



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Josiéle Cristina da Silva Araújo

**Psicanálise e Redução de Danos: articulações e impasses no cotidiano da
Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas**

Rio de Janeiro

2019

Josiéle Cristina da Silva Araújo

**Psicanálise e Redução de Danos: articulações e impasses no cotidiano da Atenção
Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-Graduação em Psicanálise, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

A663

Araújo, Josiéle Cristina da Silva.

Psicanálise e Redução de Danos: articulações e impasses no cotidiano da
Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas / Josiéle Cristina da
Silva Araújo. – 2019.

111 f.

Orientadora: Ademir Pacelli Ferreira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Drogas – Teses. 3. Políticas Públicas – Rio de
Janeiro (Estado) – Teses. I. Ferreira, Ademir Pacelli. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Josiéle Cristina da Silva Araújo

**Psicanálise e Redução de Danos: articulações e impasses no cotidiano da Atenção
Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-Graduação em Psicanálise, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 17 de abril de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira (orientador)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a. Dr^a. Dóris Luz Rinaldi
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a Dr^a. Viviane Tinoco Martins
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira por acolher o meu projeto de pesquisa, pelo interesse, pelas contribuições, pela disponibilidade, pelas indicações bibliográficas e pontuações que puderam nortear esse projeto; pela atenção, pelo cuidado e generosidade com que me recebeu.

À Prof^a. Dr.^a Doris Rinaldi e à Prof^a. Dr.^a Viviane Tinoco Martins pela disponibilidade e generosidade em aceitarem participar da minha banca de qualificação e defesa e por trazerem novos modos de abordagem da temática em questão e pelas contribuições fundamentais para o seguimento desta dissertação; pelo rigor ético e teórico que trazem em seus textos, artigos, livros, aulas e apresentações e que permitem a sustentação deste projeto e de uma clínica a partir da práxis analítica no cotidiano do trabalho.

Aos professores do programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ por sustentarem a continuidade deste programa em meio à todas as dificuldades que a universidade e o país enfrentam neste momento; pelo desejo, cuidado e atenção na transmissão da psicanálise.

Aos colegas do campo da Atenção Psicossocial que nos auxiliam a sustentar esse trabalho no cotidiano. Em especial, à João Delfim, Ludmila Sebba e à toda equipe da ERIJAD que foram tão importantes na minha formação, em especial: Júlio César Nicodemos, Laura Gestzi, Ana Carmen Marinho, Lilian Galper, Paula Latgé.

Agradeço a toda equipe da Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, à Ana Luísa Rajo pela parceria, ensino e cuidado com que me acolheu nessa experiência desafiadora que é a coordenação técnica de um dispositivo tão complexo. Obrigada à Tereza, Karyna, Cecília, Rogério, Eliandresso pela parceria incrível de trabalho, aos cuidadores que me fizeram aprender tanto e toda a equipe.

À toda equipe do CAPS de Saquarema pelo apoio e parceria e coragem para sustentar o dia-a-dia de trabalho em meio à tantas dificuldades. Em especial, Luciana Vidal e Rosanne Grippi pela amizade, parceria, trocas e apoio e à coordenadora Nathany Cabral pela disponibilidade de troca e construção conjunta do trabalho que realiza com a equipe.

Agradeço ao meu marido Júlio, aos meus pais, minhas irmãs e amigos pelo entusiasmo, alegria, vibração e incentivo que me deram para a conclusão desta dissertação.

“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.
Não agüento ser apenas um
sujeito que abre portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que
compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.

Perdoai
Mas eu preciso ser Outros”.

Manoel de Barros

RESUMO

ARAÚJO, Josiéle Cristina da Silva. **Psicanálise e Redução de Danos: articulações e impasses no cotidiano da Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.** 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A proposta deste projeto surge a partir das inquietações advindas da prática clínica em diferentes dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e que se debruçam sobre o cuidado daqueles que fazem um uso abusivo seja de álcool, seja de outras drogas. A partir da estratégia da redução de danos, que se apresenta como direção do Ministério da Saúde para o campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, interrogamos: em que medida essa estratégia permite uma articulação com a práxis analítica? Considerando a inserção significativa de psicanalistas no campo da Saúde Mental, o objetivo é pensar em que medida e de que modo é possível, a entrada da psicanálise no campo da atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas a partir da política/estratégia da redução de danos. Que articulação possível entre psicanálise, uso abusivo de álcool e outras drogas e a política de redução de danos?

Palavras-chave: Psicanálise. Drogas. Toxicomania. Política/estratégia de redução de danos. atenção psicossocial.

RESUMEN

ARAÚJO, Josiéle Cristina da Silva. **Psicoanálisis y Reducción de Daños: articulaciones e impasses en el cotidiano de la Atención Psicosocial a los usuarios de alcohol y otras drogas**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

La propuesta de este proyecto surge a partir de las inquietudes provenientes de la práctica clínica en diferentes dispositivos que componen la Red de Atención Psicosocial y que se inclinan sobre el cuidado de aquellos que hacen un uso abusivo de alcohol o de otras drogas. A partir de la estrategia de la Reducción de Daños, que se presenta como dirección del Ministerio de Salud para el campo de la atención a los usuarios de alcohol y otras drogas, interrogamos: ¿en qué medida esta estrategia permite una articulación con la praxis analítica? Considerando la inserción significativa de psicoanalistas en el campo de la Salud Mental, el objetivo es pensar en qué medida y de qué modo es posible, la entrada del psicoanálisis en el campo de la atención psicosocial para usuarios de alcohol y otras drogas a partir de la política/ estrategia de la reducción de daños. ¿Qué articulación posible entre psicoanálisis, uso abusivo de alcohol e de otras drogas y la política de Reducción de Daños?

Palabras clave: Psicoanálisis. Drogas. Toxicomanía. Política / estrategia de reducción de daños. Atención psicosocial.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	“Quanto mais procuro por homens honestos mais admiro meus cachorros.” Diógenes de Sínope	42
Figura 2 -	Encontro de Alexandre da Macedônia e Diógenes de Sínope.	42
Figura 3 -	Propaganda de 1885. "Drops de Cocaína. A dor de dentes desaparece. Cura instantânea!"	47
Figura 4 -	Propaganda dos anos 1930, no Brasil.....	47
Figura 5 -	Propaganda de 1967	48

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL	13
1.1 As formas de abordagem da toxicomania	14
1.2 A política pública de redução de danos	17
2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	21
2.1 De que sujeito se trata em Psicanálise e nas políticas públicas?	21
2.1.1 <u>A ética da psicanálise e a política de Estado</u>	28
2.2 A função do bem em Lacan e os ideias de prevenção que atravessam as políticas públicas no campo da atenção psicossocial	32
2.3 Algumas considerações sobre a clínica com usuários de drogas	35
2.3.1 <u>O recurso à droga: uma forma de rompimento com o gozo fálico</u>	41
2.4 O discurso da ciência e a toxicomania	45
2.5 Toxicomania, gozo e psicanálise	49
3 REDUÇÃO DE DANOS E PSICANÁLISE: QUE ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS?	62
3.1 Grupos e Psicanálise	66
3.1.1 <u>O conceito de Coletivo em Jean Oury</u>	72
3.1.2 <u>Sobre a experiência com um grupo de usuários de álcool e outras drogas</u>	80
3.2 Clínica e pesquisa no campo da atenção psicossocial: considerações a partir de um caso	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	102

INTRODUÇÃO

A questão que me move nesse projeto se relaciona ao meu percurso que tem início durante a minha graduação na Universidade Federal Fluminense, como bolsista de iniciação científica no projeto “A clínica com jovens e o uso de drogas”, do qual participei entre os anos de 2009 e 2012 e com minha inserção enquanto estagiária na ERIJAD (Equipe de Referência Infanto Juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas) da Rede de Saúde Mental de Niterói, onde pude me encontrar com a problemática do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes e com os desafios advindos dessa clínica.

Além disso, durante meu percurso enquanto estagiária da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP), entre os anos de 2010 e 2012, mais uma vez a questão do uso abusivo de drogas aparecia como tema de discussão recorrente entre homens e mulheres que se encontravam privados de liberdade. Inclusive, o motivo pelo qual estavam ali quase sempre se relacionava à sua inserção no tráfico de drogas, ou de ações relacionadas a ele.

Ao concluir a graduação, em 2013, passei a integrar a equipe da Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) localizada em Niterói, onde permaneci até o início de 2015. Este dispositivo de caráter residencial tinha por função acolher adolescentes de 12 a 18 anos com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas – esses problemas se relacionavam tanto ao uso em si, mas, principalmente, quanto aos riscos provenientes da relação com o tráfico de drogas.

Atualmente sou servidora pública e atuo em um CAPS modalidade I. Nesse dispositivo tenho me debruçado, principalmente, e a partir do meu percurso, sobre os casos de usuários com questões decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Além da aposta na construção de um trabalho com aqueles usuários que ainda não conseguem chegar ao dispositivo, é realizado semanalmente um grupo com aqueles usuários que já tem o CAPS como referência de cuidado. As balizas que orientam a direção do grupo são a própria estratégia de redução de danos e o referencial psicanalítico. Apesar de nos reunirmos em grupo, os projetos terapêuticos são pensados e construídos junto a cada usuário, de forma singular, considerando as possibilidades, dificuldades e impasses que se colocam para cada um. Enquanto alguns conseguem ir administrando o uso que fazem de determinada droga, outros tomam a abstinência como única forma de dar continuidade ao tratamento e ambas as propostas são possíveis de abarcar nesse trabalho, bem como outras que possam ser construídas com cada um.

Assim, a proposta deste projeto surge a partir das inquietações advindas da prática clínica em diferentes dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e que se debruçam sobre o cuidado daqueles que fazem um uso abusivo seja de álcool, seja de outras drogas.

A partir da estratégia da redução de danos, que se apresenta como direção do Ministério da Saúde para o campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, interrogamos: em que medida essa estratégia permite uma articulação com a práxis analítica?

Considerando os apontamentos feitos por Freud (1919) sobre a necessidade de se estender a psicanálise à camadas mais amplas da população; e, a inserção significativa de psicanalistas no campo da Saúde Mental, o objetivo é pensar em que medida e de que modo é possível, a entrada da psicanálise no campo da atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas a partir da política/estratégia da redução de danos. Que articulação possível entre psicanálise, toxicomania e a política de redução de danos?

Não posso deixar de mencionar que diante do cenário político que vivemos no país, frente a tantos retrocessos, essa dissertação pretende ser uma forma de registro escrita de práticas importantes que vêm sendo construídas pelo campo da Atenção Psicossocial no Brasil e sendo sustentadas, antes, pelo desejo dos profissionais do que por uma política de governo, que promove cada dia mais o sucateamento desses dispositivos.

Escrever essa dissertação é também uma forma de luta, de resistência, de fazer política na medida em que busca sustentar, simultaneamente, a importância da psicanálise enquanto referencial teórico e, principalmente, ético; a política de redução de danos que vem sendo desenvolvida no bojo da reforma sanitária, da luta antimanicomial e que propõe uma forma de cuidado que inclui o usuário, que lhe dá um lugar diferenciado das práticas que vinham sendo empreendidas até então; e a universidade pública, gratuita e de qualidade já que o Programa de Pós Graduação em Psicanálise da UERJ - e a universidade como um todo - nesses últimos anos vêm enfrentando a tentativa de desmonte pelo governo: salários atrasados, falta de infraestrutura, cortes no orçamento, corte de bolsas, dentre tantos outros descasos. É nesse cenário sombrio que essa dissertação - e a de tantos outros colegas e orientadores - se desenrolou. E, diante do panorama atual, a luta tem que continuar.

Não posso deixar de mencionar o momento de intenso retrocesso dos direitos conquistados até aqui que o país vive e que, no campo da Atenção Psicossocial, foram compiladas na Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde que visa esclarecer sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e que prevê, dentre outros retrocessos, o retorno do incentivo a internação em

hospitais psiquiátricos, manicômios, comunidades terapêuticas; o CAPS deixa de ter papel central na ordenação da rede, a estratégia da redução de danos perde seu lugar sendo incentivado tratamentos baseados, exclusivamente, na abstinência. Além disso, o Decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019 que aprova a Política Nacional sobre Drogas. Como resistir, fazer frente a isso enquanto analista?

Laurent (2007) traz a posição do analista cidadão, que seria aquele que é sensível às formas de segregação em voga em determinada época; aquele que lembra a civilização da prevalência da particularidade de cada um em detrimento de tomá-lo como igual a todos que a ideia de universalização promove.

1 A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

A política pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil está imersa na trajetória da política de Saúde Mental do país. Uma política pública específica para usuários de álcool e outras drogas só foi possível a partir da Reforma Psiquiátrica através da Portaria 2197/ GM, de 14 de outubro de 2004 que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Anteriormente, em 2002, por meio da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 foram estabelecidas as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, e dá outras providências

Segundo Alves (2009) é possível identificar dois tipos de posicionamentos políticos no que se relaciona ao consumo de álcool e outras drogas: as políticas proibicionistas e as políticas e programas de redução de danos. Nesse cenário, o modelo proibicionista aborda o consumo de drogas a partir de duas explicações: como problema moral cuja consequência é o encarceramento; ou como doença, cujas ofertas de tratamento e reabilitação colocam a abstinência como única meta possível. Ambos visam banir o consumo.

As propostas de tratamento ofertados pelos AA (alcoólicos anônimos), NA (narcóticos anônimos), as longas "internações" em comunidades terapêuticas, os tratamentos religiosos e as internações compulsórias colocam de antemão, como exigência, a abstinência estão alinhadas com a política de guerras às drogas, como se a substância droga em si fosse a causa principal do problema. Assim, propõem uma única forma de tratamento a todos - numa perspectiva que engloba a ciência na medida em que exclui o sujeito dessa experiência.

Em algumas cidades, como no Rio de Janeiro, assistimos atuações, como a prevista na Resolução SMAS número 20, de 27 de maio de 2011, que regulamentou o Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social e previa a internação compulsória de crianças e adolescentes em situação de rua que fazem ou não uso abusivo de drogas. Essa resolução violava de uma só vez a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei de Saúde Mental - Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental - sustentando uma forma de tratamento que se faz a partir da força policial e uso indiscriminado de medicação.

Recentemente temos visto o sucateamento dos Centros de Atenção Psicossocial, destinados aos usuários de álcool e outras drogas, que tem funcionado de forma precária, o

que parece fazer parte de uma política de governo alicerçada ao discurso psiquiátrico e que vai na direção de retomar os manicômios, dar lugar às comunidades terapêuticas e clínicas privadas. Para tal, sucateiam o que é público fazendo o desmonte de um dispositivo que foi pensado como uma proposta de tratamento que se faz na cidade, com cada um, a cada caso, como é possível. Não há receita, modelos, mas há alguns pontos que balizam e orientam o trabalho no campo da Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, a atual gestão caminha na contramão do que propõe a Reforma Psiquiátrica (NICODEMOS E ELIA, 2016). E no campo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não é diferente. Ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde sustenta uma política calcada na estratégia da redução de danos temos uma Política Nacional Sobre Drogas deliberada pelo Conselho Nacional Antidrogas, alinhada à enfadonha política de guerras às drogas. E que, apesar de trazer em seu texto a estratégia da redução de danos como uma das bases de ação nesse campo não deixa de salientar a necessidade de combater e banir o consumo de drogas.

Assim, apesar dos avanços na área - seja através de leis e políticas públicas que legitimam outras formas de tratamento que não sejam degradantes ao sujeito, seja devido ao número cada vez maior de profissionais, usuários e familiares que tem se mostrado abertos à discussão sobre a política e estratégia de redução de danos -, ainda nos deparamos com profissionais, lugares e saberes que tomam o usuário de drogas como aquele que tem um comportamento desviante, que só conseguem propor ações no âmbito da justiça.

1.1 As formas de abordagem da toxicomania

Laurent (2008) distingue e menciona quatro modos terapêuticos de abordagem da toxicomania que Naparstek (2015) vai desenvolver em sua tese (idem, 2011). São elas: a) tratamento a partir do saber, presente nas comunidades terapêuticas que se dá a partir da figura de um ex-toxicômano que poderá explicar ao novo toxicômano o que é a toxicomania e a cura para ela, partindo, assim, da premissa de que todos os toxicômanos são iguais; b) tratamento a partir do significante mestre como ocorre nos narcóticos e alcoólicos anônimos cuja referência está numa autoridade superior, como fica explícito na fala de um usuário do CAPS ao trazer um elemento que pesa quando há uma "recaída" "é como se tivesse um dedo te apontando, te vigiando o tempo todo" (sic); c) tratamento pelo sujeito realizado pela psicanálise e que vai na contramão de uma tentativa de massificação do gozo, onde a abstinência deve estar do lado do analista na medida em que o analista deve se colocar

enquanto Outro barrado e não enquanto Outro completo, que tudo sabe; o que prevalece é a dimensão subjetiva e um lugar para o gozo da palavra (LAURENT, 2011); d) tratamento a partir do objeto onde este surge como a causa do problema sendo o tratamento baseado na substituição desse objeto. Esse modo de tratar inspirou os programas de redução de danos.

Nos tratamentos baseados na substituição, o corpo apresenta-se como o lugar da intervenção. A substituição de uma substância ilegal por uma legalizada busca "enganar o corpo" (idem): "Com isto poderia ser obtido um tratamento que é ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre o gozo. É um modo de engano do gozo para introduzir ou reintroduzir o sujeito adicto dentro da comunidade do Outro como tal" (p. 66).

Se a estratégia da redução de danos comporta um viés que pode incluir a troca de objeto, ela se diferencia na medida em que inclui também a construção de vínculo, a transferência, o autocuidado, a presença no território etc.

É preciso situar que um número considerável de modos de tratamento tem um ponto em comum: a primazia recai sobre o consumo, sobre o objeto, seja pela via da abstinência, seja pela via da repressão. O sujeito é desconsiderado (MEZÊNCIO, 2014). Porém, a redução de danos, enquanto uma estratégia de cuidado em saúde, se faz a partir de algo no qual o sujeito precisa ser incluído: é preciso considerar o modo como cada um se relaciona com a droga; os efeitos que esse uso produz, o modo como o consumo ocorre, se há um desejo de interromper o uso ou apenas amenizar os efeitos sobre o corpo etc.

Naparstek (2015) sustenta que o programa político da redução de danos não toca à toxicomania. Porém, aqui é preciso demarcar a diferença da redução de danos no que se refere à sua construção enquanto política pública e enquanto estratégia de cuidado. A redução de danos enquanto política pública se refere às propostas e diretrizes estabelecidas de modo geral, universal pelo Ministério da Saúde que visam regular e orientar as ações nesse campo. Já a redução de danos enquanto estratégia de cuidado é pensada, construída a partir do caráter singular de cada caso, das estratégias que as equipes criam no cotidiano, ou seja, trazem em seu bojo uma construção artesanal. Nesse sentido, o autor tem razão se considerarmos a política de redução de danos somente a partir da lógica da substituição, porém, no campo da atenção psicossocial a estratégia da redução de danos engloba ações que extrapolam a substituição e, quando construídas levando em conta o referencial psicanalítico, fomentam um modo de cuidado que considera o sujeito e visa que este possa gozar de um modo não tão mortífero.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele

estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10)

Vale destacar que, tanto num tratamento analítico e também para a estratégia da redução de danos a interrupção do consumo não é uma condição para o tratamento. Além disso, há uma inversão no que se refere ao agente do saber que passa a estar do lado do sujeito, na psicanálise, ou do usuário, na estratégia da redução de danos. Essa inversão de lugares é importante porque se o saber fica do lado do profissional, não há “espaço para que o sujeito o produza” (Bastos, 2012, p. 42).

Outro ponto a ser considerado refere-se ao descompasso que há no campo das políticas públicas sobre drogas no Brasil que oscila entre o âmbito da segurança pública e da saúde pública com adoção de políticas proibicionistas e baseadas no ideal de abstinência e na ideologia de guerra às drogas (MACHADO e BOARINI, 2013). E que coexistem à estratégia de redução de danos que “engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Estas estratégias têm por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso de drogas pode ocasionar” (SILVEIRA, 2008, p. 9).

Naparstek (2015) aponta que o programa político de redução de danos não toca à toxicomania. Podemos considerar essa perspectiva se tomarmos a política de redução de danos somente como um programa de substituição de substâncias, como troca de objeto. No Brasil, as estratégias de redução de danos na atenção psicossocial têm se consolidado para além do olhar para o objeto configurando-se como uma forma de cuidado mais complexa e abrangente. A partir da contribuição da psicanálise o interesse passa pela relação singular que cada sujeito estabelece com a droga. Assim, há que se fazer uma distinção entre a redução de danos enquanto programa político que, de fato, não toca a toxicomania e as estratégias de atenção e cuidado que vem sendo construídas pelas equipes que estão atuando ali no dia-a-dia, no caso a caso, nos dispositivos da atenção psicossocial.

A estratégia da redução de danos parece se propor a considerar o impossível que concerne à droga no que se refere ao paradigma problema-solução. O que não quer dizer que devemos "ceder nem à resignação, nem ao cansaço" (LAURENT, 2011, p. 61), mas que devemos ser modestos diante desse impossível.

1.2 A política pública de redução de danos

Para pensar um novo modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, alguns países europeus - Holanda e Reino Unido - desenvolveram o modelo de redução de danos numa proposta de prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (Alves, 2009).

Esse movimento na Holanda, em 1980, foi impulsionado a partir do movimento social de usuários e dependentes de drogas que se reuniram para reivindicar melhoria das condições de saúde para estes. Assim, em 1984, surge o primeiro programa de troca de seringas e agulhas em Amsterdã que favoreceu a diminuição de casos de infecção por HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis.

A estratégia da redução de danos não corrobora com a ideologia propagada de uma sociedade livre das drogas porque reconhece que durante toda a história da humanidade o homem, em diferentes culturas, sempre buscou, criou e fez uso de substâncias que produzem estados alterados de consciência.

O tratamento baseado na lógica da redução de danos configura-se como de *baixa exigência* já que não estabelece a abstinência, ou seja, a interrupção do uso de determinada droga, como condição para chegar e permanecer no tratamento. Além disso, almeja que o cuidado em saúde chegue ao usuário onde quer que ele esteja - em sua casa, na rua, nas comunidades, nos locais de uso ou seja, os profissionais da saúde precisam ir onde essa população se encontra. Prevê, ainda, a participação do usuário na construção de seu tratamento e cuidado. Nesse sentido, a redução de danos está em contraposição às abordagens de *alta exigência* que estabelecem, de antemão, condições, metas e, na maioria das vezes, exige que o sujeito chegue e permaneça abstinente durante todo o tratamento.

A redução de danos se orienta pela construção de estratégias, junto ao usuário, a fim de minimizar danos de saúde e sociais advindos do uso abusivo de substâncias psicoativas; as intervenções não visam a diminuição imediata do consumo. Essa abordagem engloba, ainda, ações em diferentes âmbitos: informação, aconselhamento, maior acesso aos serviços de saúde e assistência social, distribuição de insumos e incentivo ao não compartilhamento destes, etc. A Lei Seca, no Brasil, que é uma ação que vem sendo amplamente utilizada no país para coibir a circulação de motoristas embriagados pela cidade e, consequentemente, diminuir a ocorrência de acidentes de trânsito, é um exemplo das ações que abarcam a estratégia da redução de danos em uma de suas frentes de atuação.

No Brasil, até a década de 80, o consumo de drogas ilícitas – e mesmo do álcool - não era uma questão sobre a qual a Saúde Pública se debruçava. Tal problemática ficava a cargo da Justiça e da Segurança Pública. A partir da constatação de quão enfadonha era a política de guerra às drogas e impulsionado pelos movimentos sociais teve início a construção de políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Petuco (2015) destaca que o movimento social da redução de danos nasceu em meio ao movimento social de luta contra a Aids e da Reforma Sanitária e que, no Brasil, estabeleceu um diálogo importante e frutífero com o campo da Saúde Mental a partir do movimento da Luta Antimanicomial.

Em 1989 houve no Brasil a primeira tentativa de promover ações no âmbito da redução de danos com usuários de drogas injetáveis, na cidade de Santos. Porém, a iniciativa foi interdita judicialmente. Em 1995, na cidade de Salvador, foi implantado o primeiro programa de redução de danos do Brasil e da América Latina – com troca de seringas, cujo foco era a prevenção de HIV e AIDS (ANDRADE, 2016).

A problemática que a AIDS trouxe contribuiu para fazer avançar as atuais políticas de atenção ao uso de drogas porque a incluiu no campo das políticas públicas (idem, 2016). Em 2001 é lançado, pelo Ministério da Saúde, o Manual de Redução de Danos que consolidou o termo redução de danos para além da estratégia da troca de seringas configurando-se como um conjunto de ações que se destinam a prevenir as consequências danosas do uso de drogas, pautado na escolha do sujeito de usá-las ou não, além de apresentar um viés informativo e de orientação e, principalmente, fomentando o estabelecimento de um laço entre profissionais e usuários (ROBERTO, 2003).

É somente a partir dos anos 2000 que o Brasil parece estar mais permeável à possibilidade de construção de um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas cuja orientação é a estratégia da redução de danos. Em 2003 há a formulação da política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Porém, mesmo com alguma abertura, há no país um discurso antagônico no que concerne à política de drogas pois, ao mesmo tempo em que a política do Ministério da Saúde se coloca na direção de um modelo de atenção pautado na lógica da redução de danos, a Política Nacional sobre Drogas ainda admite a existência de diversos modelos de atenção que incluem internações em hospitais psiquiátricos bem como em comunidades terapêuticas.

A Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde,

incluiu a estratégia da redução de danos na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

A Portaria nº 1028, de 1 de julho de 2005 determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Andrade (2016) coloca que, à princípio, a redução de danos obedecia a uma lógica médico sanitária. Ou seja, na implantação do programa esperavam que os usuários buscassem o serviço. Porém, o que ocorreu é que a equipe se deparou com o serviço vazio. “E ficou muito claro que nós não íamos enfrentar essa situação com aconselhamentos, dizendo às pessoas que elas estavam erradas, que elas não deveriam se injetar com a mesma seringa usada por outro” (p. 24). Logo constataram que teriam que ir onde o referido público estava “nos becos, nos guetos, nos locais de uso de drogas. Então isso já cria um certo incômodo, uma certa modificação nos moldes de prover saúde” (p. 25). E, ao adentrar esse território, viu-se que não havia um padrão de consumo de drogas, seja no tipo de droga consumida, seja a via de consumo e até a cultura de uso em cada local. Então, depararam-se com a seguinte situação: “ora, se a gente quiser trabalhar com essa população, o primeiro passo é aprender com ela” (idem). Nesse momento há uma inversão, o agente do saber passa a ser o próprio usuário.

A Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Esta portaria em seu artigo 3º parágrafo XI traz a seguinte diretriz “adoção da estratégia de redução de danos: este deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem” (BRASIL, 2009).

A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu 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 (SUS) trazendo o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS como ponto central de articulação da rede.

Para além da distribuição de insumos e da lógica de substituição de substâncias, a redução de danos enquanto estratégia de cuidado pode ser uma via de promoção de outra

possibilidade de acesso aos serviços já que pretende ser de baixa exigência, podendo trazer à cena a posição e as escolhas do sujeito, sendo este ativo nesse processo de cuidado.

Andrade (2016) afirma que a redução de danos no Brasil apresenta algumas especificidades em relação há outros países. Uma delas refere-se ao fato de ter avançado no sentido de não se limitar a ser uma política médico sanitária. Traz o exemplo dos EUA onde as trocas de seringas são feitas sem que nenhuma palavra seja dada com o técnico que recebe o usuário. Ao mesmo tempo pondera que no Brasil, talvez devido à cultura do país, ocorre de transformarmos “o estranho em familiar muito rapidamente. A gente chega na comunidade e, de repente, a gente está dentro da casa do indivíduo” (p. 56).

O acolhimento é feito considerando o modo como cada um pode chegar. Assim, a estratégia da redução de danos permite pensar uma nova lógica de produção de acesso ao cuidado baseado no vínculo, num projeto terapêutico singular que contemple o que é possível para cada um, com propostas que vão de encontro com a realidade de cada caso. Nesse sentido, há uma inversão: não são os usuários que têm que “aderir ao serviço”, como se ouve de muitos profissionais, é o serviço, o dispositivo que tem que aderir ao que cada usuário traz como possibilidade naquele momento, tem que estar permeável para uma escuta do sujeito.

Se a inclusão social e o resgate da cidadania são dimensões almejadas no campo das políticas públicas, na perspectiva psicanalítica tais contornos são redimensionados na medida em que vão além de um viés reabilitar já que compõem, antes, um campo clínico ampliado (DELGADO, 2008).

Andrade (2016) sustenta que a redução de danos se configura como uma subversão das normas sanitárias e jurídicas já que coloca a dimensão do cuidado no primeiro plano “(...) a redução de danos, que é uma política pública e está na lei, no SUS, não deixa de ser uma subversão à norma” (p. 27). E, é a partir desse ponto subversivo que a estratégia da redução de danos comporta que me interrogo em que medida ela estabelece um ponto de articulação com a psicanálise.

2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Se Freud inaugurou a psicanálise dando visibilidade e relevância ao sujeito do inconsciente ao se interessar pela histeria, Lacan foi quem sustentou a possibilidade de trabalho no campo da psicose. Desde seus primórdios, a psicanálise colocou em cena os sujeitos que interrogam e apontam os limites da ciência e da medicina fazendo um contraponto aos outros discursos.

As contribuições que a psicanálise traz para pensar o campo da atenção psicossocial perpassam o campo da ética, da política e da clínica e nos faz interrogar o modo de condução dos casos que se dá a partir da inclusão do sujeito; de marcar a diferença entre uma política universal e o que se constrói em cada caso, que é sempre singular; a importância de um diagnóstico estrutural que dê a direção do manejo clínico - particularmente na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, já que este recurso pode aparecer em qualquer uma das estruturas clínicas.

Posto isso, neste capítulo, abordaremos a interlocução entre o sujeito em sua singularidade atravessado pelo universal das políticas públicas, pelos infinitos objetos disponibilizados pela ciência e pelo mercado para tentar aliviar o mal-estar, fazendo alguns apontamentos sobre as contribuições da psicanálise na clínica com usuários de álcool e outras drogas.

2.1 De que sujeito se trata em Psicanálise e nas políticas públicas?

Ao trazer para a discussão a relação entre a política de Redução Danos e a Psicanálise não se pode deixar de destacar os operadores que marcam a diferença entre esses dois campos sendo necessário abordar a diferença entre o sujeito sobre o qual se opera em psicanálise e qual sujeito está em questão no campo das políticas públicas.

No campo das políticas públicas o que está em jogo não é um sujeito em sua singularidade, mas sim, cidadãos que serão objeto dessas políticas. As intervenções que se voltam para a população são da ordem do universal, do *para todos*. Poderíamos retomar um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) que é a equidade, que se direciona para atender cada usuário dentro daquilo que ele necessita, como uma tentativa de fazer alguma diferenciação dentro de uma política pautada na igualdade, partindo do entendimento de os

indivíduos são diversos, bem como suas necessidades. É um princípio importante que aponta para uma outra lógica do cuidado em saúde.

Porém, de forma geral, a construção das políticas públicas não se pauta no caso a caso, no máximo, direcionam novas políticas para públicos específicos: criança, adolescente, idoso, mulher, tabagista, usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais, dentre outros, formando novos nichos a partir de uma característica na qual a sociedade reconhece esses indivíduos. Posto isso, o cidadão, no campo das políticas públicas surge como um objeto sob o qual diferentes dispositivos e serviços intervêm.

