

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

**Psicanálise, Redução de Danos e o uso abusivo de drogas: estratégias
possíveis diante do impossível**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2019

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

CATALOGAÇÃO NA FONTEUERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

**Psicanálise, Redução de Danos e o uso abusivo de drogas: estratégias possíveis
diante do impossível**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós
Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em Psicanálise.

Aprovado em 30 de outubro de 2019.

Banca examinadora:

Prof.º Dr. Luciano da Fonseca Elia (Orientador)
Membro interno do PGPSA da UERJ

Prof.º Dr. Francisco Leone Fernandes
Dept.º de Psicologia da UFF

Prof.ª Dr.ª Sônia Elisabete Altoé
Membro interno do PGPSA da UERJ

Prof.ª Dr.ª Andréa Maris Campos Guerra
Dept.º de Psicologia da UFMG

Prof.ª Dr.ª Rita Maria Manso de Barros
Membro interno do PGPSA da UERJ

Rio de Janeiro

2019

Aos meus pais, Marly e José Carlos

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus amados pais que não puderam sentar nos bancos da universidade como eu, mas mesmo sem entender muito bem o caminho que eu trilhava, transmitiram-me a importância de sustentar o desejo mesmo nos momentos mais áridos desde o percurso desde a graduação.

Ao meu querido orientador e amigo, que desde o mestrado me auxiliou na construção do trabalho clínico-teórico injetando desejo e apostando comigo numa direção clínico-política da psicanálise. Este trabalho é só uma pequena parte do produto deste nosso encontro potente na vida!

Aos membros da banca examinadora, por aceitar participar deste ritual que finaliza este processo de doutoramento.

À UERJ, desde a “moça do elevador” até os professores, técnicos e demais funcionários que sustentam a vida e a produção científica numa das melhores universidades do país!

À Marcela Garcia e Cyntia Mattar, grandes parceiras e coordenadoras do CAPS-ad Alameda e da Equipe de Redução de Danos respectivamente, que com suas delicadezas acreditaram comigo na importância deste trabalho.

Aos profissionais do CAPS-ad Alameda e da Equipe de Redução de Danos que, sob transferência, permitiram a invenção de um dispositivo de supervisão clínico-territorial, além do meu acolhimento entre eles em todas as manhãs das quartas-feiras. .

À Universidade Salgado de Oliveira que considerou a importância de me ausentar das salas de aula durante muitos meses para a realização de minha pesquisa em Portugal.

Aos meus alunos e suas palavras de carinho e aposta, crescemos juntos!

Ao meu orientador da Universidade do Porto, Luís Fernandes, que me acolheu como orientando e amigo de sua família me dando material para a construção da minha tese e orientações de vida, além de me alertar para os perigos do uso abusivo de vinho do Porto de má qualidade.

Às professoras Lígia Ferro e Marta Pinto, também da Universidade do Porto, que apostaram no meu trabalho e abriram caminhos.

À CAPES por me permitir chegar e permanecer em Portugal através da bolsa de estudos durante meu doutorado sanduíche e após a minha chegada ao Brasil durante

alguns meses! Espero que o governo atual permita que outros pesquisadores tenham a mesma oportunidade que eu!

Aos usuários dos serviços públicos onde trabalhei e que me ofereceram gentilmente seus relatos e confiaram em mim para que eu pudesse sustentar seus tratamentos e extraísse material para a tese.

À *Equipa de Rua* da ONG Norte Vida, em especial a Sandra Vieira e Manoela Moreira que me acolheram no trabalho como integrante da equipe e me ofereceram um material precioso para a escrita da tese.

À ONG portuguesa APDES que sempre se colocou disponível ao diálogo e que me recebeu no Porto para ida ao campo pela primeira vez em 2015.

Aos frequentadores do bairro do Aleixo (“os actores psicotrópicos”) na cidade do Porto que me receberam durante algumas idas e vindas e permitiram que eu permanecesse por lá ao longo dos meses em Portugal.

Aos meus pacientes do consultório que consentiram que eu me ausentasse durante muitos meses, além de compreender as suspensões das sessões quando foi necessário.

Aos meus companheiros (as) de doutorado que compartilharam suas angústias e expectativas durante estes quatro anos: em destaque Fernanda Pimentel, Leonardo Miranda, Débora Klajnman, Vivian Ligeiro e Daniela Bezerra.

Aos membros do Laço Analítico Escola de Psicanálise que sempre me acolheram delicadamente em diferentes pontos deste país de modo a me incluir em suas atividades de transmissão e discussões clínicas.

