistas em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) na região do centro-oeste brasileiro.

A pesquisa utilizou-se da Epistemologia Qualitativa (EQ) de González Rey (GONZÁLEZ REY, 1997) e das bases teóricas da perspectiva sistêmica. Na dimensão

³ Autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), por meio do processo número 337/2008.

metodológica optou-se pelo método construtivo-interpretativo do mesmo autor (GONZÁLEZ REY, 2005), com bases em diálogos com participantes da pesquisa recém-chegados ao serviço especializado e, portanto, contemplados no contexto do acolhimento.

Participaram do estudo 09 (nove) homens, entre 30 e 51 anos de idade, todos com questões relacionadas ao alcoolismo e acessados no primeiro contato com o CAPS-ad. Os critérios de adesão ao estudo foram: 1) usuários que chegaram ao serviço pela primeira vez; 2) ser demanda espontânea; 3) histórico de alcoolismo nos últimos 2 anos; 4) não ter associado ao alcoolismo consumo de drogas ilícitas nos últimos 10 anos e 5) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A produção da informação, a partir do método de análise construtivo-interpretativo de González Rey (2005), propõem o levantamento de indicadores de sentido e posterior construção de Zonas de Sentido. Os indicadores representam um momento hipotético e provisório na processualidade da produção da informação. Adquirem valor quando associados aos outros indicadores e não de modo isolado/estático. São produzidos com o fito explicativo e não descritivo. A partir deles, constroem-se as Zonas de Sentido, compreendidas como o processo de construção teórica mais abrangente e elaborado, produto do contato com o sujeito pesquisado e com o material por ele produzido no contexto do empírico. Essas zonas de sentido são capazes de fornecer novas zonas de inteligibilidade sobre a questão estudada.

Do processo de construção das informações uma das zonas de sentido constituída foi a intitulada como “Crenças em torno da loucura e as estratégias de enfrentamento deste estigma” a ser explorada adiante.

5. “Foi uma experiência assim horrível! Que eu não desejo pra ninguém, pois só eu sei o que eu passei”: crenças em torno da loucura e as estratégias de enfrentamento deste estigma

A partir dos diálogos com os participantes no contexto do acolhimento, no sentido de conhecer o que foi mais marcante para a decisão de procurarem ajuda especializada ou para adiarem essa busca, um novo campo foi aberto. Na demanda coexistem disposições que se não compreendidas podem atuar no sentido de prejudicar a adesão, quando simplesmente boicotam qualquer formalização de um pedido de ajuda. Quando o pedido ocorre, não se pode deixar de considerar a existência de fatores ambivalentes e paradoxais. Podem existir crenças em relação a alguns sintomas vivenciados que produzem motivações em direção à assistência especializada. Por outro lado, podem existir sintomas que geram produções subjetivas que afastam qualquer disposição em buscar auxílio.

Existem crenças em torno de certos sintomas que são compreendidos como potencial processo de enlouquecimento. Se por um lado existe o medo de convivência com “pessoas loucas” no local de tratamento, por outro também pode haver receios em torno de serem “transformados em pessoas loucas” ou tratados como tais.

Revelou-se significativo que esses medos são germinados dentro do próprio sistema familiar, quando sintomas de abstinência tais como alucinações são compreendidos como indicadores de “loucura”. O receio da potencial confirmação diagnóstica implica no enfraquecimento de engajamento de buscar ajuda especializada, uma vez que nesses espaços “o diagnóstico de loucura seria confirmado”.

A experiência alucinatória ou ilusória, independente da natureza de expressão (visual, auditiva ou sinestésica) comumente provocam perplexidade e desconforto naqueles que a vivenciam. A falta de controle sobre os fenômenos e a impossibilidade de precisar a durabilidade deles pode amplificar o sofrimento e a confusão sobre aquilo que está acontecendo consigo, quando se desconhece os motivos de sua causa.

“Eu comecei a ver muita coisa na minha frente, ouvia vozes... eu me perdia dentro do meu quarto. Um quarto assim, com um bocado de porta... eu olhava assim... e via as cores se mexerem... foi uma experiência horrível! Que eu não desejo para ninguém, pois só eu sei o que foi o que eu passei nessa semana. Lá no escritório, lá em casa... eu tenho um crucifixo, uma cruz assim grande na parede, né? Eu olhava assim e via que ele sacudia a cabeça pra cá assim, dizendo que era pra mim tirar o prego da mão dela, tirar o prego dos pés.