Já para a psicanálise o que é considerado é a singularidade, o sujeito do inconsciente e seu sintoma¹. O que marca o sujeito do inconsciente é a falta estrutural que o constitui e se faz presente pela castração.

O sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco – e aí se situa talvez o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana, homem ou mulher. É em sua relação com a alteridade em que para ele consistem a linguagem, a família, a sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexual-se, definir-se homem ou mulher, e definir também seus demais atributos (ELIA, 2000, p.35).

O sujeito sobre o qual se opera em psicanálise é o mesmo da ciência. Porém, esta não opera sobre ele “O sujeito dividido como produto da ciência, resto do saber científico, é também aquele que é excluído por ela” (QUINET, 2009, p. 21). É a psicanálise que vai criar um modo de operar sobre esse sujeito (ELIA, 2010).

O sujeito não nasce ou se desenvolve, ele se constitui a partir do campo da linguagem. (ELIA, 2010). A história desse ser que acaba de chegar ao mundo é anterior ao seu nascimento e, até mesmo, à sua concepção “(...) o homem, desde antes de seu nascimento e para-além da morte, está preso na cadeia simbólica, a qual fundou a linhagem antes que nela se bordasse a história” (LACAN, 1998, p. 471). Ele já nasce imerso no campo da linguagem. Esse ser já é falado, investido: ele pode ter sido desejado ou não, estar sendo esperado ou não, um nome é pensado para ele, uma casa é organizada para recebê-lo, uma história sobre ele é contada aos seus irmãos, por exemplo, etc.

O ser humano nasce marcado pelo desamparo fundamental na medida em que ele é dependente do Outro materno que faz a função de interpretar e satisfazer as necessidades que esse bebê apresenta (FONSECA, 1998), além de prestar os cuidados necessários à sua sobrevivência.

¹ Em psicanálise o sintoma é tomado como um índice de reconhecimento de um sujeito, diferentemente do sintoma na medicina que, em geral, visa sua eliminação.

Nesse contexto, a constituição do sujeito se dá de forma alienada, num primeiro momento, já que ele toma de empréstimo esses significantes que vem do Outro, alienando suas necessidades a esses significantes. Porém, há um segundo momento da constituição do sujeito na qual ocorre a separação desse Outro primordial que, até então, figurava de forma onipresente. O momento da separação traz a marca do pai, da castração. O pai é uma função que introduz a Lei e interdita o incesto. Se o pai é uma função

não é a ausência de um pai de carne e osso que gera o desamparo (neurose) ou a loucura (psicose). Não é tampouco sua simples presença - mesmo afetuosa e atenta ao filho - que geraria para a criança a capacidade de viver, amar, trabalhar (critérios freudianos de boa saúde psíquica). É o fracasso da função paterna, do ofício do pai que impede o sujeito de se constituir como tal (MOUGIN-LEMERLE, 2004, p 3).

O pai enquanto função é aquele que insere o bebê humano numa linhagem, numa ancestralidade e faz a separação da mãe. Essa separação é fundamental porque é ela que pode levar o ser humano a se constituir como sujeito de seu desejo.

A marca que o pai traz introduz produz uma interrogação e a possibilidade de entrada de um outro significante que faz questão à marca do Outro primordial, na qual o sujeito em constituição estava referido num momento anterior. A consequência da entrada deste terceiro nessa relação mãe-filho é a divisão do sujeito “é isto ou a permanência na posição de identificação, a marca respondendo a demanda. A marca remete a outro significante; logo introduz o sujeito na linguagem. Esta marca corresponde a um ato inaugural do sujeito em que ele disse sim ao significante” (FONSECA, 1998, p. 193). A marca é, ao mesmo tempo, aquilo que inaugura a entrada do sujeito no campo do simbólico e o que atesta que há um perda, a perda do objeto. Uma perda na medida em que a marca configura-se como um resquício de uma satisfação que se acredita que se teve acesso algum dia. A pulsão é esse quantum de energia dispensada na tentativa de reencontrar essa primeira satisfação. A busca por essa satisfação se dá pelo mecanismo da repetição “pois é verdade que aquele objeto está para sempre perdido, mas a marca que dele ficou, demanda..., demanda..., não cessa de demandar (...)” (idem, p. 195).

É na busca de satisfazer essa demanda e tentar ter acesso e sentir essa primeira experiência de satisfação, geralmente com ações que envolvem algum risco ou subversão das leis sociais, que podemos dizer que aqueles que utilizam a droga enquanto recurso são apontados, pela sociedade, como desviantes.

Assim, ao pensarmos o campo das políticas públicas e o sujeito que se visa atingir a partir dessa perspectiva recorreremos ao sociólogo Becker (2008) que vai se debruçar em pensar como são criados os sujeitos desviantes, os chamados *outsiders*. Partimos da premissa

de que os usuários de álcool e outras drogas podem ser tomados enquanto *outsiders* na sociedade atual na medida em que interrogam, colocam em questão as leis que estabelecem o pacto civilizatório, apontam o furo e tornam visível a impossibilidade de cumprimento desse pacto.

Becker (idem) delimita que o desvio se configura como um "erro publicamente rotulado" (p. 167). Coloca que ser rotulado enquanto um desviante traz consequências que marcam o sujeito e sua participação na sociedade. É o que vemos e constatamos no trabalho cotidiano no campo da atenção psicossocial. Indivíduos marcados por um histórico de longas internações em manicômios, com seus direitos de cidadão cerceados. Mesmo com a reforma psiquiátrica, denunciam e escancaram as dificuldades pelas quais passam ao serem reduzidos à sua loucura: muitos são curatelados e tem as decisões de sua vida delegadas à uma outra pessoa; são vítimas de empréstimos abusivos oferecidos por bancos e financeiras; muitas vezes não são ouvidos em suas reivindicações, já que são "loucos"; nos hospitais, por exemplo, quando um paciente chega com uma questão clínica, de cunho orgânico, a devida atenção e tratamento não lhe é prestada já que trata-se de um "paciente psiquiátrico" (sic), ninguém se aproxima, ninguém se interessa por cuidar desse sujeito que chega.

Os relatos dos sujeitos que estabelecem uma relação com uso de drogas não são diferentes: também são marcados por diversas experiências de internação em centros de tratamento e reabilitação para dependência química; passam horas fazendo trabalho braçal em prol da instituição em que se encontram; submetem-se - pelo tempo que suportam – a um conjunto de regras e funcionamento que são construídos à revelia do grupo que ali se encontra "lá dentro você não pode fazer nada, se alguém apronta alguma, arruma briga, acaba sendo espancado e dopado de remédio" (sic), relata um usuário do CAPS; costumam ficar bem longe da família, amigos ou de qualquer vestígio de civilização. Estes ficam marcados não somente pelo uso da droga, mas, principalmente, por serem vistos como transgressores de uma ordem moral socialmente estabelecida. Não é preciso dizer que quando um sujeito comete um crime essa marca não se apaga, chegando ao ponto de profissionais seja da saúde, seja da assistência social se recusarem a prestar atendimento àquele sujeito sob a alegação de uma possível nova transgressão que pode vir a ser cometida. Assim, esses sujeitos, cujos direitos foram negados em momento anterior, veem-se num emaranhado que os deixa aprisionados e reduzidos à figura do louco, do bandido, do drogado, com toda carga que o imaginário social imprime a eles.

Becker (2008) aponta como a ciência, sob o viés da medicina, pode corroborar e ratificar a existência de sujeitos desviantes ao incluir em seus manuais de diagnóstico e

transtornos mentais os transtornos de personalidade, por exemplo. Existem, também, vertentes da psicologia que se pautam nesses manuais para a realização de diagnósticos e condução dos casos, como a abordagem cognitivo comportamental, por exemplo.

Trago uma vinheta clínica que destaca o caso A., cerca de 40 anos, usuário abusivo de álcool e cocaína, que tem constantes ataques epiléticos. Traz as marcas da violência em sua história desde o seu nascimento: sua mãe atentou contra sua vida quando ainda era um bebê, não teve uma referência paterna, não conseguiu se organizar para trabalhar e cometeu diversos delitos na cidade. Vive pelas ruas na cidade passando alguns períodos na casa da mãe. Ele já passou por todos os dispositivos de saúde e assistência social, justiça, polícia do município, porém, “nem a polícia o quer”. Pelo seu modo agressivo de se reportar aos outros e por sua aparência descuidada, desfigurada - tem um apelido que faz referência a uma deficiência que tem em um dos membros - e, principalmente por seu histórico de homicídios cometidos em determinado momento da vida, gera medo entre a população e os mais diversos profissionais, de modo que atualmente todos os dispositivos do município se recusam a acolhê-lo e quando algum técnico decide fazê-lo é sob forte pressão da equipe para que não o faça “é por sua conta e risco” (sic). Chama a atenção nesse caso o fato da hipótese diagnóstica ser delimitada categoricamente pelo componente moral, mais do que por sua vertente psicopatológica. Nesse caso, torna-se complexo a realização de uma hipótese diagnóstica a partir do que sustenta o referencial psicanalítico, ou seja, sob transferência, pois a possibilidade de construção de um vínculo transferencial fica em segundo plano já que o acesso desse usuário aos dispositivos de saúde é atravessado pelo estigma que carrega em sua história e em sua carne. Esse caso coloca, ao mesmo tempo, uma interrogação sobre o limite de nossa atuação. É possível tratar um sujeito cuja marca da violência se coloca de forma tão prematura?

Recordo-me do relato de R., 27 anos, usuário do CAPS. Chega ao dispositivo após passar por uma internação em um manicômio. Relata que abriu um surto depois que entrou para o tráfico e iniciou uso de maconha quando era adolescente. Relata que na ocasião ficou consideravelmente agressivo chegando a agredir sua mãe e “agarrar as mulheres na rua” (sic). Relata que antes de entrar para o tráfico e de cumprir medida sócioeducativa estudava e tinha a promessa de um futuro promissor como jogador de futebol. R. fala com tristeza e “arrependimento” (sic) sobre esse período de sua vida. Fala com incômodo sobre o fato de ter agredido sua mãe e dela o ter denunciado à polícia “hoje eu vou na casa dela, mas nossa relação nunca mais foi a mesma” (sic). Diz que hoje busca “ser uma pessoa melhor, que tem atitudes boas mas as pessoas, os vizinhos não esquecem o que aconteceu, ainda me xingam na

rua, saem correndo" (sic). Foi jogador de futebol e diz que gostaria de continuar nessa área "mas não jogando bola, só ajudando"(sic). Fala das dificuldades em dar seguimento aos seus projetos de vida, mesmo anos depois do ocorrido.

Esse mesmo usuário, ocasionalmente, expressa algumas palavras e frases em tom de voz alta e que ele traz como algo que não tem controle "elas (as palavras) saem" (sic). Relata uma experiência interessante que teve durante a obra que estava fazendo em sua casa onde ajudou o pedreiro. Ele diz "eu sou uma pessoa normal, mas com pensamentos loucos. Quando eu estava na obra e ficava gritando, o pedreiro me imitava e brincava comigo, ele se acostumou e não viu isso como um problema" (sic). Traz isso como uma atitude acolhedora em contraposição à sua família que diz que ele "tem que parar com isso" (sic) e, se não consegue, é porque "não está se esforçando" (sic). R. parece sinalizar que o lugar que é dado às suas "esquisitices", seja de modo repressor como faz sua família, seja de modo mais espontâneo e despojado, como fez o pedreiro, lhe deixam mais ou mesmo à vontade para expressar-se e compartilhar algo que lhe é constitutivo.

Nesse sentido, e a partir dos exemplos descritos, àqueles que são considerados desviantes, no sentido em que trazem em suas histórias, em seu corpo, em seus atos e gestos, marcas e características que não são reconhecidas pela maior parte do corpo social como possibilidades de existência, ou pelo menos de uma existência "normal". Assim, acabam por receber um tratamento da sociedade em geral que "lhes nega os meios comuns de levar adiante as rotinas da vida cotidiana acessíveis à maioria das pessoas" (BECKER, 2008, p. 45). Há uma dificuldade considerável de inclusão desses sujeitos no mercado formal de trabalho, por exemplo; quando buscam acionar outros dispositivos que não os da atenção psicossocial, como o hospital geral, ou o posto de saúde para tratar uma gripe são atendidos de forma amedrontada pelas equipes, não lhes são prescritos os necessários e devidos exames e medicações. No que tange àqueles que fazem uso abusivo de drogas, há um estigma que os marca, sejam esses sujeitos neuróticos ou psicóticos, uma vez que são vistos com delinquentes, marginais, bandidos, vagabundos etc. Não é simples sustentar que se trata de um problema grave de saúde pública, que tem implicações psíquicas, históricas, sociais, políticas, econômicas, biológicas, neuroquímicas.

BECKER (idem) faz um apontamento importante ao destacar aquilo que é considerado desvio ou não numa sociedade trazendo como exemplo a conduta profissional. Podemos trazer como exemplo o cenário político no Brasil e a enxurrada de crimes de colarinho branco cujos réus recebem um tratamento diferenciado pelo lugar que ocupam na sociedade. Nesse

sentido, podemos pensar que o desvio marca uma determinada classe, aquela que se encontra marginalizada.

Ao discutir o que é considerado desvio ou não, BECKER (2008) demarca que o comportamento desviante é um tipo de comportamento que alguns vão reprovar e outros valorizarem. Ao autor interessa buscar como cada uma dessas perspectivas é construída ou conservada. Nesse ponto, trago o caso de um adolescente de 14 anos que chega ao CAPS para a recepção. Encontrava-se em um abrigo para crianças e adolescentes no município porque estava em risco de vida em sua cidade devido à sua participação no tráfico. Durante o atendimento inicial fala sobre sua relação com o tráfico de drogas. Ao ser interrogado sobre quando havia iniciado sua inserção no tráfico, faz uma expressão de estranheza e diz não saber precisar já que "meu tio é o chefe do tráfico, a boca de fumo sempre foi em frente à minha casa" (sic). Ou seja, esse cenário fazia parte da história desse adolescente antes mesmo dele vir ao mundo e sempre esteve presente no seu cotidiano. a estranheza com que recebe a pergunta tira de lugar construções que fazemos no dia-a-dia do trabalho e nos faz considerar que o sujeito sempre faz uma escolha a partir de seu desejo, mas temos que nos interrogar qual o leque de opções disponível para cada sujeito? Quais as possibilidades de acesso à outros modos de existência, a outros lugares, outras culturas? E, por outro lado, até que ponto é possível abrir mão, desvencilhar-se das marcas que nos constitui, daquilo que marca a história de uma família por gerações?

Um ponto interessante e que contribui para pensar a questão do desvio refere-se ao modo como os usuários de drogas fazem algumas distinções dentro do próprio círculo de usuários. Usuários de crack, por exemplo, acabam sendo inferiorizados pelos demais usuários "crack é fundo do poço" (sic), diz um usuário do CAPS; bem como, a bebida alcoólica, talvez por seu caráter lícito, é vista como um produto menos nocivo, apesar dos efeitos severos que causa nos usuários que a consomem de forma abusiva, seja no corpo como na abstinência que pode provocar tremores, convulsões, insônia; problemas de saúde a longo prazo, tais como cirrose, comprometimento da memória, hipertensão, risco de infarto; além das questões e risco social que apresenta já que o uso abusivo do álcool interfere no modo como o indivíduo se relaciona com familiares e amigos, havendo ainda o risco de provocar acidentes de trânsito ao dirigir embriagado.

É interessante pensar como a redução de danos enquanto estratégia - e o próprio encontro com esses sujeitos que utilizam a droga enquanto um recurso, mesmo que frágil, precário, para estar na vida -, vem fazer uma interrogação sobre o que é considerado desvio,

ambos complexificam essa questão tirando-a de um viés maniqueísta e nos colocam a refletir sobre nossas práticas.

Um dado curioso e que tem aparecido com frequência nos relatos de um número considerável de usuários que se mudaram da cidade do Rio de Janeiro ou de grandes cidades - onde o tráfico era intenso - para o município no qual o CAPS se situa traz a própria mudança como uma forma de redução de danos na medida em que o acesso às drogas fica menos disponível já que, a oferta, apesar de existir, é menor.

2.1.1 A ética da psicanálise e a política de Estado

Se pretendemos nesta dissertação discutir uma possível relação entre a Psicanálise e a Política de redução de danos não se pode deixar de tratar da relação que se estabelece entre a ética da Psicanálise² e as políticas públicas de Estado; entre o lugar a que somos convocados e do lugar que efetivamente respondemos enquanto analista.

Se para Aristóteles o desejo fica excluído do campo da ética por ele carregar a dimensão daquilo que é monstruoso, para a psicanálise é justamente essa dimensão que vai interessar na medida em que há algo do desejo, algo de monstruoso que é inerente ao sujeito e que pode ser analisado (BROUSSE, 2003). Nesse sentido, tanto a psicanálise como a estratégia da redução de danos - salvaguardando as diferenças que carrega em relação à psicanálise - consideram o horror que concerne ao humano e que se faz presente na toxicomania.

Há diversos pontos que Lacan vai abordar em seu *Seminário - livro 7 - A ética da Psicanálise* que permitem a articulação com o que propõe esse projeto. Partindo da pergunta: como sustentar a psicanálise em seu rigor ético nos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, na interseção do encontro com as leis - que norteiam as práticas na área da saúde - e àquilo que concerne à toxicomania? - que parece ir na contramão das leis que regem um certo ideal de sociedade e, ao mesmo tempo, se relaciona ao desejo, ao que é mais singular a cada sujeito e seu modo de estar no mundo.

Segundo Rinaldi (1996),

² Segundo Calazans (2008), Lacan fará uma distinção entre a política e a ética, situando a política no campo daquilo que é da ordem do serviço dos bens, articulado a partir de uma via identificatória - que é recusada pela psicanálise. O Estado tem um papel funcional e consensual de gerenciamento de bens. Lacan traz ressalvas quanto à política na medida em que esta atua em nome dos ideais. A ética se contrapõe à política porque o sujeito não pode ser representado, ele responde em seu próprio nome.

Ao centrar a sua reflexão sobre a ética, Lacan pretende distanciar-se não só do caráter prescritivo, em termos de valores e ideais de conduta, que caracteriza a reflexão filosófica sobre a moral, como também da moral entendida como conjunto de regras e normas que funcionam como um sistema de coação social (p. 67).

Ao falar da ética, Lacan vai abordá-la para além da esfera do sentimento de obrigação, na medida em que, na psicanálise, há uma experiência que aponta para o sentimento de culpa que se liga ao desejo. Também, nesse sentido, a experiência moral não se reduz ao supereu. Tampouco, se liga à esfera social que, a partir das leis que cria situa como transgressor aqueles que não a cumprem. (CHAVES, 2012).

Em *O mal-estar na civilização* (1930[1929]), Freud apresenta uma proposição de ordem ética já que parte do conflito, da impossibilidade de adequação do homem aos ideais da civilização. Segundo Lacan (1959-60/2008), na obra de Freud a dimensão moral encontra seu lugar no próprio desejo. Desejo este atravessado pela censura. Nem tudo na ética está ligado somente ao sentimento de obrigação. E, há algo que está para além do sentimento de obrigação que é justamente o sentimento de culpa (ibidem).

Ao retomar *Totem e Tabu* (1913) para falar sobre o assassinato do pai da ordem primeva por seus filhos, ou seja, do mito da origem da Lei, Lacan (1959-60/2008) vai situar que "não apenas o assassinato do pai não abre a via para o gozo que sua presença era suposta interditar, mas ele reforça sua interdição" (p. 211). Nesse sentido, a Lei se institui a partir do crime e o gozo está relacionado a uma dívida com a Lei. A "transgressão é necessária para aceder a esse gozo (...) - é muito precisamente para isso que serve a Lei" (idem). Então, há um modo de gozo que se dá a partir da transgressão, mas que está sob a égide da Lei.

Lacan (ibidem) se propõe a precisar o sentido a partir do qual vai estabelecer uma ética para a psicanálise. E coloca que ela está desvinculada da dimensão de se querer o bem do sujeito justamente porque o bem não está ligado ao gozo. Ao que parece, a dimensão do bem exclui o sujeito na medida em que aponta para uma certa relação de domínio sobre o outro (FERREIRA, 2000).

Tampouco, uma ética da psicanálise buscará alcançar um certo ideal de felicidade, nem será propositiva nesse sentido, já que considera o gozo e o paradoxo que o atravessa. Aliás, o que vai marcar a psicanálise enquanto experiência ética é o ponto de transgressão que ela considera ao fazer uma interrogação sobre o sentido e a função do desejo.

Outro ponto que atravessa a discussão sobre a ética em psicanálise refere-se à questão da verdade. Ao analista o que interessa é a verdade do desejo que

é sempre parcial, não-toda, vinculada que está à metonímia do desejo, e, principalmente, particular, apresentando-se para cada um em sua especificidade

íntima. Esse desejo que não se submete à normatização não tem caráter de uma lei universal, constituindo-se na lei mais particular, 'mesmo que seja universal que essa particularidade se encontre em cada um dos seres humanos (LACAN, 1959-60/2008, p. 35) apud (RINALDI, 1996, p. 68).

Bastos (2012) demarca que a função do analista na instituição, com todos os atravessamentos e discursos que ela apresenta, é justamente o de sustentar um espaço de fala para que o sujeito possa indicar ali seu desejo, já que este tem caráter singular só podendo ser expresso pelo próprio sujeito.

Assim, nos deparamos, nas instituições, com o atravessamento das leis que regem o Estado, as políticas públicas - que é da ordem da generalização, do universal, do para todos. Nesse cenário, como sustentar aquilo que é da ordem do singular, do desejo, daquilo que não pode ser normatizado? Como sustentar o particular do sujeito nas instituições regidas por seus ideais de prevenção, correção, assepsia?

Na relação entre o sujeito e o Estado, há uma disjunção entre essas categorias. Segundo Elia (2015) categorias disjuntas podem se articular desde que haja entre elas um espaço de interseção vazia que não seja ocupado por nenhuma dessas categorias. É respeitando essa condição que pode haver uma articulação entre o sujeito e o Estado. Assim como a ciência, o Estado também não comporta a dimensão do sujeito:

De um lado, a ciência aliada ao Estado, como mais uma das infundáveis classificações que tentam dar conta da dispersão igualando sujeitos: para aqueles com o mesmo problema, o mesmo remédio. De outro lado, o da psicanálise privilegiando-se o trabalho a partir do sintoma: forma singular de acesso ao gozo inventada pelo sujeito a partir do corpo, a cada vez, para cada um (idem, p. 29-30).

A psicanálise se insere no campo da política pela via do inconsciente, incidindo sobre o desejo e sobre a responsabilidade do sujeito diante dele, indo assim, na contramão de uma política massificadora (NICOLAU, 2015).

Nesse contexto, o posicionamento político do analista não está calcado na participação em passeatas, protestos etc., mas no sentido de colocar a palavra em circulação, convocar o inconsciente, não cedendo “a política de saúde assistencialista insistindo na escuta do um a um, num esforço de restaurar o laço do sujeito com o Outro” (JORGE, 2006, p. 254).

Ao apontar a disjunção que há entre o saber e a verdade, atravessada pelo gozo, Lacan (1969/70) marca a posição entre a clínica e a política na psicanálise. “Não esperem, portanto, do meu discurso nada mais subversivo do que não pretender a solução” (p. 66). E mais a frente acrescenta: “a intrusão na política só pode ser feita reconhecendo-se que não há discurso - e não apenas o analítico - que não seja do gozo, pelo menos quando dele se espera o trabalho da verdade” (idem, p. 82).

Nesse sentido Danziato (2015) coloca que “não há saber que obture a falha onde se desconcerta a verdade e, por isso, não se pode tomá-lo como uma totalidade (...)” (p. 222). Assim, a psicanálise faz política ao não ratificar a existência de um saber totalizante trazendo a dimensão do inconsciente enquanto um saber não-sabido fazendo furo no saber dos discursos que se impõem como verdades (NICOLAU, 2015).

A política de saúde, na qual se insere a política de redução de danos, é regida pela dimensão do cuidado, da universalização, do *para todos*, e se diz pautada no conhecimento científico – onde não há nenhum espaço para o sujeito, seu desejo não entra em cena. No campo psi, a psicoterapia se liga a um viés de restabelecimento de um estado de saúde e bem-estar por meio da sugestão – onde o saber se localiza no terapeuta e não na fala do analisante enquanto saber inconsciente (RINALDI, 2006).

Lacan, em *Televisão* (1993), aponta que “a psicoterapia, qualquer que seja, estanca, não que ela não faça algum bem, mas ela conduz ao pior” (p. 21). Conduz ao pior na medida em que há “o retorno do real excluído pela política do bem-estar” (FINGERMAN E DIAS, 2005, p. 42). Também conduz ao pior porque acredita poder atender a demanda do sujeito fomentando “a crença na consistência do Outro, a perpetuação da neurose e da ilusão de completude pela via da fantasia amorosa que sustenta” (JORGE, 2006, p. 137)

Na contramão do que sustentam as diversas psicoterapias, a clínica psicanalítica que está implicada com a política é aquela que “possibilita a emergência de um sujeito subversivo do desejo inconsciente” (idem, p. 254).

Em *O Mal-estar na civilização*, Freud nos adverte sobre a incompatibilidade existente entre as exigências pulsionais e os ideais da civilização. É nesse sentido que Lacan (1959-60/2008) vai destacar a impossibilidade de se aproximar o bem do prazer.

Em um cenário em que tantos impasses se apresentam, o que tem a dar o analista? É o que ele tem: seu desejo, mas um desejo advertido. Advertido de que não pode desejar o impossível. Como aponta Lacan (1959-60/2008):

É na medida em que a demanda está para além e para alguém de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja, o que quer dizer a demanda para além do que ela formula. E é por isso que a questão da realização do desejo se formula necessariamente numa perspectiva de Juízo (p. 345).

Se o analista está advertido quanto a impossibilidade de acessar esse desejo, que é sempre desejo de outra coisa, sabe que sua prática não se faz a partir dos ideais que as instituições estabelecem como forma de tratamento, nem, tampouco, passa pela busca da cura.

Se o discurso médico, a ciência visa a eliminação do sintoma, é nele que o analista reconhece um sujeito. Assim, a ética da psicanálise passa por se poder bem dizer o sintoma (BASTOS, 2012).

Assim, ao retomarmos a possibilidade de sustentar a práxis analítica no campo da atenção psicossocial em articulação com as políticas públicas de saúde, bem como com outros campos de saber, estaremos sempre diante da impossibilidade de atender àquilo que as leis sociais, as leis dos homens solicitam. E devemos estar advertidos do nosso lugar enquanto analistas ao modo como vamos responder – ou não - ao que nos é demandado, já que

a função do psicanalista é oportunizar a emergência do sujeito, que, muitas vezes, se encontra obliterado pelos ideais vigentes na instituição no que concerne ao indivíduo, que definem sobre aquilo que ele deve querer e, portanto, sobre o quê a instituição deve lhe proporcionar, alienando-o à estrutura que dele trata (Bastos, 2012, p. 29).

As instituições de saúde, que são atravessadas pelo discurso científico, muitas vezes, trazem, em seu bojo, um imperativo de cura, um pedido de supressão da doença travestido de um bem a ser feito aos indivíduos.

2.2 A função do bem em Lacan e os ideias de prevenção que atravessam as políticas públicas no campo da atenção psicossocial

As políticas públicas de saúde são marcadas por um viés de prevenção e de cura onde o que está por trás é um certo ideal de sociedade, de indivíduo, de funcionamento. E, por mais que a política de redução de danos tenha avançado no sentido de considerar que há algo de inalcançável nesses ideias pré-estabelecidos, ela está marcada por esse registro em alguma dimensão.

Mais recentemente, no município onde o CAPS I que trabalho se localiza, temos visto um aumento significativo no número de pessoas que vivem nas ruas. Além da falta de outros serviços, a cidade não conta com abrigos para essa população e não tem Centro POP³. A população de rua se organiza e consegue comida, por exemplo, em igrejas ou restaurantes no Centro da cidade.

³ O Centro de Referência Especializado para pessoas em situação de rua "é uma unidade pública voltada para o atendimento especializado à população em situação de rua. Deve ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que realiza atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua". Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/centro-pop>. Acessos em 29/06/2018.

Trago essa experiência para pensar o modo como o CAPS passou a lidar com essas questões no que concerne aos usuários que acompanhamos e que vivem essa situação de estarem na rua, seja por escolha, seja por adversidades da vida e as consequências advindas no cotidiano do dispositivo.

Alguns usuários passaram a ir ao CAPS, para além de atendimentos, participação em oficinas, consultas médicas, acolhimento da crise, também para realizar suas refeições, tomar banho, guardar seus pertences, lavar suas roupas, dormir etc. Isso talvez fosse interessante e pudesse entrar como parte do projeto terapêutico de alguns usuários se não fosse o fato dessas ações, relativas à organização de uma casa (dormir, tomar banho, lavar roupas etc.) terem se desenrolado no sentido de tapar um furo que existe na cidade - já que não temos serviços de assistência a população de rua, vamos fazer isso no CAPS. Ações de cunho assistencialista.

E como o furo sempre cria um meio de aparecer, e como numa casa fazemos coisas diferentes de um espaço de tratamento, passamos a viver algumas situações complicadas e difíceis de manejar no dia-a-dia do CAPS: nos deparar com um paciente tomando banho no tanque que fica nos fundos do CAPS; receber usuários no acolhimento que diziam ter transtornos psiquiátricos ou decorrente do uso de drogas para fazer suas refeições no dispositivo, dentre outras bem complexas.

Impelidos pelo desejo de sanar, "resolver" as questões desses sujeitos em diversos âmbitos de sua vida e devido à falta de estrutura da cidade houve um movimento da equipe no sentido de tentar lidar com o impossível, com algo da ordem da falta, tamponando-a.

Um dos pontos abordados por Lacan em seu *Seminário, Livro 7* refere-se à função do bem e o que ele visa mascarar "A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar" (1959-60/2008, p. 262). Nesse sentido, não podemos perder de vista o lugar e a função do desejo do analista, a saber, o "desejo como um não-desejo de curar" (idem).

Um dos pontos que a proposta da redução de danos desloca é quanto à necessidade de abstinência do usuário para ter acesso aos cuidados que necessita. Nesse sentido, há uma inversão de lugares nessa proposta: se por um lado, não há necessidade de abstinência por parte do usuário; por outro, a abstinência fica do lado do analista. Segundo Lacan (1959-60/2008), a abstinência se faz na medida do analista não estabelecer ideais para o tratamento.

Lacan (ibidem) vai retomar a tragédia de Antígona para trazer à cena aquilo que está em jogo na posição ética sustentada a partir da psicanálise, a saber, o lugar que o desejo ocupa. Antígona é uma peça escrita por Sófocles. Nessa tragédia, Antígona tem um de seus irmãos morto, Polinices – que lutou contra Creonte para assumir o trono de Tebas. O

sepultamento de Polinices é negado por Creonte, agora, rei de Tebas. O decreto ordena que Polinices terá seu cadáver exposto. Antígona não acata este decreto e decide sepultar seu irmão. Por este desacato, Creonte condena Antígona à morte. Ela é colocada viva em uma tumba onde aguardará sua morte.

Com Antígona é possível ver o lugar que o desejo ocupa "A lei a que Antígona se refere não é a do Estado, mas a lei do desejo" (GUYOMARD, 1996, p. 35). Há uma Lei intrínseca ao sujeito que está muito além da lei dos homens. Ao ser enterrada viva, Antígona habita dois mundos, dois campos simbólicos "(...) uma vida que vai confundir-se com a morte certa, morte vivida de maneira antecipada, morte invadindo o domínio da vida, vida invadindo a morte" (LACAN, 1959-60/2008, p. 295). A morte de Antígona se dá em dois momentos: uma primeira morte, que seria a natural; e a segunda morte, que seria a morte simbólica, a castração (idem).