Aos meus amigos (as) que sempre apostaram que eu poderia chegar até aqui mesmo quando eu não me reconhecia capaz: Christian Sade, Patrícia Amorim, Marina Espinoza, Maria Lívia Roriz, Marília Calcia, Juliana Scaffo, Paula Land Curi, Maria José Soares, Karina Bermudez, Waleska Cheibub, Ana Paula Correia, Ana Carolina Vieira, Laura Geszti, Tatiana Rangel, Cíntia Ritta, João Mattos (que partiu antes do fim desta tese) e Lina Pannain.

Para os tempos atuais, para que não nos caemos:

“Nunca se pode dizer até onde esse caminho nos levará; cede-se primeiro em palavras e depois, pouco a pouco, em substância também” (Sigmund Freud 1921).

RESUMO

NICODEMOS, J. C. O. *Psicanálise, Redução de Danos e o uso abusivo de drogas: soluções possíveis diante do impossível*. Brasil. 2019. 194 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Nesta tese propomo-nos a apresentar as contribuições da psicanálise em relação às estratégias de Redução de Danos através de um saber-fazer clínico-político com efeitos para cada sujeito em atendimento e em cada instituição onde realizamos nossa pesquisa clínica desde o ano de 2005 até o ano de 2019: CAPS-ad, CAPS-ad III, Equipe de Redução de Danos, Consultório na Rua, Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de Atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD) e Equipe de Rua, etc. Para a extração dos nossos resultados, percorremos a história da construção das políticas e estratégias de Redução de Danos no Brasil e no mundo além de apresentar as linhas de continuidade e transversalidade entre tais estratégias e o advento do Sistema Único de Saúde(SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nosso objetivo principal é a exposição dos efeitos da clínica psicanalítica, a partir do ensino de Freud e Lacan, com sujeitos em uso abusivo de drogas que acessam algumas das instituições que compõe a rede de atenção psicossocial orientadas pelas estratégias de Redução de Danos. Além deste objetivo, demonstramos também os efeitos sobre os sujeitos e profissionais de saúde pública das políticas sobre drogas tanto no Brasil – que conserva um direcionamento de criminalização dos usuários de drogas – assim como os efeitos da política portuguesa de descriminalização do uso de drogas. Os resultados desta pesquisa foram extraídos através da metodologia de pesquisa em psicanálise na convergência indissociável entre a prática clínica e de pesquisa. Para tanto, utilizamos alguns recortes de casos clínicos além da apresentação de alguns conceitos orientadores do campo psicanalítico.

Palavras-chave: Redução de Danos. Psicanálise. Uso abusivo de drogas. Descriminalização. Sujeito.

RESUMÉ

NICODEMOS, J. C. O. Psychanalyse, Réduction de dommages et usage abusif de drogues: Possibles solutions face à l'impossible. Brésil. 2019. 194 f. Thèse (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Pour la présente thèse, nous nous proposons d'aborder les contributions de la psychanalyse aux relations stratégiques de Réduction de Risques, par le biais d'un savoir-faire politico-clinique, qui ont un effet sur chaque sujet en traitement et sur chaque institution où nous avons réalisé notre recherche clinique depuis l'année 2005 jusqu'à cette année 2019: CAPS-ad, CAPS-ad III, Équipe de Réduction de Risques, Cabinet de Consultation de Rue, Équipe de Référence Infanto-Juvenile pour des actions d'Attention à l'usage de d'Alcool et autres Drogues (ERIJAD) et Équipe de Rue, etc. Afin d'obtenir nos résultats, nous avons parcouru l'histoire de la construction des politiques et des stratégies de Réduction de Risques au Brésil et dans le monde. De plus, nous avons présenté les lignes continues et les transversalités entre ces stratégies et l'avènement du Sistema Único de Saúde(SUS)et la Reforma Psiquiátrica Brasileira. L'objectif principal est d'exposer les effets de la clinique psychanalytique, à partir de l'enseignement de Freud et Lacan, sur des sujets faisant l'usage abusif de drogues qui fréquentent les institutions qui composent le réseau d'Attention Psychosocial orienté par les stratégies de Réduction de Risques. Outre cet objectif, nous démontrons également les effets, sur les sujets et sur les professionnels de la santé publique, des politiques sur les drogues au Brésil – qui conservent des lignes directrices qui criminalisent les usagers de drogues – ainsi que les effets de la politique portugaise de dépénalisation de l'usage de drogues. Les résultats de cette recherche ont été obtenus au travers de la méthodologie de recherche en psychanalyse, dans la convergence indissoluble entre la pratique clinique et celle de la recherche. Dans ce sens, nous avons utilisé quelques extraits de cas cliniques en plus de la présentation de quelques uns des concepts directeurs du champ psychanalytique.