A natureza singular da experiência, uma vez que comumente apenas aquele que está em quadro alterado da percepção vê, escuta e apreende sinestesicamente o realismo de tais vivências. Quando não possuem o mínimo de explicações em torno dos efeitos da síndrome da abstinência, por exemplo, juntamente com os familiares, podem ser construídas compreensões equivocadas e reificadoras de estigmas e preconceitos presentes na sociedade. O tema da “loucura” mobiliza miríade de processos subjetivos que produtores de implicações para o portador do sintoma e para seus conviventes. Além dos encargos sociais e econômicos com o tratamento, essas pessoas passam a receber a carga do desprezo, do isolamento e do desrespeito dos que os cercam (BRITO *et al.*, 2003). De modo complementar, podem passar a ser consideradas, enquanto “loucos”, pessoas coitadas, sujas e até perigosas e, portanto, devendo ser internadas em locais fechados (BRITO; CATRIB, 2004; REINALDO; SAEKI, 2004).

Os indivíduos que passam a ouvir, a ver ou sentir coisas que não podem ser compartilhados e validados pelos membros de uma coletividade, torna-se gradativamente foco de estranhamento e desconforto para os demais. A continuidade disso pode produzir efeitos de tornar o outro destoante dos padrões e expectativas de “normalidade” e normatividade dos grupos. Em decorrência disso, a confirmação da “loucura” pode resultar em processos de rupturas relacionais.

“Era esquisito... eu via e sentia que tinha teia de aranha em mim. Eu pegava assim em mim e via bicho assim perto de mim. Na parede eu via e tinha o reflexo de alguém... me curiando. Eu fa-fa-fa-lava pra ela mexer e quando mexia eu mostrava [para os familiares] ‘Olha, olha lá!’, mas ninguém via nada e eu fiquei assim... assustado. Aí, depois eles vinham falar comigo, que eu estava conversando sozinho, que eu tava vendo coisa... veio meu filho, dizendo para eu parar com esse negócio, que eu tava ruim demais...”

Diante dessas situações, muito desses pacientes atravessam por verdadeiras odisséias existências buscando explicações alternativas ao “enlouquecimento”. Alguns deles buscam soluções em entidades religiosas. Embora os trabalhos empíricos não sejam inequívocos, diversos estudos têm demonstrado consistentemente que vários aspectos do envolvimento religioso estão relacionados com resultados desejáveis de saúde mental e física (DALGALARRONDO, 2007; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Em alguns casos a religião se caracteriza como um fator de proteção para futuras recaídas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004; DAY; WILKES; COPELLO, 2003; SANCHEZ; NAPPO, 2008). Ela pode ofertar espaços de

pertencimento saudável, caracterizado pela sensação de amparo típica nessas situações, possibilitando a construção de novas redes sociais de amizade e de apoio mútuo, onde as pessoas se sentem valorizadas (DERMATIS *et al.*, 2001).

Em contrapartida, o contexto da religião pode possuir preceitos que podem gerar prejuízos para aqueles que buscam ajuda para lidar com os eventos associados ao consumo de álcool. Em um estudo sobre intervenção religiosa na recuperação de pessoas com problemas com substâncias psicoativas, Sanchez e Nappo (2008) destacaram que em certos tratamentos com base religiosa, muitas vezes não existe a devida valorização dos tratamentos convencionais. A fé em Deus passa a ser a única salvação e logro de bons resultados.

“Os remédios que me deram [referindo-se à prescrição medicamentosa no CAPS-ad] eles não deixaram eu usar nenhum... quando eu estava aqui [fora da comunidade terapêutica religiosa] me davam remédio, pra eu tomar, mas lá não deixavam eu usar. O pastor falava que era pra curar pela palavra de Deus. Quem curava era Deus e não os remédios.”

Dessa maneira, alguém que esteja fazendo tratamento tradicional, associado ao apoio religioso, pode ser incentivado, quando não impossibilitado a dar continuidade ao plano terapêutico convencional. Essa situação pode gerar prejuízos que acabam por intensificar a intensificação da problemática. Nesses casos, a explicação em torno do “estar ficando louco” logra mais consistência, sendo, em alguns casos, maximizado quando o indivíduo conhece casos de pessoas que tiveram o quadro mental piorado depois de internações psiquiátricas. Muitos destacam exemplos de pessoas que passaram por modelos manicomiais de “tratamento” em paradigmas anteriores às propostas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e que ficaram com a saúde comprometida.

“Rapaz, como é que você pode vê coisa, como é que você é forçado a ver imagem, ver e ouvir vozes lá longe (...) falando contigo e quando você vai ver, não tem ninguém falando contigo? Aí eu fiquei com, né cara! Vai que eu começo com um problema assim? Coisa de louco mermo! É igual... eu lembrei de um colega meu... ele ficou meio doido assim...retardado e até hoje ele tá meio retardado, meio mongoloide, que ele não era daquele jeito não. Eu não cheguei a ficar nesse ponto, não. Graças a Deus... mas ele ficou...”