Lacan (ibidem) indaga o que pode significar a realização do desejo senão o encontro com a morte. Nesse sentido, o desejo enquanto função mantêm uma relação primordial com a morte "uma vez que no seu horizonte não há nenhum bem, mas uma falta de objeto" (RINALDI, 1999, p. 3).

Lacan (1959-60/2008) vai trazer a ética da análise enquanto dimensão que se expressa na experiência trágica da vida. A dimensão trágica está relacionada ao triunfo da morte. Por isso, a pergunta "Agiste em conformidade com seu desejo?" só pode ser colocada no contexto analítico (idem).

O sujeito do inconsciente é marcado pela *Spaltung*, por uma divisão que se articula com o desejo trazendo a ele alguma obscuridade, um ponto de interrogação, de inacessibilidade que impede que a pulsão seja satisfeita em sua totalidade, que denuncia que o desejo é sempre "vontade de Outra-coisa" (ibidem, p. 254). Pulsão esta que vai comportar, sempre, em última instância, um caráter destrutivo – que se, de um lado, destrói laços, por outro, traz a possibilidade da construção de outros "ela é igualmente vontade de criação a partir do nada, vontade de recomeçar" (p. 255).

Eis o que se encontra no cerne da ética da psicanálise: que o sujeito possa não ceder de seu desejo. É o que ilustra Antígona ao se apresentar como a "relação do ser humano com aquilo que ocorre de ele ser miraculosamente portador, ou seja, do corte significativo, que lhe confere o poder intransponível de ser o que é, contra tudo e contra todos" (LACAN, 1959-60/2008, p. 333). Eis o que o analista deve sustentar do lugar que ocupa.

Para sustentar essa função, o analista também paga "ele paga com palavras – suas interpretações. Ele paga com sua pessoa, pelo seguinte – pela transferência ele é literalmente

despossuído dela" (LACAN, 1959-60/2008, p. 341). Ao mesmo tempo, há uma demanda que lhe é endereçada e que ele não pode assumir ou responder que se refere à demanda de felicidade (ibidem). Responder a essa demanda é da ordem do impossível. Assim, garantir ao analisando o encontro com o que ele demanda seria uma trapaça (ibidem).

2.3 Algumas considerações sobre a clínica com usuários de drogas

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina a sua capacidade de causar dano.

FREUD, 1930 [1929]/1996:86

Se o uso de drogas remonta à Antiguidade, é somente no final do séc. XIX que o termo toxicomania surge atrelada à imagem de flagelo social, à ideia de doença e referida ao saber médico (BENTO, 2015). Nessa direção, ao buscarmos referências no surgimento do termo toxicomania, vemos que este encontra-se alicerçado numa perspectiva médica o que nos faz questionar a pertinência do uso desse termo no campo psicanalítico. Assim, “pode-se pressentir que o verdadeiro tóxico - aquele que nos ocupa numa clínica psicanalítica - não é provavelmente a droga em si!” (LE POULICHET, 1996, p. 86 apud BENTO, 2015, p. 65).

Se Freud não se debruçou sobre a construção específica de uma teoria para o uso de drogas, ao longo de sua obra encontramos algumas referências que nos auxiliam a pensar e desenvolver a referida temática.

Freud abre a *Carta 79*, de 22 de dezembro de 1897 dizendo que “...comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o ‘vício primário’, e que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios - álcool, morfina, tabaco, etc. - adquirem existência” (Freud, 1950[1892-1899], 2006, p. 323). Posto isso, podemos afirmar que o uso

de drogas se relaciona, é herdeiro de um modo de gozo autoerótico que reconhecemos na masturbação.

Em *Os Chistes e sua relação com o inconsciente* (1905/2006), Freud destaca que

(...) o homem é um ‘incansável buscador do prazer’ - esqueço-me onde deparei com essa feliz expressão -, qualquer renúncia de um prazer já desfrutado é dura para ele. Com o eufórico *nonsense* de seu *Bierschwefel*⁴, por exemplo, o estudante tenta recuperar seu prazer na liberdade de pensar, da qual vai sendo mais e mais privado pela aprendizagem da instrução acadêmica. De fato, mesmo muito mais tarde, quando, já adulto, encontra outros em congressos científicos e novamente se sente na posição de aprendiz, finda a reunião é a vez do *Kneipzeitung*⁵ que distorce em *nonsense* as novas descobertas, como compensação oferecida ao novo acréscimo em sua inibição intelectual.

O *Bierschwefel* e o *Kneipzeitung* evidenciam por seus próprios nomes que o senso crítico, repressor do prazer no *nonsense*, tornou-se já tão poderoso que só pode ser afastado temporariamente com ajuda tóxica. Uma mudança no estado de espírito é o mais precioso dom do álcool à humanidade e, devido a isso, o ‘veneno’ não é igualmente indispensável para todos. Uma disposição eufórica, produzida endogenamente ou por via tóxica, reduz as forças inibidoras, entre as quais o senso crítico, tornado de novo acessíveis fontes de prazer sobre as quais pesava a supressão. (...). Sob a influência do álcool o adulto torna-se outra vez uma criança, tendo de novo o prazer de dispor de seus pensamentos livremente sem observar a compulsão da lógica (p. 123 e 124).

Aqui, ao trazer o prazer existente no *nonsense*, Freud (idem) faz uma relação entre o comportamento de uma criança quando está aprendendo uma língua e o comportamento de um adulto quando encontra-se sob influência de algum tóxico posto que nos dois casos há uma desinibição, aquilo que não tem sentido aparece como fonte de prazer. Em seguida, aponta para um afrouxamento das forças inibidoras nos estados de embriaguez fazendo com que o sujeito tenha acesso a uma forma de prazer que, sem a presença do álcool ou de qualquer outro meio de intoxicação encontrar-se-ia suprimida pelas forças do recalque.

Nessa direção, Freud, em *Luto e Melancolia* (1917/2006) ratifica a ideia de que o uso de substâncias que produzem estados alterados de consciência agem no sentido de suprimir, diminuir a repressão presente no aparelho psíquico. Nesse texto, Freud traz uma relação entre a mania e a embriaguez alcoólica destacando a semelhança na apresentação desses dois estados. Segundo Freud (1917/2006) nas situações onde ocorre uma descarga de energia que há muito vinha concentrada, direcionada para determinado ponto há a marca de uma animação,

pelos sinais de descarga de uma emoção jubilosa e por maior disposição para todas as espécies de ação - da mesma maneira que na mania, e em completo contraste com a depressão e a inibição da melancolia. Podemos aventurar-nos a afirmar que a mania nada mais é do que um triunfo desse tipo; só que aqui, mais uma vez, aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual está triunfando permanecem ocultos dele.

⁴ “fala burlesca enunciada em cervejaduras” (Freud, 1905/2006, p. 123).

⁵ “Alguns minutos de comicidade. Literalmente, ‘jornal da taverna’” (Freud, 1905/2006, p. 123).

A embriaguez alcoólica, que pertence à mesma classe de estados, pode (na medida em que é de exaltação) ser explicada da mesma maneira; aqui, provavelmente, ocorre uma suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia no recalque. A opinião popular gosta de presumir que uma pessoa num estado maníaco desse tipo se deleita no movimento e na ação porque ela é muito 'alegre'. Naturalmente, essa falsa conexão deve ser corrigida. O fato é que a condição econômica na mente do indivíduo, mencionada acima, foi atendida, sendo essa a razão por que ele se acha tão animado, por um lado, e tão desinibido em sua ação, por outro (p. 259 e 260).

Se Freud situa onde a embriaguez alcoólica e a mania tem um ponto em comum, podemos destacar também uma diferença entre elas na medida em que, mais uma vez, esse indivíduo que faz uso do álcool encontra-se fiel ao seu objeto, este permanece o mesmo; já a mania marca justamente uma abertura para novos investimentos objetais já que não mais necessita despendar grande quota de energia para um determinado objeto, ao mesmo tempo em que há uma grande dificuldade de direcionar a energia para um objeto específico.

Em seu texto *Sobre a tendência à depreciação na esfera do amor (Contribuições à Psicologia do amor II)*, de 1912, Freud toma como exemplo um indivíduo que faz uso de álcool em relação a um grupo de pessoas que estão na condição de fome não saciada para falar sobre a impossibilidade de satisfação completa da pulsão. Aponta ainda a diferença no que concerne ao apego ao objeto no caso do beerrão, que vive uma relação harmoniosa com seu objeto de satisfação em contraposição à relação do amante com seu objeto sexual, que nunca o completa já que o caráter parcial da pulsão impede que ela possa se satisfazer por inteiro, por isso, o deslizamento por um número infinito de objetos. Nas palavras de Freud:

Suponhamos que uma série de pessoas, totalmente diferentes, fossem todas igualmente sujeitas à fome. À medida que sua necessidade imperiosa de alimentos crescesse, todas as diferenças individuais desapareceriam e, em seu lugar, observar-se-iam manifestações uniformes do único instinto não saciado. Mas, será também verdade que, com a satisfação de um instinto, seu valor psíquico sempre cai na mesma proporção? Consideremos, por exemplo, a relação de um beerrão com o vinho. Não é verdade que o vinho sempre proporciona ao beerrão a mesma satisfação tóxica que, na poesia, tem sido tão freqüentemente comparada à satisfação erótica - uma comparação que também é igualmente aceitável do ponto de vista científico? Alguém já ouviu falar de que o beerrão seja obrigado a trocar constantemente de bebida, porque logo enjoa de beber a mesma coisa? Ao contrário, o hábito constantemente reforça o vínculo que prende o homem à espécie de vinho que ele bebe. Alguém já ouviu falar de um beerrão que precise ir a um país em que o vinho seja mais caro ou em que seja proibido beber, de modo que, erguendo obstáculos, ele possa aumentar a satisfação decrescente que obtém? De maneira nenhuma. Se atentarmos para o que dizem os grandes alcoólatras, como Böcklin, a respeito de sua relação com o vinho, ela aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz. Por que a relação do amante com seu objeto sexual será tão profundamente diferente? (p. 193 e 194).

Interessante observar o apego daquele que faz uso de álcool e como é difícil fazer com que esse objeto que intoxica deslize ou que outros objetos possam ser incluídos nesse intervalo entre um gole e outro.

Quanto a pergunta que Freud faz no final do trecho citado, a saber “por que a relação do amante com seu objeto sexual será tão profundamente diferente?” podemos considerar que na relação do bebedor com seu objeto há um modo de gozo autoerótico onde o investimento simbólico não comparece ao passo que ele está presente na relação de um amante com seu objeto de amor que é recoberto pelo simbólico. Com o uso do álcool ocorre um rompimento com o gozo fálico, onde o sujeito não precisa passar pelo impossível da relação sexual, isso é suprimido da experiência, o desejo do Outro não comparece (MAIA, 1998).

A obra de Freud *O mal estar na civilização* (1930/2006), torna-se alicerce para pensar o problema exposto quando este destaca o desacerto na engrenagem entre o homem, seus quereres e a civilização. A este desacerto ele nomeia mal-estar na civilização. Freud afirma que “a vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas” (FREUD, 1930, p.83). Diz ainda que, sob a influência do princípio do prazer, pelo qual o funcionamento do aparelho psíquico é dominado, há uma tendência em isolar do ego tudo que é fonte de desprazer. Porém, esta tendência entra em conflito com o mundo externo e, portanto, é indispensável que utilizemos medidas para nos auxiliar a enfrentar o mal-estar, ou seja, medidas paliativas que estejam postas entre as exigências pulsionais e as restrições da civilização. São citadas, então, medidas para apaziguar o mal-estar: a ciência, a sublimação através da arte e as substâncias tóxicas que produzem anestesia e provocam alterações químicas no corpo. O uso de substâncias tóxicas é, segundo Freud, o método mais agressivo e grosseiro, porém o mais eficaz para evitar o sofrimento, uma vez que as drogas nos afastam e nos anestesiaram contra a realidade (idem).

Segundo Ferreira (2000), “a criação da cultura e da civilização pode ser entendida como o esforço humano de proteger-se contra o inominável da dor e da morte, cuja representação esfacela-se no psiquismo”. (p. 149). Porém, o preço que se paga pelo progresso da civilização é justamente uma cota considerável de renúncia às pulsões. A impossibilidade de se alcançar a felicidade se dá na medida em que o programa do princípio do prazer não pode ser realizado devido ao descompasso entre as exigências da civilização e a satisfação pulsional.

A partir da contribuição lacaniana temos a noção de mais-de-gozar que surge a partir da renúncia ao gozo. Neste contexto, o que está além do princípio do prazer, a pulsão de morte faz aparecer a falha primordial inerente à satisfação (SANTIAGO, 2017). Assim, o gozo configura-se como o componente da estrutura psíquica que impede que o ideal de felicidade seja alcançado na medida em que se organiza a partir de uma lógica paradoxal.

Alcançar a satisfação pulsional passa pelo interdito do gozo supremo, mas, ao mesmo tempo necessita da presença do gozo "isso quer dizer que para haver satisfação a própria satisfação deve ser detida" (idem, p. 128). Se o gozo se apresenta como ilimitado, a satisfação vai trazer seu aspecto limitador.

O gozo é um conceito necessário para compreender como o sujeito tem a ver com seu sintoma, como ele o ama bem mais do que o bem-estar, o prazer, o benefício e mesmo ele próprio, inclusive quando o faz sofrer. É precisamente nisso que gozo e prazer se distinguem. O gozo se alia à dor - o sintoma, de sua parte, magoa - e designa a satisfação paradoxal retirada dessa dor. Trata-se de uma satisfação que pode prejudicar o organismo e se tornar autônoma e até conduzir à morte (LACADÉE, 2011, p. 94).

A partir de Freud, prazer e felicidade vão aparecer como termos antinômicos já que a felicidade surge como modo de evitar o sofrimento e a dor. A droga tem a finalidade de evitar o desprazer (FREUD, 1930/2006). Em meio ao mal-estar na civilização comparece a inclinação constituinte do sujeito ao gozo. Em meio ao imperativo de felicidade há também a presença da pulsão de morte – componente destrutivo que compõe o circuito da satisfação libidinal - "a satisfação obtida na tentativa desesperada de evitar o sofrimento carrega consigo, em contrapartida, a nocividade inerente à pulsão de morte" (SANTIAGO, 2017, p. 127).

Santiago (idem) traz um aspecto abordado por Freud em sua obra no que se refere à relação entre a droga e o sintoma e propõe que o uso da droga enquanto recurso – ainda que provisório, já que seu componente nocivo retorna para o sujeito - configura-se como uma ação substitutiva a partir do momento em que o sintoma enquanto resposta não mais atende os imperativos do sujeito.

Assim, a droga funciona como uma saída, um recurso, mesmo que precário, é uma forma de aniquilação do mundo externo, sendo uma fonte imediata de prazer, pois anula a realidade e não coloca em questão o sujeito, seu desejo e sua responsabilidade. É uma forma de obter um gozo imediato e refúgio em um mundo próprio. Esse refúgio é apontado por Santiago (2017) como um aspecto nocivo da satisfação obtida através da intoxicação porque é um modo de satisfação solitário, que não faz laço, como bem explicita o personagem central do filme *Trainspotting*, quando diz porque escolheu a droga:

Escolher uma vida, escolher um emprego, escolher uma carreira, uma família. Escolher uma televisão grande, máquina de lavar, carros, toca-discos, abridor de lata elétrico. Escolher saúde, colesterol baixo, seguro dentário. Escolher prestações fixas para pagar. Escolher uma casa. Escolher amigos. Escolher roupas e acessórios. Escolher um terno feito do melhor tecido. Se masturbar domingo de manhã pensando na vida. Sentar no sofá e ficar vendo televisão. Comer um monte de porcarias... acabar apodrecendo no final. Escolher uma família e se envergonhar dos

filhos egoístas que pôs no mundo para substituí-lo. Escolher futuro, escolher uma vida. Por que eu iria querer isto? Preferi não ter uma vida. Preferi ter outra coisa. E motivos.... Não há motivos. Para que motivos, se tem heroína?.

Frente a um mundo de exigências, decisões e escolhas, opta-se pela recusa disso, por abrir mão do que está em jogo no processo civilizatório através de uma saída autística, solitária que é o recurso à droga. Fazendo referência a fala da personagem principal no filme *Trainspotting*, Grossi e Nogueira (1998) apontam que a redução do saber a um saber fazer produz “um sujeito sem sintoma, sem divisão subjetiva, sem vacilação do gozo, provocado pela tela fantasmática, implicando que o gozo esteja à mão, podendo ser incorporado” (p. 96).

No que concerne ao que é sintomático no uso abusivo de determinada droga há uma relação que se estabelece entre a satisfação tóxica e a satisfação sexual. Porém, no uso da droga não comparece de forma imediata o componente fantasmático sexual, ou seja, se abre mão do Outro sexo (SANTIAGO, 2017). Freud sustenta que na satisfação tóxica o laço que se estabelece é entre o sujeito e o produto tóxico. Traz como exemplo a relação entre o bebedor e a bebida (álcool) onde se estabelece um "casamento feliz", harmonioso "detendo-se apenas no sentimento de elação ou de fusão simbiótica do bebedor com sua garrafa de vinho" (idem, p. 132) como bem ilustra a fala de um usuário alcoolista do CAPS quando descreve o período de uso intensivo do álcool "eu dormia e acordava com ela (a garrafa de cachaça) ao meu lado" (sic) como se isso bastasse naquele momento para que sua vida seguisse.

Ao apontar, em 1975, que a droga "é o que permite romper o casamento com o pequeno pipi"(LACAN, p. 21), Lacan situa que o uso da droga é um modo de ruptura com o gozo fálico - expressão que também vai situar a psicose. A diferença na toxicomania é que esse rompimento com o gozo fálico se dá sem o forclusão do Nome-do-Pai (LAURENT, 2014).

Em Freud, as drogas seriam uma solução para o mal-estar na cultura e em Lacan, servindo para romper com o ‘pequeno pipi’, aqui o gozo fálico. Assim, o fenômeno das toxicomanias se apresenta como uma ‘promessa’ de encontro com o objeto perdido, promessa tanto radical quanto enganosa na qual o sujeito do inconsciente se apaga (OLIVIERI, 1998, p. 174).

A droga entra no lugar do objeto causa de gozo em detrimento do objeto enquanto causa de desejo fazendo com que a cadeia de significantes não deslize. O enigma do desejo do Outro fica suprimido na medida em que a droga tampona a falta, não deixa o furo aparecer.

2.3.1 O recurso à droga: uma forma de rompimento com o gozo fálico

Se nos compêndios e manuais que se configuram como referências para a descrição nosográfica em psiquiatria vemos uma ampliação no número de síndromes e transtornos elencados, em psicanálise, as estruturas clínicas permanecem as mesmas. Isso porque o referencial psicanalítico parte da premissa de que os sintomas e suas formas podem mudar de acordo com o discurso dominante de determinada época na civilização, “o ‘invólucro formal do sintoma’ varia segundo a época: a histeria muda de cara, a psicose de vestes, a obsessão de idéias” (QUINET, 2009, p. 10), porém, as estruturas clínicas permanecem as mesmas, a saber: neurose, psicose e perversão⁶. Elas não mudam porque tomam como referencial não o fenômeno, mas a estrutura que se relaciona ao modo “como o sujeito lida com a falta inscrita na subjetividade, falta que condiciona a forma de cada um se haver com o sexo, o desejo, a lei, a angústia e a morte” (ibidem, p. 10).

Partimos do entendimento de que a toxicomania não está localizada em uma determinada estrutura clínica "(...) a toxicomania não é uma estrutura clínica, mas uma operação sobre a estrutura" (TARRAB, 1998, p. 151).

Soler (1998) coloca que a toxicomania pode ser considerada uma forma de sintoma se a tomarmos em seu sentido mais geral, ou seja, como um modo de tratar o gozo. Aponta o toxicômano como aquele que se recusa se submeter ao gozo fálico - sendo este não somente relativo ao gozo do órgão, mas também referido à chamada competição social. O toxicômano se recusa a atender os ideais civilizatórios.

Santiago (2017) vai abordar a toxicomania não como uma estrutura a parte, mas como uma nova forma de sintoma que surge a partir do discurso da ciência, onde o sujeito estabelece uma parceria cínica com a droga na medida em que esta oferece uma unidade, uma completude ilusória a esse sujeito que é *falta-a-ser*. “A imposição do eu desse componente ilusório da intoxicação produz-se, (...), na tentativa de unilateralizar a divisão do sujeito, atenuando, assim, as incidências do Outro sobre ele” (p. 183). Assim, em termos analíticos, pode-se considerar que o ato de intoxicar-se é uma tentativa de não se haver com o campo do Outro. É um modo de gozo cínico⁷ já que rejeita o Outro, é a “recusa de que o gozo do próprio corpo seja metaforizado pelo gozo do corpo do outro” (ibidem, p. 184), é um modo de gozar do corpo que fica à margem do laço social.

⁶ As estruturas clínicas pelas quais a psicanálise se baliza são oriundas da nosografia da psiquiatria clássica.

⁷ Em *Algumas considerações sobre o gozo autoerótico*, Miller “introduz a dimensão de um gozo cínico na toxicomania, um gozo autoerótico, fazendo menção ao cinismo de Diógenes, o cínico. Cinismo com relação aos ideais da polis grega. Diógenes se masturbava em público, go-zando, extraindo o gozo do próprio corpo, dispensando os signifi-cantes que vinham do Outro da cultura grega, do corpo de Ideais da polis grega. Então, a esse gozo Miller chamou cínico” (Beneti, 2014, p. 33).

O Cinismo foi uma escola filosófica que vigorou por volta do século 400 a.c. que teve como uma de suas figuras mais emblemáticas, Diógenes, o cínico, aluno de Antístenes (discípulo de Sócrates). O cinismo deriva da palavra grega *kynikós* que “significa literalmente ser como um cão, comportar-se como um cão ou ter características que lembram cães” (NAVIA, 2009, p. 73). Os filósofos dessa escola menosprezavam os pactos sociais, ao mesmo tempo em que havia um desprendimento dos bens materiais e de toda e qualquer preocupação. Diógenes vivia nas ruas, como um cão⁸, e satisfazia suas necessidades fisiológicas e sexuais em praça pública, tendo um modo de vida simples, não dando importância às convenções sociais (LIMA, 2012).

Figura 1 - “Quanto mais procuro por homens honestos mais admiro meus cachorros.”
Diógenes de Sínope



Figura 2 - Encontro de Alexandre da Macedônia e Diógenes de Sínope.



⁸ “Faço festas aos que me dão alguma coisa, lato contra os que não me dão nada e mordo os celerados” (Antiseri, Reale, 1990, p. 233).

Soler (1998) retoma o cínico como uma figura do gozo. Porém, marca uma diferença entre o cinismo moderno e o cinismo de Diógenes na medida em que este tinha um interlocutor “Diógenes não se contentava somente com gozar de seu órgão em seu tonel; ele contestava Alexandre⁹, ou seja, era uma figura de protesto e de oposição ao mestre antigo” (p.51). Já o cinismo moderno seria marcado por um gozo pessoal, sem interlocutor, que não traz a marca da subversão, como podemos ver em Diógenes.

Santiago (2014) vai apontar que na era da ciência a toxicomania promove um curto-circuito que é característico das soluções não fálicas que visam promover uma disjunção entre o gozo e o corpo.

Olivieri (1998) sustenta que a toxicomania não pode ser considerada uma estrutura clínica na medida em que não recorre ao simbólico; também não é um sintoma porque não ocorre uma formação de compromisso, além disso, prescinde do gozo fálico, o desejo não comparece, a droga não faz enigma para o sujeito - nesse contexto, a droga surge não como objeto de desejo, mas como objeto de gozo; e não pode ser colocada no campo da perversão porque não tem a mediação da fantasia. Bentes (1998) também corrobora essa posição e acrescenta que na perversão há o uso da fantasia de um modo bastante específico. Nessa direção

Os fenômenos toxicômanos exemplificam como a não ‘*pèreversion*’, a não orientação ao pai tem como efeito sustentar o gozo no corpo e romper com o Nome-do-Pai sem ser uma psicose, desmentir a mulher sem ser uma perversão e manter o recalcado sem sintomatizar como na neurose (BENTES E GOMES, 1998, p.24).

Torna-se fundamental o diagnóstico estrutural para a condução dos casos, porém, muitas vezes, há dificuldade em fazê-lo seja devido à dificuldade de estabelecimento da transferência, seja devido ao fato da droga, por vezes, mascarar uma estrutura.

O diagnóstico estrutural, em psicanálise, só é possível de ser realizado sob transferência e a partir do registro do simbólico, já que é nesse registro que o sujeito escande as questões fundamentais que lhe são colocadas durante a travessia do Complexo de Édipo, a saber, a morte, o sexo, a paternidade e a procriação (QUINET, 2009).

A vivência, a passagem pelo Complexo de Édipo é o que vai assegurar ao sujeito a possibilidade de algum acesso à realidade, segundo Lacan (1955-56/2002):

⁹ “Igualmente famosa é sua história com Alexandre da Macedônia (ainda antes da guerra, não era chamado de “O Grande”), que, ao encontrá-lo, Alexandre solicitou que Diógenes pedisse o que quisesse e este pediu que Alexandre saísse de sua frente, pois estava tapando a luz do sol. Diógenes estava com esse ato demonstrando o quão pouco ele necessitava para viver bem conforme sua natureza. Essa resposta impressionou vivamente Alexandre, que, na volta, ouvindo seus oficiais zombarem de Diógenes, disse: – Se eu não fosse Alexandre, queria ser Diógenes” (Redação, 2016). Disponível em <http://sociologica.com.br/2016/11/conheca-diogenes-de-sinope-o-cinico-que-calou-platao/>. Acesso em 16/11/2018.

Ora, não podemos articular esse complexo, sua cristalização triangular, suas diversas modalidades e consequências, sua crise terminal, dita declínio, sancionada pela introdução do sujeito em uma dimensão nova, a não ser na medida em que o sujeito é ao mesmo tempo ele próprio e os dois outros parceiros. É o que significa o termo identificação que empregamos a todo instante. Há portanto aí intersubjetividade, e organização dialética. Isso é impensável se o campo que localizamos com o nome de Édipo não tiver uma estrutura simbólica (p. 226).

A passagem pelo Complexo de Édipo ocorre a partir de três modos de negar a castração do Outro: na neurose, através do recalque (*Verdrängung*), nega-se o elemento, mas ele é conservado no inconsciente; na perversão há o desmentido onde o perverso também nega o elemento e o conserva, como o neurótico, porém, não no inconsciente, mas no fetiche; já o psicótico foraclui (*Verwerfung*), ou seja, nega a castração de uma forma extrema pois não deixa nenhum vestígio, ela é exterminada, a inscrição da castração está ausente não havendo, portanto, registro dela no Simbólico (QUINET, 2009).

Apesar de todos os esforços do sujeito para negar a castração, ela sempre retorna, independente da estrutura. Na neurose há o retorno do recalcado que comparece através do sintoma; na perversão ocorre o retorno do desmentido no fetichismo; e na psicose retorna o foracluído que se manifesta através das alucinações e delírios (idem). Assim, numa psicose há algo que não se completa: é o Édipo. Nesse sentido, é possível articular que "a psicose consiste em um buraco, uma falta ao nível do significante" (LACAN, 1955-56/2002, p. 229).

É preciso considerar a especificidade da utilização da droga enquanto recurso na psicose, o que nos faz considerar um outro tipo de relação com a droga, com a abstinência, com o desencadeamento da psicose. Se na neurose o uso da droga opera como uma tentativa de tamponar a divisão subjetiva, na psicose ela configura-se como uma tentativa do sujeito (de)senlaçar-se do/ao Outro (FARIA, 2014). A toxicomania nos casos de psicose pode apresentar-se como um modo de manter conectados o imaginário e o real (ANDRADE, 2014). Como não há inscrição do Nome-do-Pai na psicose, há uma falta de limites do corpo na medida em que o gozo o invade de forma desregulada. Segundo Miranda (1998), para o psicótico a droga precisa portar “um significante que faça suplência, que traga um gozo no real, no lugar de um traço de identificação ao Nome-do Pai no registro simbólico” (p.183).

Lacan (1975/2016) aponta que a angústia advém no momento em que o sujeito, seja ele homem ou mulher, se dá “conta de que está casado com seu pau” (p. 21). Assim, a angústia está relacionada à descoberta do pequeno-pipi e há um movimento do sujeito na tentativa de romper o casamento com esse pequeno-pipi. Nesse sentido, a droga é bem sucedida, pois, segundo Lacan (idem), a droga “é o que permite romper o casamento com o pequeno pipi” (idem), ou seja, com o gozo fálico, marcando, assim, a relação entre a função

da droga, a castração e o gozo. Existe na toxicomania um curto-circuito da função sexual, ligada à ruptura com o gozo fálico já que há uma dificuldade em suportar as exigências impostas pela função fálica (SANTIAGO, 2017). Há uma separação entre o gozo e o corpo que tira de cena o sujeito do desejo. Essa ruptura com o gozo fálico não implica, necessariamente, na forclusão do Nome-do-Pai. E, caso isso ocorra, estaremos no campo da psicose - onde o gozo se dá no real e não a partir de um traço de identificação ao pai, como característico da neurose. Além da ruptura com o Nome-do-Pai fora do campo da psicose, há também a ruptura com a fantasia, o sujeito goza sem passar por ela. Outro apontamento de Laurent (2014) refere-se ao fato da toxicomania promover uma forma de gozo uno, ou seja, que não passa pelo sexual.

O uso da droga na psicose pode atuar tanto como aquilo que desencadeia um surto como um operador que impede esse desencadeamento, ou seja, é um modo de "tratar" o gozo excessivo que invade o sujeito fazendo suplência na tentativa de fazer alguma amarração (GUEDES, 2014). Por isso a psicanálise pode contribuir de forma significativa nesses casos na medida em que vai deter-se na função que cada sujeito estabelece com determinada droga.

O corpo do ser falante é atravessado por marcas e traços que o acompanharão por toda a vida. Assim, essas marcas também estão colocadas para o sujeito que escolhe a droga enquanto recurso. A escolha da droga pode ser considerada como uma tentativa de encobrir essas marcas – sempre traumáticas.

2.4 O discurso da ciência e a toxicomania

Se a psicanálise deriva da ciência, há um ponto de ruptura na medida em que a ciência busca suturar o sujeito, na tentativa impossível de objetivá-lo, ao passo que a psicanálise vai se interessar justamente por esse sujeito e seu modo singular de gozar. Nesse cenário, o gozo toma prevalência na teoria lacaniana tornando-se o ponto de disjunção entre a ciência e a psicanálise (SANTIAGO, 2017), como aquilo que é inerente, constituinte de cada sujeito.

A entrada do discurso científico no campo do uso abusivo de drogas trouxe mudanças significativas nessa área. Dentre elas gostaria de destacar uma que atravessa diariamente o cotidiano daqueles - usuários e trabalhadores que atuam no campo da atenção psicossocial, a saber, o uso, por vezes, abusivo de medicações psiquiátricas. Como aponta Martins (2009):

Nosso recorte referente aos tóxicos não nos parece impeditivo de incluir referências teóricas sobre os usos particulares dos medicamentos, uma vez que tais usos nem sempre encontram correspondência com as orientações médicas ou com princípios ativos dos fármacos (p. 10- 11).