Mots Clés: Réduction de Risques, Psychanalyse. Usage abusif de drogues.
Dépénalisation. Sujet.

ABSTRACT

NICODEMOS, J. C. O. *Psychoanalysis, Harm Reduction and abusive of drugs: possible solutions in the face of the impossible. Brazil. 2019. 194 p.* Thesis (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

In this thesis I aim to present the contribution of psychoanalysis to harm reduction strategies through a clinical and political perspective, and its impact on each subject and institution where this research was conducted from 2005 to 2010 (CAPS-ad, CAPS-ad III, Harm Reduction Team, Street Clinic, Specialist Child and Adolescent Team for Alcohol and Drug use (ERIJAD), Street Team and others). The thesis traces a history of the development of policies and strategies for Harm Reduction in Brazil and internationally, as well the lines of continuity and transversality between those strategies and the development of Sistema Único de Saúde and the Reforma Psiquiátrica Brasileira. The main objective of this work is to demonstrate the effects of psychanalytical practice and the theories of Freud and Lacan on the work with subjects who accessed the psychosocial attention services that apply Harm Reduction principles. Additionally, this thesis also demonstrates the effects of the public policy on drugs in Brazil – which is geared towards the criminalization of people who use drugs – and in Portugal on subjects and clinicians. This thesis followed the psychoanalytical research methodology in the indissociable convergence between clinical and research practices, using used case vignettes and the presentation of concepts that orientate the psychoanalytical field.

Key-words: Harm Reduction. Psychoanalysis. Abuse of drugs. Descriminalization. Subject.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. A CLÍNICA E A REDUÇÃO DE DANOS NOS ITINERÁRIOS PSICOTRÓPICOS.....	16
1.1 Nosso itinerário clínico e de pesquisa.....	16
1.2 Que aproximação é possível entre a metodologia psicanalítica e as estratégias de Redução de Danos?.....	19
1.3 Nossa metodologia de pesquisa: dois operadores clínicos.....	25
2. PSICANÁLISE, HISTÓRIA E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS.....	34
2.1 Um breve percurso histórico sobre o surgimento da redução de danos no Brasil e o encontro com a psicanálise.....	34
2.2 As estratégias de Redução de Danos no Brasil após a lei da Reforma Psiquiátrica e os seus desafios atuais.....	50
3. A CLÍNICA DO SUJEITO E O FENÔMENO TOXICÔMANO: ALGUNS IMPASSES CLÍNICO-TEÓRICOS.....	64
3.1 Desafios clínicos: entre o tratamento da toxicomania e o tratamento de sujeitos que realizam uso abusivo de drogas.....	64
3.2 A psicanálise, as estratégias de Redução de Danos e alguns impasses diante da noção de toxicomania.....	70
3.3 Da passagem ao ato ao <i>acting out</i> : uma clínica possível a partir de uma instituição orientada pela Redução de Danos.....	78
3.4 O caso Camille.....	83

3.5	Questões de gênero e as barreiras de acesso.....	89
4.	CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO CAMPO POLÍTICO DAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS.....	96
4.1	Os psicanalistas e a redução de danos: uma breve história de algumas apostas ao redor do mundo.....	96
4.2	O uso de drogas como redução do mal-estar na cultura e alguns desafios clínicos: de Freud aos dias de hoje.....	99
4.3	A resistência, antes de mais nada, é a do próprio analista: alguns embaraços clínico-políticos na atenção psicossocial com usuários de drogas.....	108
4.4	O Proibicionismo e suas consequências: clínica e Redução de Danos nas trincheiras da guerra às drogas.....	117
5.	UMA PRÁXIS CLÍNICO-POLÍTICA NAS TRINCHEIRAS DA GUERRA ÀSDROGAS.....	125
5.1	A guerra às drogas e a produção dos corpos abjetos.....	125
5.2	O fazer do psicanalista na atenção psicossocial diante dos corpos elimináveisidade.....	137
5.3	Ordem urbana e problemas psicossociais.....	141
5.4	Um corpo que se desfaz e o discurso da cidade sobre os corpos intoxicados, um recorte de caso.....	146
5.5	Entre as leis de criminalização dos usuários de drogas e a clínica psicanalítica.....	149
5.6	Os danos causados pelo estado e a psicanálise diante da violência.....	157
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182

INTRODUÇÃO

A escolha pelo tema de pesquisa sobre as estratégias, ações e as Políticas Públicas de Redução de Danos com usuários de drogas em articulação com a clínica psicanalítica surgiu através do nosso percurso profissional como psicólogo/psicanalista, em diferentes funções (técnico, coordenador de equipe e supervisor clínico-institucional) na rede pública de atenção psicossocial. Tal experiência e suas problematizações emergiram através do acompanhamento clínico de inúmeros usuários em diferentes serviços de saúde orientados pelas portarias do Ministério da Saúde¹ que estabelecem as estratégias de Redução de Danos² como princípio norteador das ações.