Nesse sentido, a partir de miríades de experiências e produções subjetivas sobre o que se passa consigo, muitos passam a ter receio de procurarem apoio profissional. Se antes havia o medo de receberem a confirmação de “diagnóstico de loucura”, esse medo passa a lograr novos contornos em torno do medo de ser indicado para “internação em hospício”. Uma condição dessa resultaria em tornar-se mais um “retardado, um mongoloide”, possibilidade essa atestada por exemplos reais conhecidos, que muitas vezes podem envolver pessoas próximas.

No contexto do acolhimento, essas e outros diversos atravessamentos estão associados à demanda. Serviços e profissionais que ficam presos a protocolos rígidos, fichas de “acolhimento” com questões fixas podem ser impeditivas de promover compreensões mais aprofundadas. Além disso, podem criar vinculações frágeis, uma vez que o enfoque desse primeiro contato se ancora em paradigmas coadunados a uma lógica e ética instrumentalista ao invés de numa lógica e ética de escuta qualificada e emancipatória do sujeito.

A partir desses pontos delineados e outros que fizeram parte da pesquisa original (SILVA, 2011), observou-se a implementação de novas compreensões e

novas práticas no contexto do acolhimento. Destarte os membros familiares passaram a lograr maior visibilidade nas linhas de cuidado, assim como outras práticas desde o acolhimento passaram a ser repensadas nos serviços em geral. A sensibilidade para o olhar sistêmico pode ser notada em novas propostas. Uma delas aponta para o mapeamento de fatores de risco e proteção no território, tendo os pacientes como protagonistas do processo (SOUSA; GOMES, 2015a; SOUSA; GOMES, 2015b; SOUSA, 2015). Outros exemplos foram os diversos treinamentos em serviço nos quais o tema do acolhimento da demanda foi problematizado, novas pesquisas sobre o tema na região (NOVAIS *et al.*, 2015) e a publicação de um livro com as experiências dos profissionais, como modo de divulgar as boas práticas existentes e reconectar a rede de serviços (SILVA, 2014).

6. Considerações finais

A disponibilidade de buscar apreender a expressão da demanda no contexto do primeiro acolhimento pelos profissionais de saúde mental em geral, mas especialmente o psicólogo revela-se imperativo ético. O interesse e a escuta ampliada, não protagonizadora do produto/consumo em detrimento do sujeito e contempladora da dimensão contextual permite ampliar a compreensão em torno da demanda.

A expressão dessa não se resume ao deixar de usar substâncias psicoativas ou mudar o padrão de consumo. Ele agencia e é agenciada por diversidade de processos subjetivos que apontam para elementos muitas vezes paradoxais e legitimados em éticas específicas. Desse modo, buscar compreender quais são as disposições mais marcantes que influenciaram na decisão de formalização de um pleito, mas também buscar compreender o que dificultou em sua trajetória o ato decisório pode fornecer dicas pertinentes. A partir delas, podem ser mais bem pensados e propostos planos terapêuticos e a construção de projetos de vida que visem o logro de níveis cada vez mais sofisticados de *autonomia* e *emancipação* (MARTÍN-BARÓ, 1996), assim como da emergência do sujeito nos termos de González Rey e Martínez (2017).

Por fim, a possibilidade de escuta do humano em sua humanidade pode oportunizar processualidades que articulem traslados de um *cálice que cala* para uma *escuta que liberta*. Por sua vez, essa pode agenciar um *humano que fala* e que se transmuta da condição de *ator* para *autor* da própria existência.

Referências

- ALCANTARA, I.; SILVA, K.; PIZUTTI, L. T. A relação terapêutica e a aliança de trabalho nos principais modelos de psicoterapia. *In*: CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- ALMEIDA, A. T. C.; NETTO JUNIOR, J. L. S. Measures of intergenerational transmission of obesity in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 20, n.5, p. 1400-1413, 2015.
- ALZUGUIR, F. V. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11 – 29, 2014.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. *In*: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G., (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. 493 p. ISBN 978-85-7379-785-5.
- BARBOSA, V. F.; MARTINHAGO, F.; HOEPFNER, A. M. S.; DARÉ, P. K. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 178 – 189, 2016.
- BOSZORMENYI - NAGY, I; SPARK, G. M. **Lealtades invisibles: reciprocidad en terapia familiar intergeracional**. Buenos Aires: Amorrortu, 2013. 448 p. ISBN – 13: 978-9505182398.
- BOWEN, M. **La terapia familiar en la práctica clínica**. Bowen Center for the Study of the Family/Georgetown Family Center, 2016. 638 p.
- BOWEN, M. **The family as the unit of study and the treatment**. New York: Jason Aronson, 1961.
- BOWERS, M. E.; YEHUDA, R. Intergenerational transmission of stress in humans. **Neuropsychopharmacology**, Brentwood, v. 41, n.1, p. 232- 244, 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas e revoga o Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Política Nacional de Drogas**. Brasília, DF, abril 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1444-0 1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Condições de trabalho. I. Título. II. Série