Se a droga pode ocupar o lugar de medicamento (SANTIAGO, 2017), por outro lado, temos as medicações psiquiátricas que, em uma quantidade considerável de casos, são utilizadas para apaziguar o mal-estar, "diminuir a angústia" (sic). O que faz com que interroguemos nossa prática nesses dispositivos onde a medicação é um recurso largamente utilizado, receitado, recomendado aos usuários "na psiquiatria, os objetos produzidos pelo saber da neurociência são os medicamentos que podem facilmente virar objetos de consumo quando a psiquiatria entra no discurso do capitalista" (QUINET, 2009, 21).

Recordo-me de um adolescente que ao chegar na Unidade de Acolhimento Infância Juvenil (UAI) para tratar de questões relativas ao uso abusivo de cocaína e *tinner* nos interrogava sobre o uso das medicações "quer dizer que para eu parar de usar drogas (substâncias ilícitas) eu preciso usar outras drogas (substância lícitas, apesar de reguladas, que tem o aval do discurso médico)?" (sic). Pergunta fundamental que permite interpelar e reorientar nossa prática num cenário onde para cada dor vende-se a ilusão, a promessa de cura numa pílula, num comprimido, em objetos infinitos que não param de ser produzidos. Que outras saídas possíveis podemos construir com cada sujeito, em seu tempo, no contexto em que vivemos, com a limitação de cada um, do modo como é possível?

É considerável o número de usuários que chegam ao CAPS e fazem um uso abusivo de medicações psicotrópicas, essas substâncias entram no lugar de uma satisfação substitutiva, um modo de se apagar – inclusive são usadas de modo indiscriminado em tentativas de suicídio. Um dos usuários do CAPS fala de sua relação com a medicação rivotril "eu uso há dezessete anos, eu não posso ficar sem, às vezes não vou nem tomar, mas se não tiver em casa, se estiver faltando, eu não consigo fazer nada" (sic). Um modo de intoxicação que tem o respaldo da ciência, que movimenta um mercado lucrativo de fármacos e que atende aos interesses do capital. Assim, o recurso às drogas configura-se como um dos efeitos que a ciência produz no mundo (SANTIAGO, 2017). Atento a essa questão, QUINET (2009) se interroga se é a evolução da ciência que propicia a criação de novas medicações para novos males ou se os males, ou pseudomales são anteriormente produzidos para que se utilize as medicações que ela fabrica. Neste caso, "vemos as neurociências a serviço do discurso capitalista produzindo não só novas drogas (novos gadgets), mas também, (...), novas categorias diagnósticas que justificariam assim "médica-mente" a utilização dos psicofármacos" (p. 22).

Aliado ao discurso da ciência e ao discurso do capitalista temos os meios de comunicação. À título de curiosidade, segue abaixo, algumas propagandas veiculadas no final do séc. XIX e ao longo do séc. XX referentes ao que hoje conhecemos como drogas lícitas e

ilícitas. Essas propagandas nos lembram como ideologias e as leis que regem a civilização são datadas e socialmente construídas.

Figura 3 - Propaganda de 1885. "Drops de Cocaína. A dor de dentes desaparece. Cura instantânea!"

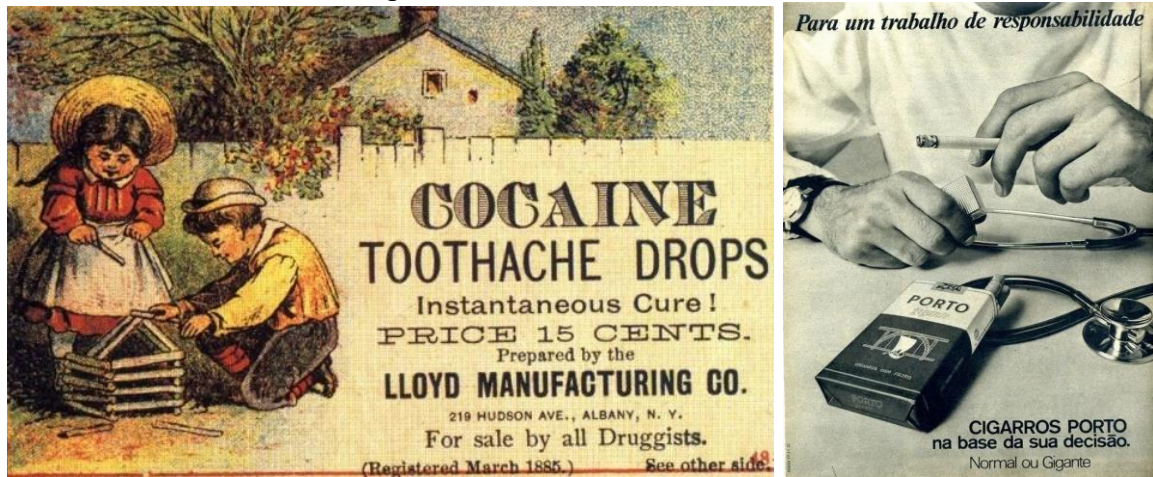


Figura 4 - Propaganda dos anos 1930, no Brasil.



Figura 5 - Propaganda de 1967



Ao visitar o site onde essas propagandas estão disponíveis, a saber, <https://www.propagandashistoricas.com.br/>, chama a atenção o fato de que, no que se refere ao uso de álcool e drogas, é na década de 90 que há um aumento substancial no número de propagandas contra as drogas, no Brasil, produzidas pela Associação Parceria contra as Drogas.

Fato que nos faz considerar que, se em um momento anterior, as drogas, de um modo geral, tinham uma inserção na sociedade onde seu consumo era possível, a partir da política de guerra às drogas, dos “avanços” da ciência e o frenesi do mercado capitalista, esse uso/consumo passa a ser endemonizado e os sujeitos que o fazem são considerados desviantes. Becker (2008) faz um apontamento importante ao destacar como os meios de comunicação e propaganda ocupam um lugar primordial na construção do imaginário social, como fica visível nos exemplos acima onde num primeiro momento o uso de determinada droga era incentivado e num segundo momento, onde as propagandas parecem pretendem criar uma atmosfera de medo e repressão.

Lembre-mo-nos do cigarro que já foi usado em larga escala, em todos os lugares e ambientes e mais atualmente, onde os locais de uso foram restringidos e seu consumo é desestimulado.

Laurent (2011) sinaliza o ponto de ligação entre substâncias psicoativas legais e ilegais. Traz como exemplo a cocaína e a morfina que no final do séc. XIX eram utilizadas como anestésicos. Foi a criação da aspirina e do ibuprofeno que promoveu a separação entre drogas e anestésicos.

O que marca a ciência é o fato de ter feito surgir, no real, objetos e coisas que não eram acessíveis a percepção humana. São os *gadgets*. O sujeito se liga a eles na medida em que oferecem alguma satisfação pulsional ao sujeito (ibidem). Santiago (2017) faz um apontamento importante nesse sentido:

Se a droga pode servir à satisfação, isso acontece porque esta última está aberta, por sua natureza mesma, a toda espécie de saída possível. A abordagem clínica propriamente lacaniana da droga sustenta-se no fato de que a pulsão pode se satisfazer com um objeto nocivo ao indivíduo. A questão clínica da droga expõe, justamente, o paradoxo da satisfação que se enuncia no fato de o sujeito não procurar, forçosamente, um objeto que lhe traga o bem (p. 180).

Do ponto de visto financeiro, econômico, do capital as drogas ilícitas, assim como as lícitas - os psicofármacos, por exemplo - são um produto bastante lucrativo devido a todo um mercado que movimenta, seja pela via do uso da substância em si que movimenta o tráfico de drogas que se dá em escala mundial; seja pela via da oferta de espaços de tratamento como clínicas particulares, comunidades terapêuticas que se dizem capacitadas para lidar com essa problemática; seja pela via da política de guerra às drogas que mobiliza todo um aparato do Estado, armas, operações policiais em diversas esferas. Vende-se a droga, vende-se tratamento, vende-se a sensação de segurança, vendem-se prisões, vende-se um estereótipo do perigoso sob a figura do traficante (KARAM, 1998) que produz receio, medo de determinada parcela da população. Um movimento circular que visa atender os interesses do capital na medida em que parece manter cada ator no seu devido lugar. A mídia tem papel fundamental nesse circuito: introjeta o medo, a insegurança, “bota lenha na fogueira” de forma a manter “tudo no seu devido lugar”.

2.5 Toxicomania, gozo e psicanálise

Se em uma época anterior podíamos dizer que a toxicomania se dava a partir da "reunião ao redor de alguns significantes mestres para consumir a droga" (NASPARTECK,

2015, p. 35), como na Grécia, por exemplo, através das festas dionisíacas (ARAÚJO, 2014); ou como os alcoolistas que se reuniam no bar; ou do movimento hippie dos anos 60 e 70, atualmente pode-se dizer que ela ainda faz laço, porém, em alguns cenários esse laço pode ser precário, provisório, como em uma cracolândia, por exemplo, onde os usuários encontram-se expostos a todo tipo de vulnerabilidade: social, estrutural, de saúde, violência etc. O laço que se estabelece é, por vezes, frágil.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, para a psicanálise, nem todo aquele que faz uso de determinada droga é considerado, necessariamente, toxicômano, dependente. Há que se fazer uma diferença entre uso recreativo - quando o uso não é patológico ou problemático; uso abusivo - uso nocivo, prejudicial onde há dano real causado ao usuário; e dependência de substâncias psicoativas - quando o uso torna-se compulsivo, há crises de abstinência, a tolerância a substância psicoativa aumenta, há abandono de outras atividades que o usuário realizava em favor do uso de determinada droga (Silveira, Doering-Silveira, 2014).

O que vai definir o tipo de uso que se faz de determinada substância psicoativa é o caráter de sujeição que cada um vai estabelecer com a droga, bem como o distanciamento do laço social, como traz um usuário do CAPS "eu tenho amigos que usam cocaína, mas eles conseguem trabalhar, cuidar da família, organizar sua vida financeira. Eu não consigo fazer isso, quando começo a usar cocaína não consigo parar, eu só penso nisso" (sic).

Tykanori (1996) apresenta um ponto de vista interessante acerca da questão da dependência:

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (p. 57).

No que se relaciona ao uso de substâncias psicoativas, é preciso considerar a função que a droga tem para cada um já que o uso de substâncias, sejam elas lícitas, ilícitas ou medicações psicotrópicas que assumem a dimensão do *pharmakón*: podem atuar como remédio, mas torna-se um veneno a partir do momento em que seu uso se torna compulsivo, sem moderação (LISITA, 2014).

A filosofia opõe, pois, ao seu outro, essa transmutação da droga em remédio, do veneno em contraveneno. Uma tal operação não seria possível se o *phármakon-logos* não abrigasse nele mesmo essa cumplicidade dos valores contrários, e se o *phármakon* em geral não fosse, antes de toda discriminação, o que, dando-se como remédio, pode (se) corromper em veneno, ou o que se dando como veneno pode se verificar remédio, pode aparecer depois de administrado em sua verdade de remédio.

A ‘essência’ do *phármakon* é que, não tendo essência estável, nem caráter ‘próprio’, não é, em nenhum sentido dessa palavra (metafísico, físico, químico, alquímico), uma *substância*. O *phármakon* não tem nenhuma identidade ideal. (...).

Esta não substância farmacêutica não se deixa manejar com toda segurança nem em seu ser, já que ela não o tem, nem em seus efeitos, que podem incessantemente mudar de sentido. Assim, a escritura anunciada por Theuth como um remédio, como uma droga benéfica, é, em seguida, devolvida e denunciada pelo rei; depois, no lugar do rei, por Sócrates, como substância maléfica e filtro do esquecimento. Inversamente, e ainda que a legibilidade não seja imediata, a cicuta, essa poção que nunca teve outro nome no *Fédon*, em meio de libertação, possibilidade de salvação e virtude catártica. A cicuta tem um efeito *ontológico*: iniciar à contemplação de *eîdos* e à imortalidade da alma, Sócrates a toma como tal (DERRIDA, 1997, p. 73-74).

Os gregos antigos usavam a palavra *pharmakón* para designar a droga num sentido amplo, ou seja, ela podia atuar como veneno ou como remédio dependendo do dose que seria administrada “para os gregos, nenhuma substância era boa ou má em si” (TARSO, 2014, p. 30). O perigo não estaria na droga em si, na substância, mas no modo como cada um a utiliza (idem).

Do ponto de vista psicanalítico há balizadores importantes que permitem situar os operadores que entram em curto-circuito na experiência do sujeito com a droga: a relação com o Outro, o modo de gozo que suprime a fantasia, a pulsão e o mecanismo da repetição, dentre outros. Se Freud e Lacan não aprofundaram o debate acerca do uso de substâncias psicoativas em sua teoria, eles trouxeram conceitos fundamentais que permitem desenvolver pontos de ancoragem que podem situar um ponto de partida para a condução desses casos na clínica.

Em *Além do princípio do prazer* (1920/2006), Freud coloca que os processos psíquicos estão regulados pelo *princípio do prazer* na medida em que ocorre um movimento na direção de reduzir a tensão provocada pela produção de um desprazer, sendo este princípio marcado então, por “uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer” (p. 17), onde o desprazer corresponde a um “aumento na quantidade de excitação, e o prazer, a uma diminuição” (idem, p. 18).

Freud (1920/2006) assinala ainda que, o princípio do prazer deriva do princípio de constância já que o aparelho mental empenha-se em manter baixa a quantidade de excitação e, aquilo que provoca um aumento na quantidade de excitação tende a ser sentido como desagradável (idem).

Contudo, Freud (1920/2006) adverte que o princípio do prazer não domina os processos mentais, já que existem outras forças em jogo nesse processo, além de existirem circunstâncias em que este princípio é inibido. O princípio do prazer se move a partir das pulsões sexuais que, segundo Freud (idem) “são difíceis de educar” (p. 20), Porém, frente às exigências da civilização, parte dessa satisfação acaba sendo adiada ou desviada. Nesse

circuito, o princípio do prazer acaba por ser substituído pelo *princípio de realidade*, que explica uma parcela das experiências desagradáveis (idem). Mas isso não é tudo. Há um outro mecanismo do funcionamento psíquico no qual uma fonte de prazer é sentida como um desprazer. Esse mecanismo é o recalque. Posto isso, Freud (idem) situa que “todo desprazer neurótico é dessa espécie, ou seja, um prazer que não pode ser sentido como tal” (p. 21). Porém, a pulsão recalcada “nunca deixa de esforçar-se em busca da satisfação completa, que consistiria na repetição de uma experiência primária de satisfação” (p. 52). Como não é possível alcançar a satisfação completa, porque as resistências barram essa satisfação, há um fator impulsionador que atua entre a satisfação que se gostaria de alcançar e aquela que é, de fato, alcançada que promove o movimento, deslocamento das pulsões.

Freud (1920/2006) traz uma brincadeira que seu neto realizava onde lançava objetos esperando que estes fossem devolvidos para que pudessem ser lançados novamente. A introdução de um carretel de linha nessa brincadeira permitiu que a criança pudesse lançar o objeto e recolhê-lo, ela própria, em seguida. Nesse movimento, emitia dois sons - o - a - que Freud identificou como o *fort-da*, que se relaciona à presença e a ausência do objeto sob a perspectiva do bebê. Era uma brincadeira na qual a criança lançava o objeto como se este estivesse ‘indo embora’ e depois retornava. Freud (idem) destaca essa brincadeira como uma encenação da primeira renúncia pulsional que a civilização impõe e que a criança precisa fazer que é, deixar a mãe ir embora. Ou seja, seria uma tentativa da criança de elaborar as idas e vindas da mãe (SOUZA, 2008).

Mas se a partida da mãe é sentida como um desprazer, porque a criança repete, revive, encena esse episódio inúmeras vezes, em detrimento do ato em que o objeto retorna? Primeiro porque, na brincadeira do *fort-da*, a criança assume um papel ativo e, segundo, porque, no ato de lançar para longe o objeto, a criança estaria satisfazendo um impulso suprimido de “vingar-se da mãe por afastar-se dela” (FREUD, 1920/2006, p. 27). É o que marca a passagem da passividade da criança para a atividade do jogo transferindo para um substituto a experiência desagradável que viveu, conforme aponta Freud (idem).

Lacan traz a brincadeira do *fort-da* como um momento fundador do sujeito já que presentifica o processo de simbolização em tenra idade. É quando algo da ordem da falta do Outro e de sua própria falta em relação a esse Outro se instaura para o sujeito. Nesse sentido, a falta é inerente à estrutura da linguagem, à constituição do sujeito (SOUZA, 2008).

Ainda apontando a presença da compulsão à repetição na vida mental infantil, Freud (1920/2006) diferencia como a experiência de repetição se dá na criança e no adulto. Se uma criança ouve uma história, por exemplo, ela quer que o adulto a repita inúmeras vezes, de

forma idêntica à primeira. Já o adulto, se escuta uma piada, lê um livro ou assiste a um espetáculo teatral mais de uma vez, certamente não terá o mesmo impacto como na primeira vez “a novidade é sempre a condição do deleite” (p. 46).

Se destacamos a prevalência do princípio do prazer, chama a atenção o fato do aparelho psíquico rememorar e fazer retornar experiências sentidas como desagradáveis pelo sujeito. Por que isso ocorre? Segundo Freud (1920/2006), porque a totalidade do material que se encontra recalçado no inconsciente não pode vir por completo ao consciente. Por isso, o material recalçado retorna como uma experiência atual que, em sua origem, remontam a experiências sexuais infantis. É o que se denomina *compulsão à repetição*.

Se por um lado a *compulsão à repetição* faz retornar experiências que são sentidas como desprazerosas mas que carregam alguma quantidade de prazer, existem experiências sobre às quais não pode ser inferida nenhuma atividade prazerosa, mas que, ainda assim, são revividas sob o mecanismo da compulsão à repetição (FREUD, 1920/2006).

Freud (idem) descreve as pulsões como abundantes fontes de excitação interna “representantes de todas as forças que se originam no interior do corpo e são transmitidas ao aparelho mental” (p. 45). E acrescenta que “os impulsos que surgem das pulsões não pertencem ao tipo dos processos nervosos *vinculados*, mas sim ao de processos *livremente móveis*, que pressionam no sentido da descarga” (idem). Cita, ainda, dois tipos de processo psíquico: primário - ligado ao inconsciente - e o processo secundário - presente na vida de vigília. Os impulsos pulsionais operam no inconsciente. Logo, são regidos pelo processo primário. A pulsão “*é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas*” (p. 47). Nesse sentido, Freud (ibidem) destaca, ao contrário do que poderia parecer, a natureza conservadora, a tendência à inércia da substância viva. Não haveria desejo de mudança na substância viva, apenas uma constante repetição.

Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões *internas*, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que ‘*o objetivo de toda vida é a morte*’, e, voltando o olhar para trás, que ‘as coisas inanimadas existiram antes das vivas’ (FREUD, 1920/2006, p. 49).

Freud inicia aqui a introdução daquilo que seria a pulsão de morte. Distingue dois tipos de pulsões: as pulsões de vida, que são as pulsões sexuais que atuam no sentido de buscar preservar a vida pelo maior período possível e as pulsões do eu, que se refere à pulsão de morte já que visa retornar a um estado inanimado procurando “conduzir o que é vivo à morte” (FREUD, 1920/2006, p. 57). Segundo Freud, esses dois tipos de pulsão estariam lutando um contra o outro desde o início. Porém, para além de uma luta, podemos pensar em

um mecanismo de funcionamento psíquico que busca encontrar a possibilidade de travessia de um caminho desde o nascimento até a morte do indivíduo, a busca de um meio termo que permita que a vida transcorra, um meio de ‘equilibrar’ essas forças pulsionais.

Freud (1930[1929]/2006) destaca que esses dois tipos de pulsões nunca aparecem isoladas ocorrendo em proporções variadas. Buscando trazer luz sobre o modo como a pulsão de morte poderia operar, Freud (idem) traz como exemplos o sadismo e o masoquismo, onde há presença de uma pulsão destrutiva de caráter erótico. Porém, aponta que a pulsão agressiva opera mesmo quando não há um componente erótico presente sustentando que “a inclinação para a agressão constitui, no homem, uma disposição pulsional original e auto-subsistente, e retorno à minha opinião de que ela é o maior impedimento da civilização (p.126)”. Se por um lado temos Eros, as pulsões de vida, à serviço da civilização na medida em que visa reunir indivíduos em famílias, raças, povos, nações em uma grande unidade, por um outro, temos as pulsões destrutivas, agressivas, representantes da pulsão de morte.

A pulsão de morte é responsável pela repetição trazendo ao sujeito uma satisfação paradoxal para-além do princípio do prazer - repetição que faz parte do próprio inconsciente, na medida em que se está sempre repetindo os mesmos circuitos das cadeias associativas (QUINET, 2003, p. 25).

É na luta entre essas pulsões, de vida e de morte, que consiste a vida.

Partindo do que Freud pôde desenvolver acerca da teoria das pulsões, Lacan a retoma do ponto onde vai introduz o conceito de gozo. Segundo Lacan (1969-70/1992), o prazer é violado em regra e princípio já que cede ao desprazer - não necessariamente à dor, mas ao desprazer - que é o gozo. .

A pulsão não tem nada de instintiva ou biológica já que ela é atravessada pelas leis da linguagem (QUINET, 2003). Além disso, a pulsão não pode ser satisfeita, pois não há um objeto pré-estabelecido que dê conta dela, pode ser qualquer um e, ao mesmo tempo, não é nenhum. Outra característica da pulsão é o fato dela ser sempre parcial, uma parte dela encontra representação no inconsciente ao mesmo tempo em que outra parte não pode ser representada, que é a libido - a parte energética da pulsão (idem) “na pulsão há um real de gozo impossível de ser simbolizado, pois se encontra fora do significante e do âmbito de Eros, como Freud formula nos anos 20 com o conceito de pulsão de morte” (p. 25).

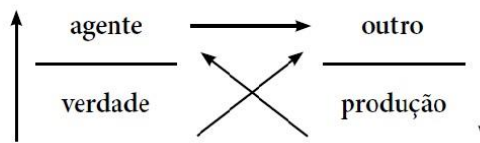
Em seu *Seminário, Livro 17 – O avesso da Psicanálise*, Lacan se propõe a tratar a Psicanálise pelo seu avesso, retomando o projeto freudiano pelo avesso no sentido de ultrapassar a centralidade que Freud deu ao Complexo de Édipo. Os operadores do gozo passam a ser os discursos e não mais o pai simbólico, como sustentado por Freud. O discurso

pode aparecer como sem palavras, mas nunca fora da linguagem. “A linguagem é a condição do inconsciente” (LACAN, 1969/70, p. 42). É a partir deles que se articula o laço social.

A estruturação dos discursos propostos por Lacan no seminário 17, a saber: do mestre, da histórica, do analista e do universitário, aborda a dimensão do inconsciente como lugar onde é possível situar o desejo, sendo os discursos um modo de tratar o gozo, como aponta Brousse (2003) “O discurso é o laço social que implica sempre um freio sobre o gozo, uma ordenação do gozo, uma organização do gozo humano” (p. 22).

A fim de situar do que se trata a teoria dos discursos é, necessário, previamente, estabelecer a relação entre o sujeito e o significante, já que o significante é aquilo que representa um sujeito para outro significante considerando que as letras que articulam os discursos, a saber, S1, S2, \$, *a* serão distribuídas em quatro lugares distintos: o agente, o outro, a produção e a verdade

Fig. 1



O *agente* é aquele que determina a ação; o *outro* é onde essa ação é executada; a *produção* é o que resulta entre o que se determina e o que é executado na relação entre o agente e o outro; a *verdade* é o que move o discurso “(...) todo e qualquer discurso é sempre movido por uma verdade, sua mola propulsora, sobre a qual está assentado um agente, que se dirige a um outro a fim de obter deste uma produção” (JORGE, 2002, p. 26).

Tomando o discurso do mestre como ponto de partida, ao realizar um quarto de giro obtém-se os outros três discursos.

O sujeito barrado (\$) constitui o sujeito que é representado pelo significante, porém, não de forma integral, completa, indivisa, mas sim, um sujeito dividido. O sujeito não é o eu - este se relaciona ao corpo, ao imaginário. O sujeito se constitui no campo do simbólico, atravessado pelo Outro. O S1 é o significante-mestre, aquele que carrega a marca fundadora do sujeito. Se S1 é o significante mestre, isso não significa que haja somente *um* significante mestre, mas um conjunto amplo de significantes que constituem as referências que situam o sujeito no mundo. O S2 também é um conjunto de significantes faltosos que compõem o campo do Outro, porém, engloba aqueles significantes que não tem valor de S1 para o sujeito (JORGE, 2002).

Porém, o discurso capitalista foge à estrutura dos outros quatro discursos, a sua produção não se dá partir do um quarto de giro mas sim, por meio da inversão das letras S1 e \$. O que marca a diferença do discurso capitalista em relação aos outros quatro discursos é que ele não faz laço social (Jorge, 2006).

Lacan (1969/70) situa o gozo como aquilo que se dirige contra a vida. É através do laço social que a vida se torna exequível porque introduz a barra que interdita, que demarca que nem tudo é possível. É ao se deparar com a dimensão da repetição que Freud pôde articular o conceito de pulsão de morte: “a repetição não é apenas função de ciclos que a vida comporta, ciclos da necessidade e da satisfação, mas de algo diferente, de um ciclo que acarreta a desapareição dessa vida como tal, que é o retorno ao inanimado” (p. 47).

O esquema quadrípode, ou seja, o esquema dos quatro discursos - do mestre, da histórica, do analista e do universitário - supõe a presença da linguagem estruturada por um discurso que vai condicionar toda e qualquer palavra que venha a ser produzida (LACAN, 1969-70/1992) "(...) faltando significante, não há distância entre o gozo é o corpo" (idem, p. 188). Logo, é a partir da introdução do significante que pode haver uma mediação, uma barra entre o gozo é o corpo. Nessa direção, podemos pensar que a droga anula o efeito do significante ao promover uma forma de gozo que não passa pelo Outro.

Ao adentrar o campo da linguagem, o ser vivente é marcado por uma perda que se presentifica pela experiência da falta, um vazio que Lacan nomeou objeto *a*, que seria o “resto de uma operação de divisão do sujeito” (CABRAL, 2002, p. 78). O objeto *a* na teoria lacaniana se situa como objeto causa de desejo e também como mais de gozar. Nas palavras de Lacan (1969-70)

(...) a perda do objeto é também a hiância, o buraco aberto em alguma coisa, que não se sabe se é a representação da falta em gozar, que se situa a partir do processo do saber na medida em que ganha ali um acento totalmente diverso, por ser desde então saber escandido pelo significante (...). Ver uma porta entreaberta não é transpô-la (...) não se trata aqui de transgressão, mas antes de irrupção, queda no campo de algo que é da ordem do gozo - um bônus (p. 17).

Assim, para que um sujeito se constitua ele precisa perder alguma coisa, deixar cair um resto, que é o *a* (CABRAL, 2002). O objeto *a* está presente nos três registros: simbólico, imaginário e real

sendo sua face real - de objeto faltoso e, logo, de causa do desejo - aquela que sempre predomina sobre as outras. Ela esburaca tanto a face imaginária quanto a face simbólica do objeto *a*, e é aquela que Freud nomeou como das Ding, a Coisa (JORGE, 2006, p. 25).

Se podemos apontar uma clínica onde a dimensão do gozo, a repetição se colocam a todo instante é no campo das toxicomanias que escancara a todo instante o fracasso do sujeito. A repetição promove um retorno de gozo - que é representado pelo significante, porém, sempre de forma falha, incompleta, e é isso que produz a repetição - e, ao mesmo tempo, uma perda, um desperdício de gozo, a chamada entropia. Essa perda é designada por Lacan (idem) como o objeto *a*, como objeto perdido.

Essa entropia, esse ponto de perda, é o único ponto, é o único ponto regular por onde temos acesso ao que está em jogo no gozo. Nisto se traduz, se arremata e se motiva o que pertence à incidência do significante no destino do ser falante (LACAN, 1969-70/1992, p. 53).

Assim, a repetição é precipitada pela função do mais-de-gozar¹⁰ que promove um “bônus” de gozo ao mesmo tempo em que produz uma perda. O mais-de-gozar vai se destacar como um excesso, como algo que é desperdiçado no mecanismo da repetição que visa recuperar um gozo. Lacan retoma o conceito de *mais-valia* de Karl Marx que se refere ao trabalho a mais que o operário realiza e que não lhe retorna, sendo este tempo excedente apropriado pelo capitalista. O mais-de-gozar seria isso que resta do trabalho de simbolização (CABRAL, 2002).

Lacan (idem) aponta que a repetição é a denotação do traço unário, aquele que exalta a irrupção do gozo. O traço unário é o que inscreve o sujeito na cadeia significante, sendo a forma mais simples de marca e configura-se como a origem do significante. Há uma equivalência entre

o gesto que marca e o corpo, objeto de gozo. (...) Mas a afinidade da marca com o próprio gozo do corpo, eis precisamente onde se indica que é apenas pelo gozo, e de modo algum por outras vias, que se estabelece a divisão em que se distingue o narcisismo da relação com o objeto (LACAN, 1969-70/1992, p. 51).

São o traço unário e a repetição que sancionam o gozo. Nessa direção, Lacan (1969-70/1992) localiza o traço unário como a marca para a morte.

Ao retomarmos a fórmula da fantasia, $\$ \leftrightarrow a$, encontramos dois pólos: $\$$ pólo inconsciente, do sujeito barrado pelo significante e está no campo do simbólico; e objeto *a* no pólo pulsional, que está no campo do real e vai marcar a inscrição do gozo, o mais-de-gozar. Esse gozo que em sua origem é da ordem do mortífero, ao ser atravessado pela fantasia torna-se limitado, se transforma no gozo fálico, que está submetido à linguagem (JORGE, 2006). Assim, uma estrutura se funda a partir da interdição do gozo (LACAN, 1969-70/1992).

¹⁰ O mais-de-gozar faz analogia com o conceito de mais-valia de Karl Marx, que se refere ao lucro que o capitalista tem ao explorar a força de trabalho. O mais-de-gozar revela um gozo excedente que não pode ser recuperado pelo sujeito já que ele está para sempre perdido (MARTINS, 2009).

A partir de uma vinheta clínica, Jorge (2006) ilustra o que vem a ser o gozo:

Um menino de 5 anos observava o seu irmãozinho de leite mamando. Ao observar essa cena, ele virou pra mãe e disse: “Mamãe, eu também quero mamar”. E a mãe respondeu: “Mas você já mamou”. E ele disse: “Mas eu não sabia!”.

Assim, um menino de 5 anos nos ensinou, com quatro palavras, o que é o gozo para Lacan. O gozo é a perda que se inscreve na medida em que houve a entrada no mundo simbólico. O menino, olhando o irmãozinho, mamando, quis ter acesso àquele gozo que já foi perdido. Mas, ele não tem mais como achá-lo. Como sujeito falante, ele não tem mais acesso a esse gozo. Este está perdido. O que o menino queria era gozar sabendo e o que Lacan assegura é que há um corte radical entre saber e gozo. Quando há gozo, não há saber, quando há saber, não há gozo (p. 33).

A fantasia se situa como uma tentativa de resgatar o que foi perdido (idem). Também na perversão há entrada na fantasia, porém, o acesso ao simbólico se dá através do pólo pulsional. Se podemos situar a fantasia na neurose como uma fantasia de completude amorosa, na perversão ela é uma fantasia de completude de gozo (idem).

O que se almeja na travessia da fantasia é que o sujeito possa acessar o desejo (<>), que é falta, que presentifica a perda de gozo. Se o desejo é a presentificação da falta (LACAN, 1969-70/1992) ele é, ao mesmo tempo, aquilo que nos move, anima, submete, nos sujeita, enfim.

O significante *recaída*, que tantas vezes aparece no discurso do sujeito, parece falar disso que insiste em permanecer, que retorna; recair¹¹, cair de novo. A abstinência e o fenômeno da fissura são significantes que aparecem, muitas vezes, para justificar as recaídas.

Para tratar a questão da abstinência recorreremos a Martins (2006) que vai abordar a fissura para além do fenômeno, estabelecendo outras relações entre fissura e dependência, a partir do viés psicanalítico.

Segundo Martins (2006) a fissura "remete a algo que racha, a uma fenda, a um buraco, a uma abertura" (p. 94). A autora (idem) refere-se aos relatos dos pacientes quando estes relatam que diante da fissura eles perdem o controle de suas ações "em um dado momento uma fenda se abre e o sujeito se apaga; não toma conhecimento de suas próprias escolhas" (p. 94).

Inem (2006) vai abordar em seu artigo a associação entre o fenômeno da fissura e a *Spaltung* que marca a divisão do sujeito. A partir das contribuições da psicanálise, a fissura pode ser abordada "como reflexo da relação do sujeito com o desejo do Outro" (MARTINS, 2006, p. 95).

Martins (2006) faz um apontamento importante – e que também me deparei na clínica – no que concerne ao fenômeno da fissura entre os adolescentes: ela não comparece em seus

¹¹ O prefixo *re*, de origem latina, remete a algo que se repete, volta.

relatos, ao contrário do que ocorre com os adultos "reconhecemos nessa clínica uma particularidade na relação estabelecida com a droga, marcada por um certo enamoramento. Não nos parece uma escolha decidida" (p. 96).

O que comparece na clínica é que, por mais que o sujeito utilize a intoxicação enquanto recurso, "a angústia, como excedente de gozo, retorna sobre o sujeito, evocando a castração" (INEM, 2006, p. 80). Assim, quando o sujeito diz que teve uma recaída, traz a dimensão da angústia presente nessa experiência, que se relaciona à "evocação da castração" (idem), sendo o ato de usar drogas um meio de evitar o encontro com a castração, "(...) em lugar da falta relativa à castração, o sujeito coloca um objeto que promete suturar a divisão, proporcionando satisfação e ludibriando o desejo" (INEM, 2006, p. 83).

“A angústia não é sem objeto. Nós não somos sem uma relação com a verdade” (LACAN, 1969/70, p. 60). Sobre sua verdade, o toxicômano nada quer saber. Diante da iminência da angústia o toxicômano se entrega ao gozo na busca pelo objeto que o complete. Como assinala Inem (2006):

Sabe-se que o gozo absoluto não se inscreve na estrutura psíquica. Em seu lugar, a angústia é o afeto por excelência que, em sua proximidade de *das Ding*, coloca o sujeito frente ao real. Se a relação do sujeito com o objeto *a* é intermediada pela fantasia no seu encontro com o real, no caso da toxicomania há uma ruptura com a fantasia. Trata-se de gozar prescindindo da fantasia (p. 82).

Nesse campo, a droga, enquanto recurso disponibilizado pela ciência, pode ser entendida como um *gadgets* – falsas necessidades forjadas para o consumo – que oferecem artifícios para a recuperação da satisfação pulsional.

Retomando o texto de Freud *Uma criança é espancada*, Lacan (idem) coloca que o *você me espanca* diz respeito à parcela do sujeito que se liga ao gozo. Sua própria mensagem surge de forma invertida, a fantasia traveste o próprio gozo como gozo do Outro. A experiência do toxicômano vai justamente provocar um curto-circuito nessa operação na medida em que a droga enquanto objeto promove o acesso a um modo de gozo que não passa pelo Outro, pela fantasia. O sujeito encontra refúgio em um mundo próprio, mesmo que momentâneo, que alivia seu mal-estar, como descreve Sheff (2009) em sua autobiografia “Quando a droga começa a fazer efeito nela eu a beijo, ela me beija de volta, e tudo é tão fácil. Tão diferente de estar careta e tomado pela preocupação, pelo medo e pelas inibições” (p. 25).

Lacan (1969/70) traz a relação entre o gozo e o tonel das Danaides, a saber, a condenação perpétua na tentativa de preencher um recipiente sem fundo, onde “uma vez que ali se entra não se sabe aonde isso vai dar. Começa com as cócegas e termina com a labareda

de gasolina. Tudo isso é, sempre, o gozo” (p. 75-76) o que fica explícito na experiência de Sheff (2009) com as drogas “Era como se eu estivesse dentro de um carro com o acelerador grudado no chão, sem poder fazer nada além de segurar firme e fingir estar no controle da situação. Mas eu já havia perdido o controle há muito tempo”. E também nas palavras de Pier Paolo Pasolini¹²:

Amo a vida tão ferozmente, tão desesperadamente, que não me pode advir daí nenhum bem; falo dos dados físicos da vida, o sol, a erva, a juventude: é um vício mais tremendo que o da cocaína, pois não me custa nada e existe com uma abundância desmedida, sem limites: e eu devoro, devoro, devoro... Como irá acabar não faço ideia.

Nas palavras de A.¹³ fica estabelecida uma relação entre o gozo e o lugar que a droga ocupa nesse circuito “a droga tapa esse buraco vazio que a gente tem e não preenche nunca. Essa é a real” (sic).

Amparado pelos discursos, o gozo pode se manifestar pelo mecanismo da repetição; como traço unário (S^1); também como saber como meio de gozo, na clínica do obsessivo, por exemplo; manifesta-se, ainda, pela entropia, marcada por uma perda de gozo, “que é também apreendida como recuperação na *mais-valia de gozo*” (QUINET, 2009, p. 27). Nessa operação, a perda e a produção de gozo que o mecanismo da repetição promove são representadas pelo objeto *a*, que é o *mais-de-gozar* (ibidem).

¹² In Últimos Escritos, tradução de Manuel Braga da Cruz, Coimbra: Centelha, 1ª edição, 1977, p. 13.

¹³ Usuária do CAPS.

3 REDUÇÃO DE DANOS E PSICANÁLISE: QUE ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS?

Para Roberto (2003), o conceito de redução de danos aproxima-se da psicanálise na medida em que permite uma abertura de possibilidade para a chegada do paciente e construção de alguma demanda. O princípio que sustenta a redução de danos se aproxima do que a psicanálise estabelece como ética, a saber:

o respeito pelo sujeito em sua singularidade e, portanto, a possibilidade de exercitar uma posição mais descolada de imperativos morais, na medida em que não coloca a exigência de decidir sobre a legitimidade das escolhas que um sujeito faz e do gozo que o organiza, antes mesmo que tenha chance de dizer a que veio (ROBERTO, 2003, p. 131).

A medicina e a saúde em geral prezam e trabalham pela manutenção da vida. Os toxicômanos colocam em questão esse ideal. A redução de danos vem marcar uma diferença quanto ao ideal de saúde. É o profissional que deve abster-se de ideias e conceitos prévios abrindo espaço para a escuta daquele que chega.

Reporto-me agora a uma experiência vivida na Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil numa ocasião em que um dos adolescentes, L., 16 anos, que chega à Unidade devido ao risco de vida em que se encontrava devido, antes, à relação que estabelecia com o tráfico, do que devido ao uso abusivo de drogas propriamente dito. L. sofria diversas agressões e violência pois sempre perdia ou usava a droga que estava vendendo, não conseguia cumprir as tarefas que lhe eram destinadas, era abordado pelo polícia. sua inserção no tráfico se dava de modo atrapalhado, desorganizado e a consequência, geralmente, resultava numa agressão física. L. se referia a essas agressões de um modo particular, dizia que tinha sido “*ajuntado*” (sic) pelo tráfico, como se algo nesse ato de ser agredido desse alguma consistência para sua existência.

As condutas de risco são, pois solicitações simbólicas da morte na busca desses limites, tentativas desajeitadas e dolorosas de se situar no mundo, de ritualizar a passagem à idade adulta e de marcar o momento em que o agir ultrapassa a dimensão do sentido (LACADÉE, 2011, p.57).

Nesse contexto, podemos dizer que as condutas de risco são antes “tentativas de existir mais do que de morrer” (ibidem, p. 57).

Algumas vezes, L. encenava seu velório, em sua fala aparecia o pouco valor que aquela vida parecia ter, falava do limite tênue entre a vida e a morte “se hoje eu morrer, amanhã fazem dois dias” (sic), entre a morte real e a morte simbólica - da qual Lacan fala ao retomar a tragédia de Antígona.

L. fazia um apelo à sua mãe, de que esta pudesse assumi-lo enquanto filho. Ao menos no plano simbólico, esse lugar não parecia estar assegurado. Os momentos em que L. passava por situações de ser agredido, quase sempre coincidiam com as reiteradas tentativas que L. fazia de encontrar um lugar no desejo da mãe. E, como não encontrava esse lugar, ficava mais vulnerável, na medida em que se envolvia em situações que sempre acabavam em violência, em marcas que ficavam no corpo de L. por anos.

Por meio do pôr-se em risco, algo do gozo do corpo pede para ser limitado, marcado, regulado, autenticado por uma marca simbólica, haja vista a ordem da castração ter deixado de operar. Por não receber essa marca do Outro simbólico, o adolescente a providencia sozinho (...) (LACADÉE, 2011, p. 60).

Lacadée (ibidem) situa que é o corpo, na adolescência, o palco onde surge a questão da identidade e do gozo. Os cuidados ou a falta dos mesmos que o adolescente tem com seu corpo está ligada aquilo que o constituiu até então, ou seja, dentro do modo e das condições em que sua constituição ocorreu, bem como através da transmissão possível acerca dos limites impostos na direção de conter o gozo” (p. 59). Quando essa barra não está posta é o corpo que se coloca como lugar onde a busca de referenciais acontece.

Em determinada ocasião, L. pegou a bolsa de um dos técnicos, saiu para a rua correndo, de modo que não conseguimos alcançá-lo. Retornou mais tarde, sem a mochila e dizendo que havia vendido todos os pertences.

Diante do ocorrido, a equipe decidiu que seria registrada a ocorrência na delegacia com o intuito de que aquele sujeito pudesse se responsabilizar pelo que ele fez e assumir as consequências disso. Devido ao ocorrido, esse adolescente acabou passando por algumas audiências com o juiz onde foi fixado que, como ele se encontrava acolhido na Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, que lá permanecesse para dar continuidade ao seu "tratamento".

A relação desse adolescente com as drogas, apesar de haver um uso recreativo, se tornava grave não pelo uso em si, mas pelo envolvimento dele com o tráfico, onde, por diversas vezes, se colocava em situação de risco. Estaria L. fazendo um apelo ao Real da Lei ao se colocar em um circuito pulsional atravessado por esse modo de gozo tão mortífero?

O caso de L. mostra como a relação que o sujeito estabelece com a droga é singular e, é essa relação, mais do que a substância em si, que deve ser considerada, pois apesar do uso da droga propriamente dito ser recreativo para L., as encrencas em que se metia devido à sua relação com o tráfico, eram bastante graves, colocavam sua vida em risco em diversas ocasiões. Brunetto (1998) destaca que ao nos utilizarmos da categoria toxicômanos para abordar/falar daqueles que se utilizam da droga como recurso estamos corroborando com o

anonimato “que o sujeito institui na sua relação com a droga” (p. 172). Em psicanálise, o sujeito é quem ganha destaque e não uma categoria que pretende nomear todos aqueles que recorrem a alguma substância para intoxicar-se como se compusesse um todo homogêneo, abolindo, assim, a diferença (idem). Podemos situar a toxicomania como um termo equivocado em psicanálise e que talvez sirva melhor aos interesses da ciência e da civilização, bem como a seus processos de segregação (SOLER 1998).

O que podemos nós, enquanto dispositivos da rede de atenção psicossocial, diante dessas histórias, das mazelas sociais, da precariedade¹⁴ em que vivem alguns sujeitos? Está posto o desafio cotidiano. O que é possível construir junto com cada um quando o leque de recursos psíquicos é tão escasso, tão mortífero?

Também na Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, recebemos A. um adolescente de 17 anos que saiu de casa há alguns anos devido a desentendimentos com sua mãe. A. estabelecia uma relação complicada com o tráfico, mas, principalmente, fazia um uso abusivo de diversas drogas. Além disso, relatava sobre períodos de sua vida em que passou na rua, onde realizava alguns furtos e roubos. Nesse caso foi interessante como esse adolescente pôde ocupar esse espaço onde realizava esses furtos de uma outra forma.

Durante seu acolhimento este adolescente mostrava grande interesse por filmes. A partir dessa abertura, o convidamos a ir até a biblioteca pública da cidade, que na época, fazia empréstimo de filmes. A partir desse espaço que se abriu, e a partir da mediação de um acompanhante terapêutico na circulação pela cidade, esse adolescente passou a usar o espaço da biblioteca para fazer empréstimo dos filmes de seu interesse, fazer uso da internet, conhecer outras pessoas e contar sua história já que os arredores da biblioteca era onde ele ficou no período em que estava nas ruas. Foi construído junto a ele a possibilidade de circular por um mesmo espaço a partir de um outro lugar enquanto sujeito.

Este não é um "caso de sucesso" já que diversas outras adversidades perpassavam esse caso, mas esse manejo foi um operador importante para o período em que ficou acolhido e nos mostra que o que será possível nesses casos é algo muito sutil diante do Real que invade a vida.

¹⁴ Há que se estabelecer uma diferença entre a precariedade e a carência. Por exemplo, mesmo que em determinados territórios sejam atravessados por uma carência, isso não quer dizer que as soluções encontradas por cada sujeito serão precárias. Garcia (2007) fala sobre a clínica da carência e da precariedade, mas de um ponto de vista inventivo, criativo já que detém seu olhar para os novos usos que se faz, cria com os objetos que são lançados pelo mercado, em contraposição ao lugar de vítima ou de miserável. No que se refere ao caso apresentado, apesar de haver uma situação de carência social e, afetiva, inclusive, a precariedade a que me reporto são das saídas que esse sujeito encontra, quase sempre, no limite entre a vida e a morte, desde tenra idade.

Na clínica com aqueles que utilizam a droga como recurso para lidar com seus impasses frente ao Outro e à castração, nos deparamos com algumas questões no que se refere à demanda - ou a falta dela por parte do paciente - já que, muitas vezes, essa chegada se faz a partir da demanda de algum familiar através de um pedido de controle e interrupção do uso da droga (FONSECA, 1998). Nesse sentido, Roberto (2003) sustenta que o trabalho com esses usuários que chegam ao serviço e, que muitas vezes, nada demandam – nada no sentido de uma demanda de análise – mas podem demandar um cuidado com o corpo, alimentação, segue na direção de terem um espaço de endereçamento específico.

Na clínica com usuários de drogas chama a atenção, também, a frequência de falas que apontam para uma dificuldade em fazer investimentos, seja na relação com os outros, seja em projetos pessoais. Quanto ao trabalho analítico, a função do analista é de possibilitar a historicização do vivido, fazer a função de “espelho”, como colocado por Roberto (2003) - mas um espelho opaco, já que o analista retorna ao sujeito somente o que ele mostra - na medida em que lembramos de sonhos e projetos – quando estes existem, promovendo alguma forma de enlace a vida onde o modo de gozar não se coloque de forma tão mortífera.

Na estratégia da redução de danos qualquer profissional de saúde pode fazer a função de anteparo ao sujeito à relação que o alcoolista ou o toxicômano estabelecem com a droga. Porém, somente o analista poderá viabilizar uma escuta para além do corpo a ser cuidado que poderá promover um deslizamento, reintroduzindo o corpo nos trilhos da dimensão simbólica (idem).

Lancetti (2009) sustenta a existência de uma clínica da redução de danos que promova uma ampliação da vida “se a redução de danos pode transformar-se numa clínica, é porque pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero” (p. 82). Partindo desse apontamento feito por Lancetti, pode-se conceber que a introdução da dimensão da palavra na experiência do toxicômano introduz um desvio, um intervalo na relação do sujeito com a droga. O desvio, aqui, não é o mesmo que comportamento desviante - algo a ser rechaçado, moralmente suprimido - mas como uma nova aposta que viabilize a construção de saídas que façam um enlace com a vida onde o sujeito possa ser artesão do sentido de suas existência (LACADÉE, 2011).

No que concerne ao lugar do analista nas instituições de saúde destinadas a acolher usuários de drogas, este parece ser o de possibilitar e sustentar a emergência do sujeito, seja através do acolhimento do usuário em si, seja sustentando um lugar no discurso para este – já que no cotidiano do trabalho nos deparamos com sujeitos que interrogam o modo de funcionamento dos dispositivos, que não comparecem nos dias e horários marcados; ou,

muitas vezes, chegam ao serviço por intermédio da família, quando os vínculos já estão bastante fragilizados - e que mobilizam no analista, e na instituição como um todo, uma inventividade, uma perspectiva criativa no trabalho para acessar esses sujeitos. A práxis analítica pode fazer um movimento importante ao fomentar a circulação dos discursos, interrogando o ideal de cura presente na instituição – que muitas vezes é construído à revelia do sujeito (BASTOS, 2012).

Um dos pontos que a proposta da redução de danos coloca em questão é quanto à necessidade de abstinência do usuário para ter acesso aos cuidados que necessita. Nesse sentido, há uma inversão de lugares nessa proposta: se por um lado, não há necessidade de abstinência por parte do usuário; por outro, a abstinência fica do lado do analista. Segundo Lacan (1959/60), a abstinência se faz na medida em que o analista não estabelece ideais para o tratamento, não se coloca no lugar do Outro. Nas palavras de Freud (1919 [1918]/2006):

(...) o tratamento anaítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação - num estado de abstinência”. (...). por abstinência, no entanto, não se deve entender que seja agir sem qualquer satisfação (...); significa algo diferente, que tem muito mais conexão com a dinâmica da doença e da recuperação (p. 176).

No tratamento analítico o paciente não está no lugar de objeto; ele não fica a mercê das escolhas e conselhos que o “analista” possa vir a lhe dar tomando como referência seus ideais; não é um indivíduo a ser manipulado e conduzido pelo analista.

Luchina (2014) destaca que uma das contribuições que a psicanálise pode dar ao tratamento possível das toxicomanias seria a de trazer novos elementos nas intervenções psiquiátricas para além da questão da desintoxicação da substância, bem como nas intervenções policiais - que operam pela via do castigo e da repressão - e jurídicas - que colocam o sujeito com incapaz de responder por seus atos - , colocando em cena, o sujeito do inconsciente e sua história, seus impasses, seus pontos de ancoragem - ou a falta deles.

3.1 Grupos e Psicanálise

Com vistas a trazer o relato de uma experiência com um grupo de usuários de álcool e outras drogas num CAPS I, serão abordadas nessa seção a temática que se relaciona à questão dos grupos e/em Psicanálise; quais possibilidades e limites; e o que está em jogo na formação e manejo desse dispositivo.

Iniciemos pela obra de Freud que em 1921 dedicou um texto, a saber, *Psicologia de grupo e análise do eu*, para abordar o tema. Considerando que o cuidado oferecido no CAPS

para aqueles que fazem um uso abusivo seja de álcool, seja de outras droga, se dá, também, a partir de uma perspectiva de trabalho que se desenvolve num grupo que se reúne semanalmente, recorreremos a Freud a fim de buscar os elementos e as particularidades que compõem esse dispositivo de trabalho e de que modo, ou se é possível abordá-lo a partir do referencial psicanalítico.

De imediato, podemos levantar alguns pontos em comum que reúne esses indivíduos: a relação abusiva que cada um estabelece com determinada droga, a possibilidade de submeter-se a um tratamento, a perspectiva de cura, além das motivações particulares de cada sujeito que ali chega.

No início do seu trabalho *Psicologia de grupo e análise do eu* (1921/2006), Freud analisa a relação entre uma psicologia individual e a psicologia social - ponto no qual, muitas vezes, a psicanálise é acusada de não incluir o social. Porém, Freud (idem) já destaca que

algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do sujeito, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras é, ao mesmo tempo, também psicologia social (p. 81).

Já não está Freud, nesse momento, apontando para a relação não somente com o outro, mas também com o Outro, explicitada mais tarde por Lacan? Pois ao mesmo tempo em que traz a relação com o outro, o semelhante, o ponto de vista do sujeito, traz a psicologia social que atravessa a constituição do sujeito, que podemos articular com o que Lacan virá abordar como o campo da linguagem e do Outro e que são, ao mesmo tempo, anteriores à constituição do sujeito e permanecem produzindo efeitos na constituição do mesmo. O campo do Outro é aquele que carrega a herança psíquica onde a transmissão geracional ocorre carregando os elementos da história e pré-história do sujeito.

Segundo Freud (1921/2006), um indivíduo que se encontra inserido em um grupo pode exibir características que sozinho não apresentaria, isso revela a manifestação do inconsciente a partir do afrouxamento do recalque.

É comum recebermos no grupo do CAPS sujeitos que já passaram por diversas formas e abordagens de tratamento para aquilo que muitos chamam de dependência química e que já frequentaram, ou ainda frequentam grupos de apoio como os narcóticos anônimos (NA) ou alcoólicos anônimos (AA) que apresentam um modelo definido sob *doze passos*, onde todos são considerados dependentes químicos, cuja “doença” é classificada como incurável, e a única possibilidade é a interrupção total do uso de determinada droga. O grupo que se organiza no CAPS não corrobora com essa perspectiva. Apesar de haver a reunião de grupo,

cada um é considerado a partir de sua singularidade. O trabalho é realizado no sentido de buscar uma abertura para outras possibilidades de estar na vida, porém, isso que se constrói a partir de outros grupos surge como questão também ali no CAPS e precisam ser manejadas.

Nesse sentido, recebemos tanto sujeitos que se colocam num trabalho de tentar levantar os eventos, situações, histórias, estabelecimento de relações que o levaram até ali e aqueles que estão fixados na ideia de que são e sempre serão doentes, dependentes químicos e, por isso precisam estar ali no grupo, mesmo que, por exemplo, há mais de vinte anos não consumam ‘uma gota’ de álcool, como é o caso de um dos usuários que frequenta o grupo. Essa heterogeneidade do grupo permite discussões e abordagens interessantes e, também, em alguns momentos, situações de conflito entre os participantes como por exemplo, quando um determinado usuário coloca que pretende continuar fazendo uso de uma droga de forma menos prejudicial e é repreendido por outro que acredita que a única possibilidade é interromper esse uso de forma definitiva.

Importante colocar que, para além da temática do uso de drogas, muitos outros assuntos são trazidos e abordados por esse grupo: relação com a família, com os amigos, mercado de trabalho, política, televisão, filmes, saúde, filosofia, religião etc. A discussão a cada semana se delinea a partir do que este grupo traz, não é pré-estabelecida, exceto quando nos organizamos para ver um filme, por exemplo, ou realizar alguma saída do CAPS, dentre outras situações que necessitam de uma organização preliminar. A palavra circula de modo espontâneo com a mediação e pontuações dos facilitadores.

O grupo é vivo e se organiza a cada semana e, dependendo dos sujeitos que estão presentes apresentam novas configurações, outras discussões. Nesse sentido, Freud (1921/2006) salienta que, num grupo, ideias contraditórias podem coexistir fazendo uma relação com o inconsciente na medida em que ele é marcado por uma ambivalência.

No que se refere ao lugar que é dado ao líder, temática também trabalhada por Freud (idem) - retomando os estudos de Le Bon sobre os grupos -, é interessante observar como ele se constrói na fantasia dos sujeitos. Por um lado, alguns sujeitos consideram que somente aquele que passou pelo mesmo problema que ele e o superou, no caso, ter feito uso abusivo de alguma droga e ter conseguido interromper definitivamente este uso, pode ser considerado um líder, ou um exemplo, ou ainda um padrinho - figura presente nos grupos de apoio como *Alcoólicos Anônimos* e *Narcóticos Anônimos* e que dão suporte de forma intensiva àqueles que buscam parar de usar determinada droga. Por outro lado, alguns consideram que somente aqueles que não passaram por essa experiência, mas que tem um “saber científico” sobre a questão é que podem operar esse tipo de cuidado em saúde. É desse lugar onde consideram

que temos algum saber sobre a questão que cada um desses sujeitos traz que alguma operação e manejo são possíveis.

Nesse campo, é preciso estarmos advertidos do fato de que se nos colocam a partir desse lugar suposto saber que nos é creditado, não é a partir dele que respondemos. Assim, em psicanálise não assumimos esse lugar de líder, ou daquele que sabe o que precisa ser feito. É o próprio sujeito que tem um saber - não sabido - sobre si próprio e é este saber que deve vir à cena, é a partir do aparecimento dele que o analista deve operar.

A partir do conceito de libido, que Freud (1921/2006) designa como uma energia, uma magnitude quantitativa - apesar de não ser mensurável, - das pulsões e que se relaciona ao que chamamos de amor sexual, aquele que tem a união sexual como objetivo e que, em alguma medida, inclui o amor próprio, o amor entre pais e filhos, amigos etc, além da devoção à objetos e ideias. Nessa perspectiva, Freud (idem) designa essas pulsões amorosas enquanto pulsões sexuais ou de vida e vai sustentar que são elas que constituem o alicerce do que ele chama de mente grupal na medida em que são as pulsões sexuais que promovem a união de um grupo, que sustentam os laços sociais e que, ao deixar sua individualidade em segundo plano e tornar-se sugestível, o indivíduo almeja alcançar o amor desse grupo, o que nos evoca a dimensão do desejo, suscitada por Lacan na expressão *Che vuoi?*, o que o Outro quer de mim? O que eu preciso fazer para ser amado?

Freud (1921/2006) assinala que existem muitos tipos de grupo: efêmeros, duradouros, homogêneos, não homogêneos, naturais, artificiais, grupos primitivos ou altamente organizados. Refere, ainda, à existência de grupos com líderes e sem líderes.

Nessa direção, vai se debruçar sobre dois grupos altamente organizados, permanentes e artificiais - já que dependem de uma força externa que o mantém agregado -, a saber, a igreja e o exército. Cabe trazer nessa dissertação aquilo que diz respeito à igreja na medida em que esta exerce influência considerável em diversos sujeitos que fazem parte do grupo do CAPS. É um modo de organização em grupo que ressoa em outros espaços, em outros grupos.

Segundo Freud (1921/2006), tanto a igreja quanto o exército se sustentam na ilusão de que existe um chefe - na igreja católica, Cristo, que ama a todos de forma igual e incondicional. Assim, cada indivíduo se liga, por meio dos laços libidinais, ao líder (Cristo) e aos demais membros do grupo (como deixa explícita a expressão utilizada pelos católicos *irmãos em Cristo*). Freud (idem) aponta para um fenômeno presente no que ele chama de psicologia de grupo: o indivíduo inserido em um grupo perde sua liberdade e passa a agir, no caso, segundo os desígnios da igreja. É curioso e, em muitos casos, preocupante observar a dimensão que a via religiosa ocupa na vida de muitos indivíduos. No trabalho com esses

sujeitos que estabelecem uma relação com a droga aparecem diversos relatos de locais de “tratamento” que funcionam única e exclusivamente pela via religiosa, através de orações, penitências, jejuns. Além disso, não é raro relatos de que líderes religiosos induzem os “fiéis” à interromper determinado tipo de tratamento já que “somente Cristo pode curar”. Essa tipo de conduta interfere de modo grave no cuidado de diversos sujeitos, dos psicóticos, inclusive.

Freud (1921/2006) destaca que uma mera reunião de pessoas não configura a formação de um grupo, a menos que um laço se estabeleça entre eles, porém, não se pode deixar de pontuar que a reunião de pessoas é um disparador potente para a formação de um grupo psicológico.

Freud (idem) vai se interrogar sobre a natureza dos laços que ligam um grupo. Ressalta a *identificação*, enquanto componente da constituição subjetiva, como “a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (pag. 115) e aponta sua importância antes e durante o Complexo de Édipo. Estabelece o caráter ambivalente que a identificação traz já que “pode tornar-se expressão de ternura com tanta facilidade quanto um desejo de afastamento de alguém” (idem). Dentre os modos de identificação possíveis, a que parece ligar um grupo pode surgir no momento em que há uma qualidade emocional comum aos membros, mas que não se configura como um objeto da pulsão sexual.

Freud (1921/2006) traz alguns exemplos de reunião de indivíduos - crianças reunidas em um quarto para brincar, a reunião dessas crianças numa escola e de um grupo de mulheres que se reúnem ao redor de um determinado artista após o fim de sua apresentação - a fim de delinear o que está em jogo quando esse grupamento de indivíduos se reúnem. O provável ciúme que marcaria essas relações e o desejo de eliminação do rival dão lugar à construção de um sentimento grupal de identificação a um objeto semelhante de amor. Assim, o que se organiza em torno de um certo espírito de grupo é originário do sentimento de inveja e o que deriva disso é a construção de um senso de igualdade, de justiça social na qual parte-se do princípio de que se eu não posso ter acesso a determinada coisa, o outro também não terá. “O sentimento social, assim, se baseia na inversão daquilo que, a princípio, constituiu um sentimento hostil em uma ligação de tonalidade positiva, da natureza de uma identificação” (p. 131).

Freud (idem) fará uma observação importante ao destacar que a exigência de igualdade entre os membros de um grupo aplica-se a estes, porém, não ao líder. Então, Freud (ibidem) pontua que o homem é um animal de horda a ser conduzido por um chefe. O grupo promoveria a revivescência da horda primeva.

Dada a construção que foi feita até aqui, não podemos deixar de destacar que um mesmo indivíduo participa de numerosos e diferentes grupos cujas formações se caracterizam por serem estáveis e duradouras, como os grupos que ligam uma etnia, um credo ou uma nacionalidade, por exemplo (ibidem).

Segundo Freud (1921/2006), quando atravessado por um grupo, o indivíduo tende a abandonar o seu ideal do ego e assume o ideal do grupo como seu.

No que tange à relação que existe entre as pulsões sexuais, de vida e a formação de grupos, Freud (idem) coloca que os impulsos de caráter sexual não favorecem a formação de grupos na medida em que quando o eu encontra-se na condição de estar amando, seus interesses voltam-se para esse objeto de amor. Logo, quando dois indivíduos se encontram enamorados, um basta ao outro”trata-se de uma condição em que há lugar apenas para o eu e o objeto” (p.153)

Segundo Freud (idem), não é a toa que a igreja exige o celibato dos padres e impõe condições rígidas para que um indivíduo se enlace a outro. Assim, vemos a incompatibilidade “entre os impulsos diretamente sexuais e os inibidos em seus objetivos” (p. 153).

Ainda no que se refere à religião, podemos considerar que ela é uma da forma de neurose coletiva. Pois, ao assumir uma formação de sintoma grupal, o sujeito abre mão de assumir seu próprio sintoma. Como descrito por Freud (1927/2006) a religião seria uma delírio coletivo que poupa o sujeito de assumir e lidar com sua neurose individual.

Interessante destacar o movimento de alguns casais que compartilham - mesmo que não elejam a mesma droga - o problema de fazer uso abusivo de determinada droga e que chegam ao CAPS para participar do grupo destinado a tratar de assuntos que permeiam essas questões. Não é raro o relato de que um só consegue permanecer em determinado tipo de tratamento, cuidado ou mesmo abstinente se o parceiro também estiver.