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRITO, H. B.; CATRIB, A. M. F. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. **Estudo de psicologia**, v.9, n. 2, p. 285 – 296, 2004.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M *et al.* (org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 512 p. ISBN 978-85-7307-833-6.

COSTA – ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 314 p. ISBN 85-85676-86-8

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, p. 25 – 33, 2007, Supl. 1.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORREA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82- 90, 2004.

DAY, E.; WILKES, S.; COPELLO, A. Spirituality and clinical care. Spirituality is not everyone's cup of tea for treating addiction. **British Medical Journal**, v. 326, n. 7.394, p. 326 -881, 2003. PMID: 12705237.

DERMATIS, H. SALKE, M.; GALANTER, M.; BUNT, G. The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, n. 2, p. 105 – 110, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p. ISBN 978-85-8271-089-0.

ELKAÏM, M. As terapias familiares intergeracionais. *In*: ELKAÏM, M. (org.). **Panorama das terapias familiares**. Tradução: Eleny Corina Heller. São Paulo: Summus, 1998. v. 1, 336 p. ISBN 85-323-0614-4.

FRANKLIN, T.; FERNANDES, J. D.; VILELA, A. B. A. Attitudes of community health agents against alcoholism and alcoholists. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 9, p. e285997139, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7139.

FREUD, S. A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. *In*: Freud, S. (org.). **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Tradução: Jayme. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Epistemología Cualitativa y Subjetividad**. Playa, Ciudad de La Habana. Pueblo y Educación, 1997.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005a. 208 p. ISBN 85 – 221 – 0477 – 8.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 88 – 94, 2007, Supl. 1

HERZOG, A.; WENDLING, M. I. Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos. **Aletheia**, Canoas, n. 42, p. 23 – 38, 2013.

HOPKINS, P.; OLSON, E.; PAIN, R.; VINCETT, G. Mapping intergenerationalities: The formation of youthful religiosities. **Transactions of the Institute of British Geographers**, Newcastle, v.36, n. 2, p. 314-327, 2011.

JACOBY, M. **O encontro analítico: transferência e relacionamento humano** Tradução: Cláudia Gerpe. São Paulo: Cultrix, 1995.

KAUFFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Tradução: Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KRESTAN, J.; BEPKO, C. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. *In*: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et al. (org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 512 p. ISBN 978-85-7307-833-6.

LEVE, L. D.; KHURANA, A.; REICH, E. B. Intergenerational transmission of maltreatment: a multilevel examination. **Development and Psychopathology**, Cambridge, v. 27, n. 4, p. 1429 - 1442, 2015.

LIMA, E. H. A entrada no tratamento. *In*: Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania, 1992, Belo Horizonte. A entrada em tratamento. **Anais [...]** Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, 1992, p. 75-79).

MARLATT, G. A. **Harm reduction: pragmatic strategies for managing high – risk behaviors**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. 390 p. ISBN- 10: 1572308251.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. **Técnicas de terapia familiar**. Buenos Aires/Barcelona: Paidós, 2004.

NEUBURGER, R. La demande em Psychanalyse et thérapie familiale. Em R. Neuburger (org.). **L'autre demande: psychanalyse et thérapie familiale systémique**. Petite Bibliothèque Paris: Payot, 2003.

NOVAIS, I. M.; THEODORO, P. C. E. T.; BATISTA, R. S.; JUNIOR, U. J. P. M. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 2773 – 2782, 2015.

PARANHOS-PASSOS, F.; AYRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13 – 31, 2013.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 92 – 100, 2003.

PINELLI, C. S.; NETO, R. M. A entrada no tratamento e a instituição. In: Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania, 1992, Belo Horizonte. A entrada em tratamento. **Anais [...]** Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, 1992, p. 75-79).

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. Ouvindo vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 4, p. 396 – 405, 2004.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515 – 526, 2015.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução: Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAMPAIO, C. M. A; CAMPOS, M. A. **Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

SANCHEZ, Z. van der M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p. 265 – 272, 2008