A partir de Freud podemos elaborar questões pertinentes abarcando os elementos fundamentais presentes em um grupo. A contribuição de Lacan à temática dos grupos pode ser encontrada em seu texto *A psiquiatria inglesa e a guerra (1947/1989)* onde retoma a experiência relatada por Bion em seu texto “*Intra-group tensions in therapy. Their study as the task of the group*” (As tensões interiores ao grupo na terapêutica. Seu estudo proposto como tarefa do grupo), apresentando o trabalho empreendido por ele e sua equipe num hospital militar durante a Segunda Guerra Mundial no setor de reabilitação e readaptação dos neuróticos de guerra. Bion utilizou-se do recurso grupal para a realização de reuniões coletivas onde eram discutidas os problemas comuns e eram propostos programas de exercícios e atividades com vistas à resolução dos problemas apresentados. Para a seleção dos

oficiais, Bion desenvolveu, ainda, a técnica do *grupo sem líder* onde era proposto a um determinado grupo a realização de uma tarefa cuja observância recaía sobre o modo como cada um, em grupo, conseguia lidar com a realização da tarefa na inter-relação com os outros componentes do grupo (ZIMERMAN, 2007).

Lacan vai sublinhar alguns elementos que considerou importante nessa experiência de Bion e Rickmann onde reconhece a intervenção psicanalítica sendo utilizada em um âmbito grupal, seja no que se refere à convocar os soldados à responsabilidade, quando eles passam a ter a incumbência de cuidar do local onde se encontram alojados; seja na proposição do curso de dança como forma de restituir alguma forma de dignidade a esses sujeitos. Uma outra função fundamental foi o lugar ocupado por Bion na medida em que partiu da premissa de que aqueles sujeitos reunidos naquele espaço tinham condições de construir alguma forma de organização. O protagonismo, a ação, a realização da tarefa ficava a cargo do grupo. O lugar ocupado por Bion enquanto analista, colocava esse grupo a trabalho.

3.1.1 O conceito de Coletivo em Jean Oury

Se Freud e Lacan puderam dar algumas indicações acerca da formação e organização dos grupos, podemos também destacar as contribuições de Jean Oury (2009) para pensar o conceito do que ele chamou de Coletivo, a partir de sua experiência em *La Borde*. Em sua obra *O coletivo*, que reúne dez seminários realizados entre setembro de 1984 e junho de 1985 no Hospital Sainte-Anne em Paris, Oury (idem) vai se debruçar sobre a construção do conceito de Coletivo a partir de sua experiência trazendo interlocuções e contrapontos com outros autores que abordaram o referido conceito.

De início, Oury (2009) situa que o coletivo, do modo como ele o concebe, é algo que engloba uma organização geral, um sistema coletivo que inclui a singularidade. O autor traz um relato do primeiro momento em que lhe ocorreu a ideia da dimensão do coletivo quando leu um dos livros de Fernand Deligny¹⁵ onde este descreve que para cuidar daqueles que se encontram em uma instituição é preciso lançar mão de uma quantidade de coisas, muito diversas, ninharias de todo tipo, acumuladas ao acaso.

É a partir dessa diversidade, dessa heterogeneidade de coisas, que cada um pode escolher, orientar-se naquilo que gosta. Já havia aí uma certa preocupação: que para

¹⁵ Fernand Deligny (1913 - 1996) foi um pedagogo francês que se dedicou aos estudos com crianças autistas. Trabalhou em *La Borde* também. Deligny “escreve sobre práticas pedagógicas que trabalham com o radicalidade de investir no autismo como existência e com o rigor de retirar dela uma potência singular de vida, experimentando outro tipo de educação para o homem” (MATOS, 2015, p. 102).

cada personagem, para cada delinquente, para cada personalidade inteiramente específica, distinta das outras, é bom ter uma soma de ‘acazos objetivos’, objetos de todos os tipos, a fim de que cada um possa se resituar em sua dimensão fantasmática (OURY, 2009, p. 20).

Se partimos da premissa de que cada sujeito é singular e, considerando que para a pulsão não existe um objeto que a satisfaça por inteiro e que, por isso, ela se liga a uma infinidade de objetos que não são fixos e que não podem ser predeterminados de antemão, uma multiplicidade de objetos propicia que a satisfação das pulsões aconteça mesmo que de modo parcial. Importante colocar que tais objetos não precisam existir concretamente, na realidade, já que eles podem ser fantasiados.

Se por um lado, o coletivo é algo que interroga a hierarquia que se estabelece nas organizações, por outro, há um rigor que perpassa o coletivo. Assim, ao apontar as possibilidades de se trabalhar com sujeitos psicóticos, nas instituições que os recebem - e aqui incluo também os sujeitos que fazem um uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas, que chegam todos os dias nos CAPS - Oury (2009), de modo muito sensível e a partir de sua experiência, traz alguns operadores que situam as bases daquilo que ele nomeia como Coletivo e que configuram-se como norteadores para a construção do trabalho nesses dispositivos. São elas: disponibilidade e vigilância, que tem a ver com a possibilidade de ter iniciativas, autorizar-se a intervir em diferentes situações. Oury (idem) vai trazer também uma dimensão ética que ele descreve tomando emprestado a fala de uma usuária que ele acompanhou em La Borde “Eu não sei como vocês fazem com todo esse negócio, mas há gentileza” (p. 24). Oury (idem) coloca que essa gentileza não tem a ver somente com a cortesia, também não se trata de ser gentil

a gentileza é algumas vezes ficar com uma raiva pavorosa e pôr as pessoas para fora. Parece então que se respeitou alguma coisa, uma dimensão que era justamente de oposição: respeitou-se o outrem, introduzindo assim uma dimensão ética (p. 24).

Essa gentileza está situada no ponto em que há uma atenção àquilo que o sujeito traz ou ao modo como ele chega e pode estar no dispositivo; aponta, também, a importância da heterogeneidade trazendo como exemplo o funcionamento das oficinas que se desenvolvem nos diferentes dispositivos e que demandam que haja uma atenção com o material utilizado, ou mesmo com o que surge nesse encontro - que é da ordem do singular, do que não está previsto... É por outro lado, favorecer esses encontros. Oury (ibidem) marca a importância de preservar a heterogeneidade do espaço, das funções e de cada usuário que chega, bem como a circulação destes pelo dispositivo, algo que não seja engessado, inflexível.

Oury (2009) traz uma relação que estabelece entre o encontro e a transferência onde a transferência situa-se no ponto em que “permite ao sujeito manifestar-se através da emergência de um ‘dizer’” (p. 31). Traz ainda a dificuldade que se encontra para sustentar esse dizer. Para Oury (idem) a transferência tem uma dimensão criacionista, criação *ex nihilo*, e difere do conceito de repetição. Porém, é a partir da transferência que a repetição pode aparecer.

Ao colocar em destaque a existência de uma dialética das demandas, Oury (2009) assinala que é primordial não tomá-las ao pé da letra, que elas não precisam ser respondidas de imediato. As demandas precisam ser decifradas, trabalhadas, acolhidas. E nesse processo, há um fator que precisa ser considerado que é o que Oury (idem) nomeia de *subjacência*, que pode ser comparado ao que Lacan chamou de lugar do desejo. Assim, há uma importância em se considerar o que se apresenta para além da demanda que é a dimensão do desejo.

Oury (2009) situa O Coletivo como uma “*máquina a tratar a alienação*, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica” (p. 39).

Uma das funções do Coletivo é

criar um espaço de dizer’ no qual haja pessoas que venham e pessoas que não venham, mas que passem por lá e que tenha alguma coisa que aconteça, que emerja, onde haja pessoas que se modificam com o passar dos anos. (OURY, 2009, p. 73).

Porém, para que esse acontecimento seja possível ele depende de uma dupla articulação: para além do estabelecimento de uma relação direta com determinado usuário ou paciente, faz-se primordial uma articulação indireta com outros atores que compartilham o cuidado de determinado usuário (idem).

Uma outra função essencial ao Coletivo refere-se a *função diacrítica*, empregada por Oury (2009) como aquela que dá algum contorno há algo que apresenta-se indefinido possibilitando uma diferenciação, uma separação dos registros.

Atrelada à condição de existência da *função diacrítica*, naquilo que caracteriza o Coletivo para Oury (idem), temos a *função de decisão* que se relaciona ao posicionamento de desconsiderar a obviedade de determinado acontecimento possibilitando que ele seja explorado, destacando “esse acontecimento de uma espécie de monotonia cotidiana” (p. 97). Nesse contexto, a função de decisão relaciona-se a uma outra função, a saber, a *função de corte*.

Oury (2009) apresenta o inconsciente como um dos elementos do Coletivo no que este se articula com o *tempo para compreender*, que não é o tempo cronológico, do relógio, mas

que tem a ver com o tempo do sujeito e que se relaciona ao trabalho de decifração, ao momento de fazer determinada intervenção.

Tomando o referencial psicanalítico como balizador, Oury (idem) situa que a identificação, que ocorre com frequência nos diferentes grupos, é marcada por diferentes registros. A *primeira identificação* estaria relacionada às estruturas psicóticas e que se aproximariam da “incorporação”. A *segunda identificação* estaria ligada à identificação regressiva ao traço unário “trata-se do traço da pura diferença” (p. 100). Ela se relaciona a uma introjeção simbólica, possibilitando o acesso ao registro do simbólico, ao Ideal do Ego. Já a *terceira identificação* está atrelada à identificação imaginária e que vai colocar em questão algo da ordem do ego ideal. E acrescenta, “na prática, é a *função diacrítica* que permite isolar distinguir esses diferentes registros de identificação” (p. 101).

Nesse contexto, Oury (2009) assinala que o que vai distinguir a análise da sugestão é a distância entre o Ideal do Ego e o Ego Ideal, sendo a sugestão nos grupos uma indução imaginária que esmaga o simbólico. Na sugestão o terapeuta encarna o lugar de saber, é ele quem faz as indicações do que o indivíduo deve fazer. Esse indivíduo é colocado na condição de objeto a sofrer intervenções. Já na análise, o saber - mesmo que ainda não sabido - está do lado do sujeito do inconsciente e não do analista. Em uma análise é o analista que está no lugar de objeto justamente para propiciar que o sujeito do inconsciente apareça.

Ainda tomando alguns conceitos psicanalíticos que o auxiliem na construção do conceito de Coletivo, Oury (2009) traz o podemos chamar de desejo do analista

No trabalho de análise geral do qual participamos, é essencial saber em que lugar nós nos encontramos; ou seja, em que nível nós mesmos estamos, não tanto enquanto pessoa, nem enquanto sujeito, mas enquanto representante de um certo desejo. É isto que está em questão na ação de cada um, nos atos de todos os dias. E o desejo deve ser distinto de tudo o que vocês podem imaginar: a demanda, a necessidade, o gozo. O que está em questão quando se fala em transferência é, como diz Lacan, o problema do desejo do analista. (...) um psiquiatra, ou um enfermeiro, em certo campo de trabalho, deve se questionar sobre seu próprio desejo (idem, p. 105).

Nesse contexto, Oury vai situar que a ética, a partir da psicanálise, se dá a partir da “articulação entre o desejo e a ação de cada um” (ibidem).

Tomando como referência o texto freudiano *O mal estar na civilização* e o Seminário sobre a Ética, de Lacan, Oury (2009) irá discorrer sobre o modo como a civilização se organiza, o que ela exige e o posicionamento do sujeito à “serviço dos bens” o impele, muitas vezes, a ceder de seu desejo. O autor destaca que, ao contrário do que pode parecer, ceder de seu desejo está relacionado a abrir mão dele em alguma medida, a evitá-lo. As organizações, instituições promovem isso na medida em que convocam o sujeito a satisfazer o que

recomendam essas estruturas, a cumprir as exigências que a civilização impõe no sentido de abrir mão de uma quota de satisfação para fazer parte da sociedade no modo como ela se organiza. Ceder de seu desejo apresenta-se “mais fácil” na medida em que

ir até o fim de seu desejo põe em questão o sujeito na sua relação com o mundo e, no final das contas, exige uma coragem extraordinária. Trata-se, de fato, de transpor as ameaças, as barreiras da existência corrente; ou seja, não evitar a castração (p. 130-131).

Oury (2009), ao abordar a dimensão ética na sua relação com o desejo do analista, toma como exemplo o caso de famílias que organizam-se de modo incestuoso - mas podemos aqui considerar também todos aqueles que chegam ao dispositivo CAPS ou qualquer outro dispositivo da rede de cuidados trazendo suas histórias, seus atravessamentos, que em muitos casos se apresentam como transgressores das leis sociais, que fazem uso de substâncias consideradas ilegais perante as leis da sociedade, enfim, que questionam e não se enquadram no modo como a civilização se organiza - coloca em destaque a importância de que esse ator do cuidado possa se interrogar sobre sua prática, interrogar sobre o que vem a ser intervir, qual o limite disso, o que está em jogo nessa intervenção. A importância dessa análise se dá na medida em que estejamos atentos para que não fiquemos num lugar policaresco ou seduzidos por determinada situação ou lugar em que somos convocados a responder.

Segundo Oury (2009) “o Coletivo não é nem um estabelecimento nem uma instituição (p. 36). Ele é antes uma função do que uma estrutura. Assim, o que o autor articula e elabora enquanto coletivo e os exemplos que traz em seus seminários relacionam-se à organização das instituições e o modo como elas operam e que inclui tanto os usuários como a equipe que nela trabalha perpassada pelos atravessamentos da organização social, das leis, da política, daquilo que se diz, daquilo que não se diz, daquilo que fica escamoteado etc.

Oury (2009) pontua que “(...) não se deve confundir a noção de coletivo, que eu digo que é uma máquina abstrata, com um certo grupo (...)” (p. 143). Ele não se materializa em um grupo, também não é a reunião de um quantitativo de indivíduos. Nesse sentido, a articulação que Oury apresenta sobre o Coletivo é complexa e ultrapassa o que vimos esboçando até aqui no que se refere à organização de um determinado grupo na medida em que apresenta uma abordagem mais abrangente considerando, para além de um grupo que se reúne em nome de uma determinada causa, de uma questão em comum - no caso do CAPS: um grupo que se reúne para falar das questões que se relacionam ao uso abusivo de álcool e outras drogas - outros operadores que, apesar de não estarem explicitados de forma direta no grupo em questão, interferem na condução e manutenção do mesmo.

Nesse contexto, trago um exemplo de uma questão que perpassa o CAPS onde trabalho, que é modalidade I. Apesar de termos um grupo para receber os usuários com questões relacionados ao uso abusivo de drogas e de realizarmos acolhimento, recepção e a construção de um projeto terapêutico singular - dentro das limitações que temos num CAPS I e de um rede de serviços que tem dificuldades em acolher essa demanda - todos os dias é preciso sustentar, dentro da própria equipe que o CAPS é o lugar de acolhimento desses sujeitos também, esse lugar não está dado na equipe

(...) não se trata de falar ‘uma doutrina comum’ porque isso seria então uma espécie de ideologia, mas é preciso ao menos estar de acordo sobre alguns pontos, nós de estrutura, para que ela possa se sustentar (OURY, 2009, p. 146).

Se por um lado, o grupo tem a função de acolher esses indivíduos, oferta-lhes um espaço de escuta, de tentativa de construção de outros recursos para além da droga, que busca pinçar dentro do coletivo aquilo que é singular, por outro lado, reuni-los em um determinado turno do CAPS “esses casos que não eram para estar aqui” (sic) parece ter, para a equipe, uma certa função de apaziguar - e também de tentar organizar - a angústia que esses casos provocam em cada profissional e que reverberam de múltiplas formas: há aqueles que sustentam o direito aos cuidados em saúde que esses indivíduos têm; outros acreditam que “são delinquentes que não querem nada” (sic); alguns “dão um voto de confiança” ao usuário, até que ele tem uma recaída e com isso ele passa a ser visto como alguém que não quer se cuidar; dentre tantas outras questões pessoais e morais que atravessam as intervenções de diversos profissionais e que se pautam em dar sugestões, conselhos, se tem afinidade com determinado usuário. Assim, são muitos fatores imbricados na chegada de um usuário ao CAPS, desde o acolhimento até sua permanência ou não no grupo - porque nem todos se interessam ou querem participar do grupo, nem todos os usuários conseguem chegar ao CAPS, para esses, outros projetos terapêuticos singulares são articulados e construídos.

Se a função do Coletivo, segundo Oury (2009), é a de

(...) velar para que não haja uma grande homogeneização dos espaços, que haja a diferença, que haja uma função diacrítica que possa distinguir os registros, os patamares, etc.; e que cada um possa articular algo da sua singularidade mesmo em um meio coletivo (p. 140).

Por outro lado, o autor se interroga se, ao mesmo tempo ele não acaba por mascarar, dissimular, no fundo, aquilo que é uma decisão pessoal de um líder. O Estado e sua administração não levam em conta o desejo. Naqueles que aparecem como uma figura de poder, o que aparece não é o desejo, mas aquilo que Oury (idem) vai designar de *simulacro do*

desejo que pode ser passageiro e opera segundo a crença de que determinado estabelecimento só se sustenta devido a figura de determinado chefe. Segundo Lacan (1975), “o poder é sempre um poder vinculado à palavra” (p. 17).

Para Oury (2009) o Coletivo organiza significantes, produz S1 - que se relaciona ao sentido e não à significação. A produção de sentido se dá a partir de um campo transferencial que se estabelece e que leva em conta o desejo. Uma das principais razões para fazer com que essa máquina abstrata opere é permitir que o desejo possa se manifestar, que se produza algo que suscite o aparecimento do sujeito. Mas pontua que nos estabelecimentos tradicionais, que sofrem a interferência do Estado, o movimento se faz no sentido de que o desejo não apareça, de que ele seja suprimido.

Oury (2009) faz um apontamento importante ao destacar que na realização das oficinas que acontecem numa instituição, há uma tendência de que elas acabem se fechando sobre si mesma, o que promove um melhor funcionamento interno desta. Porém, se por um lado ela parece funcionar de modo mais coeso, por outro, essas oficinas podem acabar se fechando a ponto de enclausurar os indivíduos que dela participam de modo a impedir que eles possam fazer uma circulação por diferentes territórios, tornando-se alheio ao que se passa em outros espaços.

Isso parece visível quando um determinado grupo que se reúne regularmente recebe um novo participante. Se em alguns grupos ele é bem acolhido, em outros, pode haver uma resistência a chegada desse novo integrante.

Quando penso no grupo que se reúne no CAPS para tratar de alguma coisa que perpassa a relação desse sujeito com a droga, talvez por ser um grupo heterogêneo e que possui alguma rotatividade na medida em que diferentes indivíduos circulam em diferentes dias, há uma maior abertura para o recebimento de novos participantes, que é diferente de outros grupos que acontecem no CAPS cujo funcionamento e organização parecem mais fechados.

O próprio fato do dispositivo ser um CAPS modalidade I já promove uma circulação de diferentes sujeitos com demandas diversas.

A partir da construção que Oury (2009) faz acerca do conceito de Coletivo trarei algumas vinhetas clínicas que me parecem se relacionar a esse conceito trabalhado pelo autor, posto que existem acontecimentos que extrapolam os limites do grupo que acontece no CAPS possibilitando trocas interpessoais importantes seja entre os usuários que participam do grupo, seja englobando seus familiares, dentre outras situações.

No cotidiano do CAPS I há uma característica que está presente que se refere ao fato dele não ser “especializado”. Nesse sentido, recebe tanto usuários psicóticos, histerias graves etc. como os usuários de álcool e outras drogas. E, por mais que haja uma organização para que cada público possa ser acolhido em diferentes turnos, muitas vezes eles se encontram no dispositivo. O que, por vezes, tem efeitos interessantes. Recordo de um fato ocorrido onde um dos jovem que frequenta o grupo estabeleceu uma relação de amizade com uma usuária que na ocasião estava um surto maníaco e que residia próximo à sua casa. Ele chega no CAPS e relata que encontrou essa usuária andando pelas ruas muito desorganizada. Ele, então, junto com sua mãe, a levaram para casa, almoçaram com ela, ela tomou banho, trocou de roupa... foi acolhida, enfim.

É possível trazer outros episódios em que determinado participante do grupo encontra outro num bar, muito bêbado e decide levá-lo até em casa ou acionar a família ou solicitar auxílio do CAPS. Há uma rede que se constrói para além do grupo em si a partir de um cuidado que se estende não somente aos integrantes do grupo, mas também para outros usuários que frequentam o CAPS e que trazem questões tão diversas. Há algo do cuidado de si que se constrói e se presentifica também a partir do cuidado com o outro.

O sujeito acolhido em uma atitude presidida pelo cuidado, pelo reconhecimento de sua singularidade e de suas necessidades, pode emergir como um sujeito, ele mesmo, orientado para uma atitude de cuidado, isto é, de reconhecimento da singularidade e das necessidades dos outros (PLASTINO, 2009, p.77-78).

O grupo promove alguns efeitos importantes na medida em que permite que os usuários se coloquem na tentativa de fazer uma elaboração acerca do uso que fazem da droga. Uma dessas usuárias frequentou o grupo por alguns anos e falava do uso que fazia e que não pretendia interromper esse uso mas que tentava fazê-lo de modo mais cuidadoso, sem se meter em tantas encrencas e situações de risco. Aos poucos, passou a falar menos da droga e mais da relação de conflito que estabelecia com a mãe... falou muito disso. Nesse ínterim, ofertamos um espaço de escuta individual para ela, que aceitou o convite e se colocou a trabalho numa análise. Pouco tempo depois, veio dizer que estava optando por parar de frequentar o grupo, que queria tratar de outras questões e que a droga já não mais ocupava o todo de sua vida. Foi uma passagem importante e bonita que essa usuária fez de alguma coisa que ela começou elaborando no grupo e que pôde ser acolhida, mais tarde, na entrada em análise desse sujeito. Nesse processo de saída do grupo, em um dos últimos encontros em que participou, essa mesma usuária faz um ato falho interessante quando ao tentar dizer que ela era uma narcótica anônima, ela diz “eu sou uma neurótica anônima” (sic). Há aí um

deslizamento na cadeia significante, está colocada aí a possibilidade do surgimento do sujeito do desejo.

Nestes relatos, a experiência da redução de danos se faz presente pela via da linguagem onde, por meio de diferentes meios de expressão: verbal, corporal, escrita, artística etc. e por diferentes formas de cuidado de si e do outro vão sendo esboçadas por cada sujeito em sua singularidade, a partir das marcas e significantes que carrega.

Assim, se “o real é estritamente o que não tem sentido” (LACAN, 1975/2016, p. 22), o campo do simbólico tem a função de produzir algum sentido. Oury (2009) vai sustentar que essa relação transferencial que se estabelece em um análise pode também estar presente no coletivo à medida que o sujeito pode lançar mão de diversos significantes que possibilitem forjar e sustentar algum sentido para sua existência.

Posto isso, pode-se destacar que ao evocar o termo analisante, Lacan (1975) coloca que tinha a intenção de situar que numa análise quem trabalha é o analisante. Logo, não se trata do analista moldar aquele sujeito que ali chega com uma demanda que pode se desenrolar para uma análise, ou não.

Se podemos estabelecer uma relação entre a psicanálise e a estratégia de redução de danos - salvaguardando, claro, o que é inerente a cada uma - esta localiza-se no ponto em que, assim como na psicanálise, a estratégia de redução de danos pretende incluir, implicar aquele que chega no cuidado consigo, sendo este um sujeito ativo nesse processo.

3.1.2 Sobre a experiência com um grupo de usuários de álcool e outras drogas

Eu gosto de vir para cá. Fico contando os dias para chegar quinta-feira. Você sabe que eu tenho problemas com o convívio social e aqui é um lugar que eu consigo ter convívio social.

O grupo é um lugar de convívio social, não é? (O.)

Reporto-me agora a uma experiência no CAPS I onde trabalho com um grupo de usuários que trazem o uso abusivo de uma ou múltiplas drogas como questão, que se reúnem semanalmente neste espaço. Segundo consta no livro de registro dos encontros do grupo, esse grupo teve origem em 2013, na policlínica da cidade e tinha o propósito de levantar a demanda no que se refere às ações no campo de álcool e outras drogas visando fomentar e sustentar a construção de um CAPSad na cidade. Quando da inauguração do CAPS I, o grupo

passou a se reunir no CAPS I sendo coordenado pela equipe desse dispositivo. O CAPSad ainda não existe na cidade, mas seguimos sustentando sua necessidade.

O grupo acontece semanalmente com duração de uma hora e meia e é destinado àqueles que estabeleceram uma relação de uso abusivo com determinada droga, seja elas lícitas (álcool), ilícitas (cocaína, maconha, crack etc) ou farmacêuticas (benzodiazepínicos). O grupo é mediado por duas psicanalistas. Os usuários chegam ao grupo a partir das recepções que são realizadas pelos técnicos do dispositivo. Os encontros acontecem na sala de oficinas do CAPS. Existe um livro de registro desses encontros. O grupo que se reúne é bastante heterogêneo: homens, mulheres, gays, lésbicas, jovens, adultos, idosos, neuróticos, psicóticos. Composto por indivíduos numa faixa etária que varia de 20 a 70 anos, das mais diversas classes sociais, desde indivíduos que vivem em situação de rua até por aqueles que possuem alguma condição social mais favorável.

É no caso a caso que é possível localizar no grupo aquilo que opera para cada um. Muitos usuários retornam ali, assiduamente, semanalmente - e em situações de crise vem em outros dias da semana solicitar ajuda, acolhimento... - alguns chegam mais tímidos, outros mais acalorados, alguns já interromperam o uso por muitos anos ou por um período, ou desejam interromper, outros querem continuar o uso, mas fazê-lo de uma forma menos prejudicial, outros adotam uma prática de substituição e há, ainda, aqueles que expressam o desejo de parar de usar determinada droga, mas não conseguem... é com essa diversidade de sujeitos que ali chegam que esse grupo se constrói.

Corroborando com o que apontam Torres e Vidal (2016), aparecem nas falas de alguns usuários que frequentam o grupo do CAPS a expectativa de que haja um reforço por parte da equipe técnica do dispositivo da necessidade de estar abstinente. A abstinência é um tema que frequentemente surge na chegada de novos participantes do grupo pois parece haver “a modulação de discurso do sujeito em função da abstinência que acredita-se ser o que espera o ideal institucional encarnado pela equipe profissional” (idem, p. 60). Esse é sempre um tema que retorna nos encontros, algo que aparece como uma oposição entre a redução de danos e a abstinência. O trabalho vai na direção de buscar ampliar essa discussão já que a redução de danos pode incluir a abstinência. Por outro lado, apesar dessa estratégia possibilitar maior acesso aos usuários precisamos cuidar para que a redução de danos não seja tomada enquanto um ideal, como se fosse possível a todos fazer um uso regulado de drogas, ponto em que ela cairia no mesmo lugar do ideal da abstinência (TORRES E VIDAL, 2016). Há que se considerar o impossível que há na regulação do gozo.

Posto isso, serão apresentados alguns fragmentos de casos a fim de trazer as discussões e situações que são tratadas no grupo e também aquelas que se dão para além dos limites no CAPS, no território, na cidade.

Durante o grupo que acontece semanalmente no CAPS um jovem de 24 anos, L., faz uma retrospectiva sobre seus últimos dez anos de vida: fala sobre o período de azaração na adolescência, sobre a namorada que lhe apresentou a cocaína e que, segundo ele, "desgraçou sua vida" (sic), sobre o término dessa relação que resultou numa tentativa de suicídio por parte desse jovem; fala sobre o longo período em que ficou internado numa instituição para dependentes químicos; e fala sobre sua experiência nesse grupo e como pode ir repensando o uso que fazia da droga: "eu lembro de um relato de um homem que estava sentado ali, nunca me esqueço dele falando que perdeu tudo, que vendeu tudo o que tinha em seu salão, em sua casa para comprar pó... ele perdeu tudo. Eu não achava que a cocaína fazia isso, aí pensei em tudo o que já tinha acontecido comigo e falei: eu não quero isso pra mim não" (sic). Relata que hoje faz uso regular de maconha, antes fazia na praia, na companhia de outras pessoas, mas refere que ficava muito exposto, perdia o controle. Interessante nesse caso como a fala de um dos integrantes do grupo pôde fazer retornar alguma coisa para esse jovem onde, a partir do relato de um outro, há algum reposicionamento de L. acerca do uso que ele fazia de uma determinada droga. No grupo tem-se a possibilidade de fazer operar a via do trabalho significativo onde

o que é dito por um possa reverberar no outro e incluir aí o que é do Outro, que retorna ao sujeito como sua própria mensagem. É o trabalho de fala em que o encontro com os semelhantes possibilita advir a alteridade (...) (TORRES E VIDAL, 2016, p. 60)

Vale salientar, também, como ele pôde construir e adotar, a partir das discussões no grupo, algumas estratégias de redução de danos para lidar com o uso que fazia da droga: usar em casa já que na rua acabava perdendo seus pertences, seja porque os dava, seja porque era roubado; corria o risco de ser abordado pela polícia; além de fazer um uso mais desenfreado. Hoje faz esse uso em casa, com algum consentimento dos pais, de forma mais protegida, segundo ele.

Esse caso nos faz pensar sobre toda uma reorganização que essa família precisou fazer para lidar com o uso que esse jovem fazia das drogas, ainda mais se considerarmos que os pais desse jovem são religiosos e referem ser "de outra época" (sic). Entre ver seu filho exposto na rua, sendo agredido, colocando-se em situações reais de risco, optam, mesmo que com alguma relutância e carregados dos valores morais impostos pela sociedade, por

consentir que seu filho faça esse uso em casa considerando que as outras alternativas colocam esse jovem em situação de maior vulnerabilidade.

Durante a realização do grupo, um dos usuários relata sua experiência, diz que quando chega em casa sua mãe diz que ele está sempre muito agitado, ao que ele explica: “pra mim é muito difícil vir aqui (no grupo), eu sinto vontade de usar cocaína todo dia, mas eu não posso, não quero mais... por isso eu tenho que vir aqui, eu venho aqui pra poder falar dessa vontade, porque quando eu falo eu não uso” (sic). Relata que constantemente tem o seguinte sonho: “eu sonho que tem muita cocaína e que eu estou louco para cheirar..., mas aí sempre acontece alguma coisa que eu não consigo: ou alguém assopra a cocaína ou eu acordo...” (sic).

Este mesmo usuário, S., apresenta uma relação muito tênue no limite entre a vida e a morte. Há períodos em que faz uso intenso e desenfreado de cocaína; quando tenta interromper ou diminuir esse uso tem crises de abstinência severas. Nesses períodos de uso intenso se coloca em diversas situações de risco: furta objetos de sua casa e da vizinhança para adquirir a droga, sendo ameaçado pelo tráfico por isso. Nos períodos em que consegue fazer um uso menos danoso, faz algumas tentativas de elaborar pequenos projetos de vida que tem a ver com sua história: retomar as aulas de violão e a produção de artesanato com fio macramê. S., em sua juventude, teve uma escola de música com sua ex-companheira. Refere que foi nesse período, aos 27 anos que iniciou o uso de cocaína quando um dos alunos não tinha dinheiro para lhe pagar e ofereceu a droga como forma de pagamento. Em outro período de sua vida, viajou o Brasil vendendo artesanato. A partir do movimento de S. de retomar algo que se relaciona à sua história, pactuamos dele utilizar o espaço do CAPS para esboçar esses projetos.

A empolgação inicial de S. logo deu lugar a um desânimo com consequente intensificação do uso de cocaína. Nesse período começou a falar sobre um impasse que se colocava em sua história “eu não tenho o nome do pai” (sic). S. relata que não sabe quem é seu pai, que sua mãe nunca lhe contou quem ele era “só sei que ele era um homem muito rico e importante” (sic). Foi criado por um padrasto, o qual não parece ter podido exercer a função paterna. Em sua certidão de nascimento somente consta o nome de sua mãe. Há um lacuna, um buraco, um vazio na história de S. No caso de S., fica latente a precariedade com que a função paterna se exerce pela não regulação do gozo, pelo modo de gozo mortífero ao qual S. se entrega a ponto de não conseguir vislumbrar, nomear algo que seja da ordem de um desejo que o enlace a vida. A pulsão de morte se apresenta de forma voraz.

As pulsões de vida e de morte são constituintes do sujeito. Nesse sentido, a pulsão de morte não deve ser vista como um mal a ser extirpado - até porque isso nem é possível. O que

se torna grave é quando as pulsões de vida e a pulsão de morte atuam em descompasso, como acontece no caso de S., onde o recurso à droga pode configurar-se como mortífero para o sujeito (BASTOS E ALBERTI, 2018).

Se por um lado, o analista tem o dever ético de estar atento ao que surge na clínica que é da ordem de um impossível, nas políticas públicas, essa dimensão também perpassa esse campo. Bastos e Alberti (2018) partem da hipótese de que “é somente levando em conta a pulsão de morte que, com alguns esforços a mais, podemos instrumentalizar cada sujeito a associar, intrincar, desejar... na contramão da pura cultura da pulsão de morte” (p. 215).

Se a escolha do sujeito não for considerada - ainda que essa escolha traga à cena seus aspectos mortíferos - o que ocorre é que se pode cair em um circuito que promove um outro tipo de repetição: internação, abstinência, recaída, internação, como apontam Bastos e Alberti (2018).

Uma situação curiosa ocorrida em dois encontros seguidos refere-se ao dia em que, a partir do tema que o grupo iniciou uma discussão acerca das internações para tratamento da dependência química, um dos usuários propôs que assistíssemos o filme “Bicho de Sete Cabeças”, filme brasileiro que retrata uma história real, inspirada no livro “Canto dos Malditos”, de Autregesilo Carrano Bueno que relata sua experiência de internação em um manicômio devido ao uso de maconha.

Esses usuários, quase que em sua totalidade, passaram por internações psiquiátricas e é recorrente trazerem no grupo relatos dessas experiências sempre de violência, submissão, descaso, excesso de sedativos, péssimas condições de higiene onde o sujeito se perde em meio a massa de indivíduos internados.

Curioso é que durante a exibição do filme os espectadores pareciam assistir a um filme de comédia: muitas risadas, diversos comentários de cunho cômico, insinuações de um usuário para outro. Lacan (1999), no *Seminário, livro 5, As formações do inconsciente* retrata o humor como o outro lado do trágico. O humor pode ser pensado como um dos recursos possíveis do qual o sujeito se utiliza para lidar com o mal-estar.

Na semana seguinte, quando nos reunimos para discutir o filme, apesar dos risos, eles puderam falar da angústia que foi assistir àquelas cenas “eu não gosto desse tipo de filme, eu fui pra casa e nem dormi, parecia um filme de terror”(sic). Outros falaram de como o filme retratou, de alguma forma, a experiência que tiveram durante as internações em manicômios em diversos lugares do Brasil. O filme suscitou, ainda, apontamentos referentes ao posicionamento da família colocando que a atitude dos pais para com o adolescente, que fazia um uso recreativo, foi desmedida, exagerada.

S. fala sobre a experiência de ser encarcerado devido a um roubo que cometeu: “eu fiquei quatro meses preso, depois fui solto para responder o processo em liberdade, mas mesmo assim é muito difícil: hoje eu não posso sair de casa depois das 22 horas, eu não posso fumar um baseado na rua, eu não posso trabalhar, porque ninguém dá trabalho para quem já foi preso, eu não consigo nem arrumar uma namorada” (sic). S. faz um link com o filme no momento em que o ator sai da internação e tenta retomar sua vida, porém, já não pode mais devido às marcas impressas pela experiência de ser internado.

Em determinada ocasião o grupo de usuários de álcool e outras drogas relatam sobre suas experiências em diferentes instituições de tratamento iniciam a elaboração da diferenciação sobre o que é ofertado nos diferentes espaços por onde circulam.

As instituições religiosas surgem com primazia como oferta de cuidado nesse campo recorrendo a Deus como direção para a cura do “vício, da dependência”. No discurso do grupo, no “tratamento” pela via religiosa há algo que Deus proverá, há algo que depende da vontade divina para ser concretizado, o que desimplica o sujeito de tomar a parte que lhe cabe em seu cuidado. É um agente exterior, no caso Deus, que está incumbido de promover a mudança no usuário.

Freud (1930) traz a religião como um dos modos de se lidar com o mal-estar. A saída por essa via se define pela imposição de um mesmo caminho a todos. Utiliza como estratégia o rebaixamento do valor da vida e a distorção da imagem do mundo real. Considerada por Freud um delírio coletivo, a religião poupa os indivíduos da construção de uma neurose individual (SANTIAGO, 2017).

Quanto ao tratamento ofertado pelos grupos de apoio tipo AA (alcoólicos anônimos) e NA (narcóticos anônimos), também bastante procurado pelos usuários que frequentam o CAPS, este é trazido por uma usuária como um “lugar onde você está sempre doente” (sic), “você nunca avança, porque a cada recaída você tem que começar tudo de novo... só por um dia, só por dois dias...” (sic). Relatam que nesses momentos de recaída o grupo é acolhedor mas trazem um elemento que pesa nessa recaída “é como se tivesse um dedo te apontando, te vigiando o tempo todo” (sic).

No que se refere ao CAPS trazem esse espaço como um lugar em que podem falar desse uso, mesmo quando “recaem” (sic), “no dia do meu aniversário eu tomei cinco cervejas mas consegui ir embora e não usar cocaína e depois eu pude vir aqui no CAPS falar sobre isso, pensar sobre isso que eu fiz” (sic). É a possibilidade de falar de suas escolhas e das consequências delas e de, inclusive, poder dizer da continuidade desse uso, se for o caso. É poder contar com o dispositivo CAPS também no momento do uso. Recordo-me de um

usuário que chegou ao CAPS alcoolizado dizendo que tinha uma quantia em dinheiro e que se ficasse na rua poderia gastá-la com bebida. Passou o dia no CAPS sob os cuidados da equipe e na semana seguinte pôde retornar ao grupo e falar sobre a importância de ter sido acolhido num momento de crise. O CAPS surgiu como um ponto de referência e cuidado naquele momento. Mas até ele poder fazer essa escolha entre ir ao bar ou ir ao CAPS foi necessário todo um trabalho de acolhimento desse usuário para que o CAPS pudesse surgir como um ponto de ancoragem, como um lugar que suporte o errar, o ir e vir desse usuário.

Refletindo sobre o lugar que o CAPS ocupa para esses usuários, parece que ele se mantém ali como referência quando os outros locais colocam sua limitação – abstinência, imposições da igreja etc. É onde se pode voltar apesar das recaídas, quando se está embriagado e não quer gastar todo o dinheiro que tem com bebida etc.

No que concerne à questão da convocação do usuário a se responsabilizar pelo uso que faz da droga, é preciso estar advertido de que essa convocação à alguma responsabilidade pelo seu “tratamento” pode facilitar a chegada e o acesso de alguns sujeitos a alguma rede de cuidados e, em alguns casos, pode ser um fator de complicação para determinados sujeitos lidar/assumir a responsabilidade, a parte que lhe cabe em seu tratamento, como aparece no discurso de J. “eu venho aqui (no CAPS) para que vocês me digam o que eu tenho que fazer para parar de beber, vocês precisam disponibilizar o telefone de vocês vinte e quatro horas por dia. No AA (alcoólicos anônimos) é assim: se eu tiver vontade de beber eu posso ligar para meu padrinho e ele vai me buscar onde for, a hora que for” (sic). Há uma convocação desse usuário para que os mediadores do grupo assumam o lugar de saber, do mestre, daquele que diz o que deve ser feito “o essencial da análise dessa situação em que nos encontramos é ser o analista aquele que se oferece como suporte para todas as demandas e que não responde a nenhuma” (LACAN, 1958-1959, p. 517). É justamente o fato do analista não assumir esse lugar que permite a manifestação do sujeito do inconsciente “amadurecemos o desejo do sujeito para um outro que [não] nós, nós nos encontramos nesta situação paradoxal de sermos os mediadores, os parteiros, os que presidem ao advento do desejo” (ibidem, p. 517).

Nesse contexto, se tanto a psicanálise quanto a estratégia da redução de danos convocam o sujeito a alguma responsabilização, por outro lado, o analista deve estar advertido de que não cabe a ele delimitar os caminhos que um sujeito trilhará - até porque isso nem é possível. Muitas vezes, na rede pública de saúde, assistência social, justiça etc, alguns profissionais se colocam nesse lugar de sinalizar para o outro o que supostamente seria “bom” para ele. Lembremo-nos, mais uma vez, das palavras de Oury (2009) “(...) a dimensão ética é a relação à medida que há entre o nosso desejo e a nossa ação” (p. 211).

Se por um lado é possível fazer o acolhimento desses usuários num momento de crise, de abstinência, pode-se dizer que aí se dá um cuidado que se localiza no corpo, em um momento de urgência, que é importante e necessário ser reconhecido. Mas onde fica o sujeito? Ele está presente?

Inem (1998) se interroga sobre o que o sujeito que se diz toxicômano demanda quando chega ao analista. Considerando que o recurso à droga serve para encobrir a incompletude constituinte, esse sujeito vem pedir

alguém que faça cessar os efeitos da castração quando cessam os efeitos da droga. A falta de uma substância e não uma falta a ter ou a ser; isto não tem a ver com o inconsciente mas com sua recusa. Ao se definir como sujeito por uma prática codificada pelo Outro, ele nos oculta a estrutura e seu sintoma (p. 99).

O sofrimento que o sujeito dito toxicômano traz não está relacionado à sua divisão subjetiva porque a droga sutura essa divisão, impede que o sujeito possa reconhecê-la. A toxicomania "é uma eleição contra a castração, contra a divisão do sujeito e contra o inconsciente" (TARRAB, 1998, p. 149).

Miranda (1998) destaca que no enunciado "Eu sou toxicômano" ocorre a sustentação da substância em detrimento do significante. Os significantes se estruturam a partir de um vazio e não como presença de um ser. No caso do toxicômano, seu ser não é vazio; ele tem

'a ilusão de deter um saber sobre a causa de seu gozo, já que encontra o gozo na droga e conclui que é isso que o causa. Não é por acaso que muitas instituições de tratamento ratificam esse engano ao possuírem em sua equipe de trabalho, ex-drogados. Há uma fala de saber sobre o gozo e sobre os efeitos químicos do produto em que falta o sujeito suposto saber (p.145).

Nessa direção, Tarrab (2015) considera que

(...) ao nomear-se como "Narcóticos anônimos", (...), o sujeito se reduz ao narcótico. (...) ... Não só é anônimo senão que ademais, é um narcótico, um narcótico sem nome, que por nomear-se assim, tem um. O sujeito se reduz à substância. Um gozo que se realiza na própria devoração, como assinalava há alguns minutos. Porém, ao mesmo tempo nesse movimento mesmo, adquire um nome onde alojar seu gozo. As vezes é o único possível e não é pouco (p. 12).

O gozo do toxicômano,

não responde a essa operação do simbólico, mas efetivamente ao que vem no lugar da falha do nome do pai. É uma solução encontrada: a partir de um gozo se obtém uma nomeação, utilizando significantes produzidos pelo Outro social (GROSSI E NOGUEIRA, 1998, p. 98).

Na toxicomania há um fracasso no circuito pulsional "há uma identidade da substância com a coisa, diferente do *das Ding* de Freud e do objeto *a* de Lacan em que o referente é vazio" (MIRANDA, 1998, p.146). A pulsão está fixa, não faz contorno, assim: "o objeto em

sua função de objeto da necessidade é resgatado, perdendo seu valor de objeto *a* causa do desejo, indo o objeto mais de gozar (...)" (idem).

Em um grupo não estamos sob as mesmas condições de um setting analítico tradicional onde há um analisante e o analista, apesar de haver um aposta no *fazer falar*; numa escuta a partir do caso a caso, considerando o que é singular a cada um. A experiência de falar sobre sua relação com a droga para outros usuários é “um modo do sujeito por em palavras o que é de um gozo fora da palavra, restrito à ação e ao corpo” (TORRES E VIDAL, 2016, p. 62). Tarrab (1998) coloca que a “intoxicação requer o não falar e sabemos que a única chance clínica que temos nestes casos é ‘fazer falar’” (p. 154).

Nesse contexto do grupo, assim como aponta Inem (1998), aqueles que chegam parecem trazer poucos recursos para lidar com o mal-estar que se presentifica nas exigências e responsabilidades que a civilização convoca. Há uma dificuldade em sustentar algum projeto, há dificuldade em destacar algum desejo, algum empreendimento na vida para além de drogar-se, há uma baixa tolerância à frustração, há dificuldades em assumir um lugar na ordem social. Mas há um gozo, um brilho no olhar ao falar da relação com a droga. O que comparece é o conflito entre ter que interromper o uso da droga - seja porque o indivíduo decidiu parar, seja porque o corpo está dando sinais de que não suporta mais o modo como esse uso vem ocorrendo, seja porque a família colocou um limite, seja porque o médico disse que tem que parar porque senão vai morrer, etc.- e a dificuldade de abrir mão dessa forma de gozar. É um desafio que se coloca para o analista nesse dispositivo, duplamente desafiador, institucional e grupal. Há possibilidades de fazer aparecer um sujeito do desejo para além desse modo de gozo que se apresenta?

A psicanálise vai propor, ao invés da desintoxicação química, uma desintoxicação do significante droga. Além disso, considera que não se trata de manter o sujeito abstinente já que não é de uma dependência com causas orgânicas que se trata (OLIVIERI, 1998).

Nesse contexto, Bentes e Gomes (1998) apontam uma direção quando colocam que a direção de tratamento para aqueles que se utilizam da droga como recurso não vai na direção de tirá-los da droga mas sim de “extrair do ser o sujeito” (idem, p. 25), recolocá-lo na trilha do desejo, que para além do gozo haja um sujeito do desejo.

Se temos diversos desafios que se colocam nessa clínica, tem-se também estratégias que vão sendo criadas, inventadas nesse encontro entre as equipes da rede de Atenção Psicossocial e os usuários que dela fazem parte e desses usuários com os outros usuários. A partir de uma relação de um cuidado com o outro, é possível pinçar uma rede que esboça, ainda que frágil, ainda que se realize a partir da premissa de que a fragilidade, o desamparo do

outro remonte à nossa própria fragilidade. Ainda assim, um ponto precioso que tem sido possível observar e trabalhar refere-se ao fortalecimento dos laços sociais e circulação pelo território, pela cidade entre aqueles que participam do grupo. Há uma relação de cuidado uns com os outros que se estabelece entre os usuários. Como quando um dos integrantes estava muito alcoolizado na rua e foi abordado por outro usuário que o levou até sua casa. Temos também o relato de um jovem que encontrava-se desmaiado numa festa após fazer uso excessivo de cheirinho-de-loló quando foi visto por outro jovem que ia para casa com sua namorada mas optou por levar o jovem desmaiado até o hospital. Há uma rede de cuidado que se amplia e que extrapola os limites do CAPS e que se fortalece com a participação dos usuários que, dentro das possibilidades e limitações de cada um, passam a ser também agentes do cuidado. Eis aqui presente mais uma das estratégias da redução de danos: o usuário passa a ser um agente ativo do cuidado, para além da lógica onde o usuário é um agente sobre o qual se opera o cuidado.

O agente redutor de danos é o profissional que trabalha no campo da redução de danos. Alguns redutores já foram ou ainda são usuários de substâncias psicoativas. O agente redutor de danos pode ser pensado como aquele que faz a mediação entre o usuário e a rede de atenção psicossocial, de saúde, de assistência social, a família, etc. Dentre as ações desenvolvidas pelos agentes redutores de danos estão a busca ativa pelos usuários nos locais de uso; construção de um vínculo ético, abordagem não estigmatizante e sigiloso; realização de ações de educação em saúde; distribuição, recolhimento e troca de insumos de redução de danos; distribuição de preservativos; referenciar e contrarreferenciar usuários ao sistema de saúde local; promover a reinserção social dos usuários (Comis, 2014).

O Consultório na Rua e a Estratégia de Saúde da Família, na figura dos agentes comunitários de saúde, são pontos importantes que também podem realizar estratégias de redução de danos pois acessam, respectivamente, a população que vive na rua e a população que vive nas comunidades e que, muitas vezes não acessam a rede de saúde. São pontos imprescindíveis da rede já que ofertam o cuidado àqueles que dificilmente chegariam aos serviços de saúde.

Nesse sentido, destaco que não fazemos todas as ações empreendidas pelos agentes redutores de danos, agentes comunitários de saúde ou pelo consultório na rua, a saber, ir aos locais e cenas de uso, realizar distribuição e troca de insumos, etc., mas sustento que, ainda assim criamos no dia-a-dia de trabalho no CAPS estratégias que promovem a redução de danos, a inclusão do sujeito na construção do seu tratamento, o fortalecimento dos laços e

ampliação de suas redes, a possibilidade de chegar ao dispositivo do modo como é possível e ser acolhido.

No que concerne ao ofício do psicanalista no campo da Atenção Psicossocial

(...) sendo o psicanalista um entre os vários atores que constituem o campo da atenção psicossocial –, a psicanálise tem muito a contribuir com a RD, dando voz sim ao sujeito de direito, pois é preciso que ele a tenha, como queria a reforma psiquiátrica. E para que isso não faça eclipsar o sujeito do inconsciente, é preciso que os psicanalistas não recuem diante dos impasses e participem dessa clínica, sendo apenas alguns. (BASTOS E ALBERTI, 2018, p. 219).

Retomo agora a fala de O., que frequenta o grupo do CAPS regularmente, e que inicia esse tópico, a saber, “Eu gosto de vir para cá. Fico contando os dias para chegar quinta-feira. Você sabe que eu tenho problemas com o convívio social e aqui é um lugar que eu consigo ter convívio social. O grupo é um lugar de convívio social, não é?” para discutir uma indicação que esse usuário faz no que concerne à possibilidade do grupo poder ser um operador que promove alguma retomada do laço social que por vezes, apresenta-se frágil ou mesmo ausente, a depender do tipo de relação que cada um estabelece com a droga.

Se Freud propõe a clínica das estruturas considerando a posição do sujeito diante do Édipo, Lacan, ao inserir a psicanálise no campo do gozo, vai se deter sobre

não só a relação estrutural do sujeito e suas estratégias para lidar com o desejo e o gozo do Outro, mas também se e como ele se insere nos discursos, sua relação com a mestria (ou a autoridade), com o saber, com o outro do laço social, com o mais-de-gozar, ou seja, os objetos pulsionais excluídos da civilização, e sua posição com respeito ao gozo (QUINET, 2009, p. 14).

No que concerne aos três impossíveis de realizar, apontados por Freud, a saber: governar, educar, psicanalisar (FREUD, 1937/2006), Lacan vai acrescentar um quarto, o fazer desejar, e tomá-los como modalidades de discursos na medida em que apontam para o modo como os indivíduos se relacionam entre si (QUINET, 2009).

1. Governar: atrelado ao discurso do mestre/senhor. Está sob o domínio do poder;
2. Educar: corresponde ao discurso do universitário. É atravessado pelo saber.
3. Analisar: modalidade de laço social que se insere na cultura a partir de Freud, com o advento da psicanálise. Marcado pelo processo do apagamento do analista enquanto sujeito para que o processo analítico seja possível.
4. Fazer desejar: está ligado ao discurso da histérica que vem interrogar o saber do mestre, colocando-o a trabalho na medida em que “provoca no outro o desejo e a criação de um saber” (QUINET, 2009, p.19).

Segundo Quinet (idem), o discurso como laço social opera no sentido de fazer com que o gozo seja atravessado pela linguagem. Se o sujeito precisa fazer uma renúncia pulsional para entrar na civilização, como já apontado por Freud (1930), “todo laço social é portanto um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo” (QUINET, 2009, p. 17).

Partindo dessa premissa, aos pensarmos nos sujeitos que se utilizam da droga para fazer frente ao mal-estar, pode-se afirmar que há uma recusa em abrir mão do gozo, em fazer parte da civilização nos moldes como ela se organiza. Daí relacionar o uso de drogas a um modo de gozo cínico, na medida em que o sujeito abre mão, se recusa a fazer parte do pacto civilizatório, como bem ilustra o filósofo Diógenes, já citado anteriormente.

Segundo Barros (2007):

Não há correspondência entre o sujeito e o Outro, o que existe é uma alteridade radical. Se desse encontro poderá advir um laço social, será ao preço de ter sido arrancado, de modo irregular, um pedaço desse mundo, que, uma vez extraído, será sua causa. Essa é a causalidade que fundamenta os laços, o pedaço perdido do ser. Um sujeito se enlaça ao Outro, quando tem a chance de localizar, por ali, um pedacinho qualquer, que lhe pareça em condições de suportar seu segredo, ou seja, que possa fazer para cada um às vezes do seu objeto secreto e perdido, ‘a secreção’, que, separada do sujeito, caiu no mundo (p. 2)

Assim, “(...) a constituição do laço social se realiza quando encontra uma amarra que valha a conexão do singular ao universal, quando o sujeito encontra uma solução que faça caber sua irregularidade nos espaços da cidade” (BARROS, 2007, p. 3). Posto isso, a minha aposta é que a política da redução de danos, para além de uma política de saúde, permite algo que tem a ver com um comprometimento do sujeito com seu tratamento. E, para além de um trabalho de troca de seringas, distribuição de insumos que caracterizam a estratégia da redução de danos, há algo nesse trabalho que passa pelo dizer, pela possibilidade de falar sobre esse uso, de criar um intervalo nisso que é só uso da droga, que passa pela construção de um projeto de vida – por mínimo que ele possa parecer.

A política de redução de danos alinha-se a lógica da atenção psicossocial e configura-se como um outro olhar no que concerne ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, amplia a discussão nesse campo espinhoso podendo configurar-se como um modo de intervenção na cultura já que amplia e possibilita um outro modo de acessar esses usuários no campo da atenção psicossocial.

3.2 Clínica e pesquisa no campo da atenção psicossocial: considerações a partir de um caso¹⁶

Com o intuito de demonstrar uma direção de trabalho orientado pela clínica psicalítica e pela estratégia da redução de danos no campo da Atenção Psicossocial, será exposto um caso clínico que pude acompanhar enquanto estagiária da Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD) que se constituiu enquanto uma das frentes de trabalho para criar estratégias de atenção ao uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes.

A ERIJAD é uma equipe itinerante, criada a partir de uma Portaria intersetorial nº1 de 11 de dezembro de 2008 entre a Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Niterói. Em 2018 essa equipe de referência completou dez anos. De forma geral, a ERIJAD se ocupava de dois desafios que se colocavam na cidade: como produzir acesso, a partir de um dispositivo orientado pela noção de clínica ampliada, àqueles que circulavam pelo território mas que não chegavam aos dispositivos da Atenção Psicossocial? Se essas crianças e adolescentes não chegavam na rede de saúde mental, a partir do trabalho foi possível identificar que elas acessavam outros pontos da rede do Sistema de Garantia de Direitos¹⁷, a saber, escolas, abrigos, Conselhos Tutelares, CREAS, instituições de aplicação das medidas socioeducativas, justiça, etc. Nesse cenário, como sustentar uma intervenção junto a essas instituições que recebiam essas crianças e adolescentes a fim de que um outro lugar pudesse ser dado a elas?

Ao tomar conhecimento desses casos e adentrar nas histórias dessas crianças e adolescentes constatamos, principalmente a partir de uma parceria de trabalho com os Conselhos Tutelares, que um adolescente que tinha 16, 17 anos, já era acompanhado pelo conselho tutelar desde tenra idade. Ou seja, o uso da droga deflagra algo de um desarranjo que se instala muito cedo na vida desses sujeitos. Assim,

(...) foi possível verificar que a problemática da qual tratamos não se equivale aos efeitos de uma substância química que atua no cérebro, mas sim de um contexto psicossocial bastante complexo e onde a droga apresenta-se como apenas um dentre

¹⁶ Este caso clínico encontra-se publicado em Nicodemos, Júlio e Silva, Josiéle. “Querem que cuidemos da droga, cuidamos de pessoas que fazem uso de drogas”. In *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil/ organização Ândrea Cardoso de Souza...[et al.]*. – 1ª Ed. – São Paulo; Hucitec, 2016.

¹⁷ O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente surgiu em 2006 com vistas a assegurar e fortalecer a implementação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Esse sistema é composto por três eixos estratégicos: Defesa, Promoção de Direitos e Controle Social.

uma série de fenômenos deste campo na vida de cada sujeito em questão (NICODEMOS, 2013, p. 11)

É a partir do entendimento de que o uso abusivo de drogas, no caso, por crianças e adolescentes, configura-se como um fenômeno complexo e que abrange diversos campos de cuidado que há a aposta em um trabalho intersetorial visando uma articulação integrada entre diversos dispositivos que possibilite uma oferta mais abrangente de cuidado, em detrimento da realização de ações fragmentadas.

(...) o ato de cuidado é, do mesmo modo, amplo e complexo, reivindicando serviços diversificados, criativos e entrelaçados em uma rede. Requer, por conseguinte, a ruptura com a clínica psiquiátrica/psicológica tradicional ou das especialidades, calcada no paradigma doença-cura e no tratamento para a supressão dos sintomas e adaptação à realidade. Pretende-se uma clínica integral, territorializada, inter e transdisciplinar, ou seja, a ‘clínica ampliada’ (ZANIANI E LUZIO, 2014, p. 58-59).

Este caso específico, ao longo de aproximadamente dois anos de acompanhamento, nos levou a vários equipamentos da rede de cuidados (da saúde, da assistência social, da justiça, dos direitos humanos, etc) tanto a partir da trajetória que Luana¹⁸ pôde fazer, como das indicações que fomos elegendo junto a ela. É somente considerando a importância da rede que cada usuário esboça e constrói, mesmo que precária, e advertido de que essa rede envolve diferentes serviços e dispositivos, mas não só isso, envolve também família, amigos, rua, etc. que é possível articular ações entre diferentes dispositivos.

O caso de Luana permite pensarmos no modo como o trabalho da ERIJAD – poderíamos também dizer: a direção das propostas instituídas pelas diretrizes dos Centros de Atenção Psicossocial – só pode acontecer se estivermos dispostos a seguirmos as pistas que o sujeito nos oferece a partir dos seus dizeres, neste caso os dizeres de Luana; se pudermos suportar e dar lugar a esse ir e vir, a esse movimento e circuito que Luana faz na cidade, e que convoca os dispositivos a se reinventar. Mais do que repetir que “esses usuários não aderem ao serviço”, é se interrogar como produzir acesso e ofertar o cuidado em saúde a esses sujeitos que nos convocam a inventar nossas estratégias de intervenção em uma clínica que se faz em movimento. Há um movimento subversivo na medida em que esses sujeitos não chegam por conta própria aos dispositivos da rede de atenção psicossocial, são os dispositivos é que vão - ou pelo menos deveriam - buscar meios de acessar esses usuários a partir da rede que cada um constrói.

As dificuldades no manejo do caso de Luana transbordam a questão do seu uso abusivo de drogas - lugar de onde a ERIJAD é convocada – mas compreende também a

¹⁸ Nome fictício.

dificuldade de seu endereçamento às equipes que a acompanham e que se propõem a cuidar de diferentes aspectos de sua vida que não só o uso de drogas (tratamentos de sífilis, gestação, proteção social diante das agressões, etc.). Luana se encontra à deriva pelas ruas, instituições e espaços, ela toca pontualmente e faz acionar diversos lugares sem criar um ponto de fixação onde possa recorrer diante das situações de risco que se encontra. Através deste caso, pretendemos refletir sobre uma metodologia de trabalho que possa ofertar acesso aos cuidados em saúde mental (já que Luana possui diversas passagens ao ato com a droga) mesmo que a princípio um sujeito não nos demande algo específico relacionado a este campo. Contudo, há outras demandas e foi a partir delas que iniciamos nosso acompanhamento.

O acompanhamento da adolescente na ERIJAD tem início a partir de sua entrada em um hospital, quando chega para ter seu primeiro filho, quando tinha 15 anos. Nesse momento, os atores envolvidos no caso eram a família de Luana, ERIJAD, hospital geral e também o Conselho Tutelar, que foi acionado pela primeira vez para Luana naquele momento.

Luana é usuária de crack e tem um circuito nas ruas desde os oito anos de idade, momento em que deixa a escola e o projeto social de sua comunidade do qual fazia parte. Relata que saiu de casa porque apanhava do padrasto – assim como sua mãe – e porque “ele mexeu numa coisa minha” (sic).

Luana não explicita o que é essa “coisa”, mas a mãe suspeita que o padrasto tenha abusado de Luana. “Aí saí de casa para morar com meninas drogadas e prostituídas” (sic). É neste momento que Luana parece sinalizar o rompimento com a infância para entrada na adolescência onde abandona sua casa e vai em direção a outras identificações na cidade. Percebemos que neste momento, onde localiza este rompimento com a casa, um enigma se coloca para ela através do interesse do padrasto por uma “coisa” dela que foi mexida por ele. Momento em que Luana localiza um impossível de se dizer. “Não podia dizer para minha mãe pois ela brigaria comigo” (sic). Naquele momento, também afirmou que seu principal meio de aquisição da droga era pela via do corpo, sempre deixando atrás de um véu o que exatamente acontecia nesta cena de uso de drogas e prostituição.

Após sua entrada na adolescência, Luana foi morar em uma comunidade com o seu companheiro. Contudo, após pouco tempo residindo naquele local sua casa desabou durante o período das chuvas. Seu companheiro na ocasião, por motivo de inserção no tráfico, acabou preso antes do nascimento do bebê que Luana gestava o que a fez ter que “se virar” sozinha já que sua mãe não se apresentava enquanto uma figura presente em sua vida: “ela já pode se virar” (sic).

Algum tempo depois, Luana foi morar com um novo companheiro e, juntos passaram a frequentar o ambulatório de uma universidade, lugar onde este companheiro já havia construído alguns vínculos de tratamento. Entendemos que Luana estava reconhecendo este espaço como um local também de tratamento para ela, apesar dessa decisão de Luana não ter se sustentado por muito tempo.

Na relação entre Luana e sua mãe, esta refere-se a Luana como “a outra”, “ela”, “aquela”, poucas vezes cita o nome da filha. A mãe parece lidar com Luana como se esta não fosse uma filha adolescente que necessitava de seus cuidados: “ela precisa ajeitar a vida dela com o marido (sic)”. Diz não ter condições de assumir os cuidados do neto que acabara de nascer. Diz também que Luana não tem recursos para assumir o filho e sugere que a criança seja entregue para que alguém cuide. Refere que ela mesma já precisou fazer isso e que, quando pode, procura saber do filho dado para adoção.

A mãe de Luana não a considera enquanto alguém que pode se responsabilizar pelas suas próprias palavras. Não consegue considerar a fala da filha quando esta diz querer permanecer com o filho e decide por ela que Luana não poderá assumir tais cuidados. Isto aparece em diferentes momentos, porém, um momento onde foi possível evidenciar sua posição foi quando decidiu por Luana o nome do bebê. Havia uma destituição de Luana do seu lugar de mãe ou de alguém que pudesse se responsabilizar minimamente pelos seus atos. Mas Luana insistia e nos solicitava ajuda para que pudesse construir um outro lugar para ela diante de seu filho e de sua mãe.

Chegamos a avaliar a mãe de Luana como uma pessoa negligente, que se esquivava dos cuidados da filha através de falas como: “ela precisa arrumar um marido, cuidar da vida dela” (sic). A partir do trabalho percebemos que não se tratava de negligências, sua mãe também começou a nos demandar ajuda diante das dificuldades com a filha. Pudemos perceber que ela não dispunha de recursos subjetivos para lidar com essas situações e suas respostas diante dos impasses eram se esquivar de nossas convocações ou destituir Luana. O entendimento da negligência dessa mãe para com a filha estava do nosso lado, também referido a nossa angústia diante de toda aquela complexa situação. Após algum tempo de atendimentos na sede do Conselho Tutelar (lugar para onde Luana e sua mãe se endereçavam) que nos foi possível entender que esta mãe precisava de algum suporte que a auxiliasse a sustentar os cuidados com a filha, de uma rede que oferecesse essa mediação entre ela, Luana e seu filho para que ela pudesse se exercer deste lugar de avó de modo que ela também pudesse adotar o filho de Luana enquanto seu neto (falamos em adoção pois entendemos que não se trata de um fato natural – consanguíneo se assim podemos dizer – que uma mãe, ou

avó, tome seus descendentes enquanto membros de suas famílias, sendo necessário uma adoção que acontece a partir de uma posição diante da criança).

Sobre o pai de Luana, após nos aproximarmos de sua mãe, ela pode nos contar um pouco mais sobre a história da filha e localizar de que lugar a tomava: “Luana é igualzinha ao pai, é igual a sua família” (sic). Através de suas palavras percebemos que havia uma cola de Luana a imagem do pai e que este seria um ponto onde nossas intervenções deveriam acontecer, deslocando Luana no discurso de sua mãe para um outro lugar que não apenas “aquela igualzinha ao pai”.

Com o nascimento de seu filho, Luana faz um esboço de uma nova construção de lugar, o de ser mãe. Suas falas passam a estar endereçadas a psicóloga da ERIJAD, sempre permeadas pelo significante *mãe* como se estivesse construindo este novo lugar para se exercer. “Mãe tem cara de preocupada” (sic), mãe é isso, mãe é aquilo... Porém, apesar de sua tentativa de se exercer deste lugar, Luana não pôde permanecer com o filho. Após ser encaminhado a um abrigo, onde ficaria até Luana conseguir se organizar para recebê-lo, a Vara da Infância e Juventude entendeu que a adolescente não teria condições de cuidá-lo e o submeteu a um processo de adoção.

A perda do filho acabou por agravar o estado de Luana e a fez interromper as consultas no ambulatório da universidade exatamente neste período. Nesse ínterim, ficamos um longo intervalo sem acessar Luana diretamente, mas mantínhamos contato frequente com a mãe que pôde falar de uma piora de Luana apontando que ela estava rompendo com todos os acordos propostos por ela. Por conta disso, num dado momento entendemos que precisaríamos fazer um corte no circuito de Luana (que cada vez mais usava drogas ininterruptamente sem conseguir responder às nossas solicitações e tentativas de aproximação) e decidimos por sua ida a emergência do Hospital Psiquiátrico para uma avaliação, o que colocou em cena mais um equipamento da saúde mental nos cuidados da adolescente. Importante destacar que ir a um *hospital* para Luana produzia efeitos específicos já que era num hospital onde ela disse pela primeira vez (quando ainda estava aguardando a alta após o nascimento do filho) conseguir sustentar um lugar sem ser tomada pela vontade de fazer uso do crack.

Após esta decisão de ir ao hospital onde recebeu uma medicação de emergência, Luana chegou ao CAPS ad com a mãe indicando que precisava dar início a um tratamento e solicitando ajuda à psicóloga da ERIJAD: “estou fumando mais de vinte pedras de crack por dia” (sic). Nesse dia, decidiram retornar à emergência do Hospital Psiquiátrico onde lhe foi prescrita uma medicação e marcado retorno para o dia seguinte – prática nomeada de ambulatório de crise e que busca evitar novas internações de pacientes que ainda que estejam

em crise e conseguem sustentar acordos com as equipes de plantão. Contudo, Luana não retornou e a partir deste ponto foi dada continuidade aos atendimentos a mãe de Luana no próprio CAPS ad.

Alguns meses depois, Luana chega ao ambulatório da universidade. Devido a uma piora do seu quadro onde passou a fazer um uso ainda maior de crack, prostituindo-se e sendo espancada em meio às ruas, o ambulatório da universidade entrou em contato com a ERIJAD e foi decidido de modo compartilhado um retorno de Luana a emergência psiquiátrica.

Luana ficou em observação no Serviço de Recepção e Intercorrências. O caso de Luana mobilizou diversos atores da Saúde Mental desde as equipes técnicas das instituições até alguns integrantes da gestão municipal. Após diálogos entre a ERIJAD, o Serviço de Álcool e outras Drogas do hospital (SAD), Serviço de Internação de adolescentes e crianças do hospital (SIAC), Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI) e a Coordenação de Saúde Mental, decidiu-se que a adolescente seria internada no Serviço de Álcool e outras Drogas. Interná-la numa enfermaria destinada aos cuidados de pacientes usuários de álcool e outras drogas teve sua função naquele momento após a própria adolescente localizar em seu discurso que seria a partir do seu uso de drogas o ponto de onde poderia recorrer aos cuidados da rede para questões que trasbordavam os cuidados em saúde que necessitava.

Algumas semanas após sua internação, Luana teve alta do SAD (Serviço de Álcool e outras Drogas). Essa primeira internação foi importante no sentido de suspender por um tempo esse circuito na rua de modo que pudéssemos acessar a adolescente mais diretamente, o que não tinha sido possível até então. Porém, imediatamente após sua saída retornou para seu circuito na rua. Tal retorno parece estar ligado ao fato da rede não ter se articulado para pensar a saída de Luana da internação. Nem todas as instituições envolvidas nos cuidados de Luana desde o início de seu tratamento puderam se implicar de modo a construir parcerias territoriais de cuidado. O que pôde nos retornar enquanto efeito de nossas apostas após a retomada de Luana do seu circuito nas ruas com a droga foi a importância de uma articulação ainda mais consistente entre as instituições que ofertam os cuidados nos territórios já que é para tais lugares que Luana recorre quando está em circulação nas ruas da cidade. A internação neste circuito de cuidados se mostrou apenas como mais um ponto para o qual Luana pode se endereçar posteriormente ao acesso que faz dos dispositivos de seu território onde construiu seus vínculos de cuidado (Conselho Tutelar, ambulatório da universidade e CAPS ad).

Cinco meses depois, Luana novamente é levada ao Serviço de Recepção e Intercorrências e é novamente internada no SAD. Luana apresentou-se mais descuidada,

estava emagrecida e foi diagnosticado sífilis, pois não estava fazendo uso de preservativos em suas relações sexuais. Nessa segunda internação, ficou perceptível uma mudança de posição de sua mãe - que se apresentou mais disponível para sustentar o tratamento da filha, consequência de uma maior vinculação às instituições onde se endereçava para solicitar ajuda para a filha. Luana nesta internação trouxe a droga como uma questão secundária - apesar do uso intenso que vinha fazendo - falando mais de sua relação com o corpo, com os homens e com sua sexualidade.

Após sua alta, Luana conseguiu sustentar – considerando momentos onde se apresenta mais presente e em outros momentos mais ausente da instituição – seu retorno ao ambulatório da universidade chegando a ir ao serviço vários dias consecutivos, o que consideramos um avanço diante deste quadro complexo onde a regularidade que equivocadamente se espera em um tratamento não está posta.

Neste tempo de trabalho, a ERIJAD pôde seguir as pistas que Luana nos deixou através de suas falas em sua circulação pela rede territorial que teceu e com isso ajudá-la a sustentar um lugar para se endereçar desde o Conselho Tutelar até o ambulatório onde escolheu para se tratar. A rede para Luana não estava dada a princípio, ela foi sendo tecida a cada vez e a partir de seus dizeres e endereçamentos.

Ao delinear o percurso de Luana desde sua chegada a ERIJAD fica visível como este caso só pôde ser construído a cada passo, ao que era possível para ela, num tempo próprio a sua lógica. Foi preciso envolver diversas instituições seja da saúde, da assistência social, da justiça, dos direitos humanos, da saúde mental, sua família. Além disso, é perceptível que pensar a questão do uso abusivo de drogas não é uma questão que se limita ao campo da saúde. O tratar tem mais a ver com a produção de um lugar para o sujeito a partir do seu discurso, algo que não está dado a partir de locais específicos para o tratamento do uso abusivo de drogas. Ainda que Luana utilizasse uma enfermaria para usuários de álcool e outras drogas enquanto um recurso de cuidado, não foi a enfermaria que sustentou uma mudança de posição subjetiva e sim o modo como ela pôde construir seus vínculos com aqueles que se ofereceram ao cuidado, em diferentes lugares.

Há algo no tratamento desses sujeitos e que se relaciona ao desejo do analista em estar disponível para dar lugar ao sujeito do inconsciente. É a partir da oferta da nossa presença e do nosso desejo que algum tipo de endereçamento pode emergir. Assim, a possibilidade de acesso ao tratamento está diretamente ligada à oferta da nossa presença estejam eles onde estiverem na rede.

Nesse sentido, a ERIJAD, a partir de seu duplo mandato: clínico e enquanto agente a serviço das políticas públicas pôde, através das parcerias e articulações da rede que se construiu nesse caso, possibilitar a chegada de Luana aos dispositivos de cuidado eleitos por ela, ao mesmo tempo em que buscou sustentar sua palavra e indicações nos momentos em que ela não podia ou não conseguia se fazer presente.

Neste caso, a partir do trabalho da ERIJAD introduziu-se uma nova dimensão discursiva na relação entre Luana e sua mãe que possibilitou que ambas assumissem outra posição que não apenas aquela marcada pela “a outra igual ao pai” (sic) e que usava drogas.

Podemos considerar que as intervenções e articulações construídas nesse caso apontam para a possibilidade de uma interlocução entre a clínica psicanalítica e a estratégia de redução de danos, inclusive no campo da infância e adolescência. Se Luana não conseguiu interromper o uso que fazia de drogas, ela pôde fazê-lo de um modo diferente à medida em que ela e sua mãe tinham onde se endereçar nos momentos mais críticos, inclusive para fazer solicitações que não se relacionavam ao uso da droga.

Luana não consegue aderir às propostas de cuidados tradicionais e que exigem do paciente uma presença cotidiana e regular aos dispositivos de tratamento. Contudo, se estivermos aderidos ao convite que ela nos faz, em circular com ela pelas instituições onde acessa, de modo que possamos escutá-la, conseguimos produzir efeitos sem que tenhamos que tomá-la enquanto alguém que nada quer saber, como um corpo dominado por um produto químico. Luana quer saber sobre outras coisas de sua vida, basta que tenhamos disposição para que com ela suportemos o seu ir e vir e que possamos escutá-la nos pontos de suas falas onde ela localiza suas encrencas na vida e que na maioria das vezes não estão relacionadas ao seu uso abusivo de drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como referência as diferentes estratégias que vêm sendo construídas no campo da Atenção Psicossocial, em diferentes dispositivos da rede e que tem se mostrado potentes enquanto meios de produzir acesso aos cuidados em saúde, é possível sustentar que a interlocução entre a estratégia da redução de danos e a clínica psicanalítica considerada em sua dimensão ampliada podem sustentar e trazer um novo olhar para aqueles que utilizam a droga enquanto recurso.

Tal interlocução torna-se possível porque tanto a estratégia da redução de danos, quanto a Psicanálise partem de pontos em comum em suas abordagens: ambas contrapõem-se ao ideal de uma sociedade livre das drogas; a primazia recai não sobre a droga enquanto substância em si, mas sobre a relação que cada sujeito estabelece com ela; no que diz respeito à abstinência, a estratégia da redução de danos a toma como mais uma das possibilidades do cuidado, porém, essa não é condição para se ter acesso ao cuidado. Já para a psicanálise, a abstinência, se ela está colocada, deve ser do lado do analista.

Se na psicanálise o sujeito é sempre tomado em sua singularidade, a redução de danos, enquanto política pública faz uma subversão nesse campo ao também sustentar o protagonismo do indivíduo que é convocado a se responsabilizar pelo seu cuidado, pelo seu modo de gozo. O indivíduo deixa de ser um mero agente onde as intervenções são pensadas à sua revelia e passa a ser um sujeito ativo nesse processo. Há um comprometimento subjetivo que faz toda a diferença na construção do cuidado.

É na medida em que a psicanálise leva em conta os efeitos da pulsão de morte no psiquismo e nas ações do sujeito que ela marca um diferencial e introduz um outro ponto de vista no que se refere ao uso abusivo de drogas no campo das políticas públicas e na própria política de redução de danos - que já traz em seu bojo a possibilidade de tratamento do usuário sem que seja necessário a interrupção do uso - que também marca uma diferença entre as políticas de cuidado que vinham sendo empreendidas no campo da saúde, até então.

Podemos fazer um paralelo entre a psicanálise e a política de Redução de Danos quando Lacan (1969-70/1992) demarca que “Não esperem portanto de meu discurso nada de mais subversivo do que não pretender a solução” (p. 73), na medida em que ambas formas de abordagem trazem pontos de ancoragem e referência, porém, não trazem soluções *prêt-à-porter*. Há algo que escapa e que é considerado; há um caráter singular e único a ser construído em cada caso, por mais que haja pontos de baliza que nos auxilie a buscar um ponto de partida na condução de cada caso. Nesse sentido, ao apontar que não pretende a

solução, Lacan delimita isso que é da ordem do Real, do impossível de simbolizar, de se solucionar que marca a psicanálise e que, de algum modo, parece ser considerada pela política de redução de danos. Bastos e Alberti (2018) sustentam que o que a psicanálise e a política de redução de danos consideram é a pulsão de morte - ainda que a estratégia de redução de danos não a nomeie assim, mas considera seus efeitos, assim como a psicanálise.

A psicanálise é subversiva na medida em que descentraliza o eu, privilegia a determinação inconsciente, reconhece o campo do gozo e visa um tratamento pela retomada do caminho do desejo. Mas à sua maneira, a redução de danos também é subversiva, pois questiona, aos moldes da reforma psiquiátrica, a dominação dos corpos pelo discurso moral/biológico. Também inverte a noção de dano associado às drogas, na medida em que assume que nem todo uso é prejudicial. A RD faz parte de toda uma estratégia de saúde pública e é nesse contexto que ela toma força, no que se articula com o conceito de clínica ampliada, que também tem em sua especificidade sua possibilidade de resistência (...) (BASTOS E ALBERTI, 2018, p. 218).

O encontro entre a Psicanálise e estratégia de redução de danos torna-se potente, principalmente, porque em conjunto fomentam e promovem o fortalecimento dos laços sociais e de uma rede de cuidados que vem sendo tecida para além do CAPS, na cidade, a partir de um novo olhar para esses sujeitos que, por consequência, podem também vislumbrar se olhar de um outro ponto, não somente como objeto de intervenção do Estado, mas como agente promotor do cuidado. É por meio da aposta na retomada ou construção de novos vínculos, no fortalecimento do laço social, da consideração de que cada um constrói sua própria rede que talvez seja possível dar lugar tanto ao cidadão - que é um lugar importante - quanto ao sujeito do desejo.

É nesse cenário onde o caráter universal das políticas públicas que na redução de danos ganha um caráter artesanal sob o viés da construção das estratégias de redução de danos que a psicanálise pode dar lugar ao singular de cada caso sustentando a emergência do sujeito do inconsciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, VÂNIA SAMPAIO. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009.
- ANDRADE, CLEYTON. Uma taça de vinho para Kangxi e Mêncio. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan/ Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs.* Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
- ANDRADE, TARCÍSIO MATTOS. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. Orgs. Andrea Cardoso de Souza...[et al]. – 1. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2016.
- ANTISERI, DARIO; REALE, GIOVANNI. *História da filosofia.v.1*. São Paulo: Paulinas, 1990.
- ARAÚJO, TARSO. *Almanaque das drogas*. 2ªed. - São Paulo; LeYa, 2014.
- BARROS, FERNANDA OTONI. O objeto “a” é um fundamento do laço social. In *Almanaque On-line Revista Eletrônica do IPSM – MG*. Ano 01, nº 1, julho a dezembro 2007. Disponível em <http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/O-objeto-a-como-fundamento-.pdf> . Último acesso em 15/01/2019 às 22h35min.
- BASTOS, ADRIANA DIAS DA ASSUMPÇÃO. *Psicanálise e toxicomania: desafios na assistência pública/ Adriana Dias de Assumpção Bastos, Ademir Pacelli Ferreira – Curitiba: Juruá, 2012.*
- BASTOS, ADRIANA DIAS, ALBERTI, SÔNIA. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? In *Psicologia-Universidade de SP-USP (Impresso)*, v. 29, p. 212-225, 2018.
- BECKER, HOWARD SAUL. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio/ tradução Maria Luiza X. de Borges; revisão técnica Karina Kuschnir*. - Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BENETI, ANTONIO. A toxicomania não é mais o que era. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs.* Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
- BENTES, LENITA. Apresentação. *O brilho da infelicidade/ Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro*. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.
- BENTES, LENITA E RONALDO GOMES. A mordaga infernal. In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro*. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

BENTO, VICTOR EDUARDO SILVA. *Semiologia das “paixões tóxicas”, v. 2: das paixões, das toxicomanias e das adicções às paixões tóxicas: na filosofia, na medicina e na psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*/ Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf Acessos em 29/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. *Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acessos em 01/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. *Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html . Acessos em 10/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. *Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em 01/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 (SUS)*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessos em 01/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. *Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> . Acessos em 18/02/2019.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. *Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em <http://legis.senado.leg.br/norma/30901972/publicacao/30905474>. Acessos em 12/04/2019.

BROUSSE, MARIE-HÉLÈNE. O analista e o político: “Alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época”. In *O inconsciente é a política*. Marie-Hélène Brousse – São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.

CABRAL, NEUMA DE MELLO. Lacan e objeto *a*: uma articulação entre psicanálise e matemática. In *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Doris Rinaldi e Marco Antonio Coutinho Jorge (orgs.) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

CALAZANS, ROBERTO. Psicanálise e política. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 17-30, junho de 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10/04/ 2019.

CHAVES, WILSON CAMILO. Há uma ética que rege a clínica psicanalítica que não é da ordem da moral. In: Roberto Calazans e Fuad Kyrillos Neto. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. 1ed. Barbacena: Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais - EdUEMG, 2012, v. 01, p. 145-153. Disponível em <http://www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Mesas/54.pdf> . Acessos em 17/02/2018.

COMIS, MARIA ANGÉLICA DE CASTRO. Módulo 5: o que é e como se faz redução de riscos e danos? In: *Educação em Saúde: dependência Química*. (2014). Disponível em http://edelei.org/_img/_banco_imagens/reduc3a7c3a3o-de-danos-intro.pdf?phpMyAdmin=d5k1Zke7bAb7b0FX4U9Wg5xnHh5. Acessos em 27/01/2019.

DANZIATO, LEONARDO JOSÉ BARREIRA. Saber, verdade e gozo – da função da fala à escritura. In *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 47.2, p. 208-220, 2015.

DELGADO, SIMONE MENDONÇA. A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. In *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 8, n.1, p. 58-66, 1º semestre de 2008.

DERRIDA, JACQUES. *A farmácia de Platão* (2ª ed.). São Paulo: Iluminuras, 1997.

ELIA, LUCIANO. Psicanálise: Clínica & pesquisa. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise*(pp.19-35). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIA, LUCIANO. *O conceito de sujeito*. 3ªed. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010. Psicanálise passo-a-passo.

ELIA, LUCIANO. Política da psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda. In *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Orgs. Maria Rita Manso de Barros e Vinicius Anciães Darriba/ FAPERJ – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

FARIA, MARIA WILMA. O feminino e o recurso às drogas. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan* / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

FERREIRA, ADEMIR PACELLI. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Sônia Alberti e Luciano Elia organizadores. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FONSECA, GILBERTO RUDECK. Contra Capa Livraria, 1998. Toxicomania e demanda. In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros* - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

FREUD. SIGMUND. Carta 79 (1897). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I . Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD. SIGMUND. Os Chistes e sua relação com o inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VIII . Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD. SIGMUND. Sobre a tendência à depreciação na esfera do amor (Contribuições à Psicologia do amor II) (1912). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XI . Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, SIGMUND. Totem e tabu (1913). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD. SIGMUND. Luto e Melancolia (1917). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV . Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, SIGMUND (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, SIGMUND. Além do princípio do prazer (1920). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD. SIGMUND. Psicologia de grupo e análise do eu (1921). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XVIII - Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD. SIGMUND. O Futuro de uma Ilusão (1927) In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXI . Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, SIGMUND. O Mal-estar na civilização (1930). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, SIGMUND. Análise Terminável e Interminável (1937). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FINGERMANN, DOMINIQUE E DIAS, MAURO MENDES. *Por causa do pior*. São Paulo. Iluminuras, 2005.

GARCIA, CÉLIO. A irregularidade da clínica. In *Almanaque On-line Revista Eletrônica do IPSM – MG*. Ano 01, nº 1, julho a dezembro 2007. Disponível em <http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Irregularidade-da-Cl%C3%ADnica-6-laudas-.pdf> . Acessos em 23/01/2019.

GUEDES, MARCONI MARTINS DA COSTA. Toxicomania: um dos índices possíveis da psicose ordinária? In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan* / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

GUYOMARD, PATRICK. *O gozo do trágico: Antígona, Lacan e o desejo do analista*/ Patrick Guyomard: tradução. Vera Ribeiro. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

GROSSI, FERNANDO TEIXEIRA; NOGUEIRA, CRISTINA SANDRA PINELLI. O social e as novas formas do sintoma: as toxicomanias. In: *O brilho da infelicidade/* Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

INEM, CLARA. A fissura na clínica das toxicomanias: o mais além da droga. In *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis/* organizado por Oscar Cirino e Regina Medeiros – Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

JORGE, MARCO ANTONIO COUTINHO. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Doris Rinaldi e Marco Antonio Coutinho Jorge (orgs.) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

JORGE, MARCO ANTONIO COUTINHO. A travessia da fantasia na neurose e na perversão. In *Estudos psicanalíticos*, Belo Horizonte, n. 29, p. 29-37, set. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 19/01/ 2019.

JORGE, MARCO ANTÔNIO COUTINHO. “A psicoterapia conduz ao pior” – Apontamentos sobre a querela psicanálise/ psicoterapia. In *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta/* Organizadoras Sonia Alberti e Ana Cristina Figueiredo – Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2006.

KARAM, MARIA LÚCIA. Drogas: a irracionalidade da criminalização. In: *O brilho da infelicidade/* Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

LACADÉE, PHILIPPE. *O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Ed. Contracapa, Rio de Janeiro, 2011.

LACAN, JACQUES. A psiquiatria inglesa e a guerra (1947). In *A querela dos diagnósticos*. Jacques Lacan e outros. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1989.

LACAN, JACQUES. *O Seminário, livro 3 - As psicoses*, 1955-1956. - 2 ed. revista. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed., 2002.

LACAN, JACQUES. Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956. In *Escritos/ Jacques Lacan*; tradução: Vera Ribeiro - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, JACQUES. *Televisão*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1993.

LACAN, JACQUES. As estruturas freudianas do espírito. In: *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-58)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, JACQUES. Lição 27 (01 de julho de 1959). In *O seminário, livro 6. O desejo e sua interpretação*. Publicação não comercial. Circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

LACAN, JACQUES. *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*, 1959-1960/ Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira Antônio Quinet], - Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, JACQUES. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, 1969-1970/ Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Ary Roitman, consultor, Antonio Quinet]. – Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, JACQUES (1975). Intervenção de Jacques Lacan na sessão de Encerramento das Jornadas de Estudos de Cartéis, de abril de 1975, na École Freudienne de Paris, publicada em *Lettres de l'École Freudienne*, 1976, n.18, p. 263-270. In *Revista Pharmakon Digital Rede TYA do Campo Freudiano. A especificidade da toxicomania*, pags. 15 a 23. Novembro/2016, vol. 02.

LANCETTI, ANTONIO. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009.

LAURENT, ÉRIC. O analista cidadão. In *A sociedade do sintoma: a psicanálise hoje*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 2007. Tradução Vera Avellar Ribeiro.

LAURENT, ÉRIC. “Apuestas del congreso 2008: el objeto *a* como pivote de la experiencia analítica”. In *Lo inclasificable de las toxicomanías*. Buenos Aires: Ed. Grama, Serie TyA, p. 13-26

LAURENT, ÉRIC. "Post-war on drugs"? Como o psicanalista pode contribuir para o debate político sobre drogas. In *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana/ Éric Laurent*. Belo Horizonte. Scriptum Livros, 2011.

LAURENT, ÉRIC. Três observações sobre a toxicomania. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma*, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

LIMA, RAYMUNDO. A mordida dos cínicos. In *Revista Espaço Acadêmico*, nº129 - fevereiro de 2012.

LISITA, HELENA GRECO. Como pensar a toxicomania no campo da psicose? In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan* / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

LUCHINA, CARLOS. Faces contemporâneas da psicose e a questão da responsabilidade. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan* / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

MACHADO, LETÍCIA VIER; BOARINI, MARIA LÚCIA. *Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos*. Psicol. Ciência e profissão, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 10/07/2017.

MAIA, ANA MARTHA WILSON. Toxicomania - um gozo cínico? In: *O brilho da infelicidade/* Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

MARTINS, NÁDIA AFONSO SOUZA. *Toxicomanias – sintoma na contemporaneidade: Paradoxo do gozo no encontro do objeto a com o objeto droga* / Nádia Afonso Souza Martins, 2008.

MARTINS, VIVIANE TINOCO. O que pode estar por trás do fenômeno da fissura? In *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis/* organizado por Oscar Cirino e Regina Medeiros – Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MARTINS, VIVIANE TINOCO. *O recurso à droga nas psicoses: entre objeto e significante*. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2009 Orientadora: Angélica Bastos Grimberg Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2009.

MATOS, SÔNIA REGINA DA LUZ. DELIGNY, Fernand. O aracniano e outros textos. Tradução Lara de Malimpesa. São Paulo: 1 edições, 2015. In *Revista Entreideias*, Salvador, v. 5, n. 2, p. 97-102, jul./dez. 2016. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/17983/14290>. Acessos em 26/01/2019.

MEZÊNCIO, MÁRCIA. Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan* / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

MIRANDA, ELISABETH DA ROCHA MIRANDA. O objeto droga e o objeto criança: algumas considerações. In: *O brilho da infelicidade/* Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro.

MIRANDA, MARIA LUIZA MOTA. Toxicomanias: Onde opera o analista? In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise* - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

MOUGIN-LEMERLE, Régine. Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo. In *Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo - Direito e Psicanálise*. Sônia Altoé (org.). Segunda Edição. Livraria e Editora Revinter Ltda, 2004.

NAPARSTEK, FÁBIAN. *La direction de la cure dans les toxicomanies et l'alcoolisme*. Tesis de doctorado, Université Paris VIII - Saint-Denis, date de soutenance: 21 juin, 2011. Inédito.

NAPARSTEK, FÁBIAN. O sujeito do direito e do inconsciente nas toxicomanias. In *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Orgs. Maria Rita Manso de Barros e Vinicius Anciães Darriba/ FAPERJ – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

NICODEMOS, JULIO CESAR DE OLIVEIRA. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersectorialidade*. 2013. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NAVIA, LUÍS. *Diógenes, o cínico*. Tradução de João Miguel Moreira Auto. São Paulo: Odyseus, 2009.

NICODEMOS, JULIO E ELIA, LUCIANO. Políticas de Saúde Mental em perspectiva histórica. In *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no brasil*. Orgs. Andrea Cardoso de Souza...[et al]. – 1. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2016.

NICOLAU, ROSEANE FREITAS. O inconsciente é política: articulando o sujeito na política do cuidado. In *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Orgs. Maria Rita Manso de Barros e Vinicius Anciães Darriba/ FAPERJ – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

OLIVIERI, FILIPPO. A psicanálise diante da toxicomania. In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise* - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

OURY, JEAN. *O coletivo*. Tradução Antoine Ménard... [et al.] - Editora Hucitec. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PETUCO, DENIS ROBERTO DA SILVA. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In *Saberes e práticas na atenção primária à saúde : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca* - 1.ed. - São Paulo : Hucitec, 2015.

PLASTINO, CARLOS ALBERTO. A dimensão constitutiva do cuidar. In Maia, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2009.

QUINET, ANTONIO. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Jorge Zahar Ed. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2003.

QUINET, ANTONIO. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. – 2.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

REDAÇÃO. *Conheça Diógenes de Sínope, o cínico que calou Platão*. 2016. Disponível em <http://sociologica.com.br/2016/11/conheca-diogenes-de-sinope-o-cinico-que-calou-platao/>. Acessos em 16/11/2018.

ROBERTO, CLARICE. Redução de Danos: consequências na clínica analítica. In *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre/ Associação Psicanalítica de Porto Alegre – nº 24*, 2003 – Porto Alegre: APPOA, 1995.

RINALDI, DORIS. *A ética da diferença: um debate entre Psicanálise e Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

RINALDI, DORIS. *Ética e política: questões para a psicanálise hoje*. Homepage da Intersecção Psicanalítica do Brasil, 1999. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/doris-rinaldi/>. Último acesso em 17/02/2018

RINALDI, DORIS. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta/ Organizadoras Sonia Alberti e Ana Cristina Figueiredo* – Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2006.

SANTANA, ANA LUCIA. *Cinismo*. Disponível em <https://www.infoescola.com/filosofia/cinismo/> . Acessos em 16/11/2018.

SANTIAGO, JÉSUS. A droga de William Burroughs: um curto-circuito na função sexual. In *Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan / Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs*. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

SANTIAGO, JÉSUS. *A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência*. 2ª edição revisada – Belo Horizonte: Relicário Edições, 2017.

SHEFF, NICHOLAS, 1983. *Cristal na veia: memórias de uma viagem sem limites ao inferno das drogas/ nic Sheff; tradução Julia Romeu*. – Rio de Janeiro: Agir, 2009.

SILVEIRA, DARTIU XAVIER. Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas. In *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs)*. – São Paulo, 2008.

SILVEIRA, DARTIU XAVIER.; DOERING-SILVEIRA, EVELYN. Padrões de uso de drogas. In Brasil. *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

SOLER, COLETTE. Sobre a segregação. In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros* - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998.

SOUZA, AURÉLIO. Há um buraco na estrutura. In Souza, Aurélio. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

TARRAB, MAURÍCIO. A época e o Tonel das Danaides. In *Pharmakon Digital Revista da Rede TyA do Campo Freudiano*. Imagens e Intoxicações - Setembro 2015 - Edição nº 1.

TARRAB, MAURÍCIO. Uma experiência vazia. In: *O brilho da infelicidade/ Kalimeros* - Escola Brasileira de Psicanálise - Rio de Janeiro. Lenita Bentes e Ronaldo Fabião Gomes (Orgs.) - Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998, p. 149-156.

TORRES, MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA e VIDAL, PAULO EDUARDO VIANA. Redução de Danos e Psicanálise de orientação Lacaniana nas interações de usuários de drogas. In *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. Volume 7 - Número 1, 2016. pgs. 59-67.

TYKANORI, ROBERTO. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, Ana Maria swFernandes (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

ZANIANI, EDINÉIA JOSÉ MARTINS E LUZIO, CRISTINA AMÉLIA. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte , v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28/01/2019.

ZIMERMAN, DAVID. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. 2ª ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.