As formulações clínico-teóricas presentes neste texto extraídos da prática aconteceram entre os anos de 2015 e 2019 na condição de aluno de doutorado/pesquisador do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Entretanto, podemos dizer que já havia uma longa elaboração em curso anteriormente ao nosso ingresso no programa de doutorado considerando que muitas questões se colocaram nos nove anos anteriores através do acompanhamento de casos em diferentes instituições de saúde mental e da atenção básica em saúde: CAPS-ad, CAPS-ad III, Consultório na Rua, Equipe de Redução de Danos, emergência psiquiátrica e em dispositivos de formação de profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial e seus intersetores. Nas cidades de Niterói (RJ), Rio de Janeiro (RJ) e Campo Grande (MS). Chamaremos este percurso, no qual exercemos nosso saber fazer, de **itinerários psicotrópicos** fazendo alusão ao título da

¹ Parte desta tese foi escrita anteriormente ao Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 da Presidência da República onde se extinguiu as estratégias de Redução de Danos como engrenagem principal das metodologias de atenção em saúde. Apesar deste claro retrocesso no campo das políticas de atenção aos usuários de drogas, em que se passou a privilegiar as internações em “Comunidades Terapêuticas” (religiosas) como principal proposta de cuidados em saúde, destacamos que o percurso histórico da Redução de Danos foi marcado desde seu início, em vários países do mundo, através de intensos movimentos de resistências primeiramente por parte dos próprios usuários e em seguida pelos profissionais de saúde. Isto nos faz afirmar que este campo de tensões permanece assim como a nossa luta cotidiana para fazer valer nossas ações em Redução de Danos como eixo principal do cuidado nas instituições de saúde e do intersetor que ocupamos, ainda que haja um retrocesso nas leis nacionais vigentes. A desobediência civil, neste momento histórico, é a nossa bússola condutora.

² Portarias 816, de 30 de abril de 2002 e 1.028 de 01 de julho de 2005, ambas do Ministério da Saúde, que determinam estratégias de atenção aos usuários de drogas sem protocolos pré-estabelecidos e que buscam a abstinência do uso de drogas como objetivo único e condição de tratamento. Ao longo deste trabalho contextualizaremos o surgimento das estratégias de redução de danos que pautam diferentes políticas de cuidado aos usuários de drogas em diferentes países do mundo.

tese de doutorado do Prof. Dr. José Luís Fernandes – nosso orientador externo na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto durante o estágio doutoral em Portugal –, pioneiro nos estudos etnográficos em Portugal com populações vulneráveis e em uso abusivo de drogas: *Actores e territórios psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*, defendida no ano de 1997 nesta mesma instituição onde atualmente leciona.

Foi a própria escrita clínica lida a partir do saber de cada sujeito, um saber inconsciente, que nos possibilitou formular questões de pesquisa e decidirmos produzir uma tese que esperamos poder contribuir, no plano da transmissão aos demais profissionais do campo. Não acreditamos que haja possibilidade de formulação de texto psicanalítico que não advenha da própria prática, assim como fizeram Freud e Lacan em sua obra e ensino a partir de suas experiências com as históricas e com a psicose, respectivamente.

Além de nos pautarmos em nossa experiência na atenção psicossocial brasileira, no ano de 2017, como pesquisador do doutorado chamado "sanduíche" (CAPES/PDSE - estágio doutoral no exterior), nos dirigimos a Equipe de Rua na cidade do Porto, em Portugal, onde durante seis meses acompanhamos alguns casos e a rotina de uma equipe orientada pela redução de riscos e minimização dos danos (expressão utilizada pelos portugueses para se referir a redução de danos cuja sigla é RRMD) num bairro onde há um intenso comércio de drogas ilícitas e sujeitos usuários de heroína e em situação de vulnerabilidade social.

O que justificou a extensão de nossa pesquisa até Portugal foi o interesse de investigarmos qual o impacto no tratamento dos sujeitos da descriminalização de todas as drogas. A política de drogas portuguesa é mundialmente reconhecida como “o modelo português” desde o início dos anos 2000. Ponto este que faz contraste com as políticas de drogas do Brasil que mantém desde 1976 seu caráter penal ainda que tenha sofrido alterações no ano de 2006 e mantém-se vinculada à Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) e esta submetida ao Ministério da Justiça.

Em relação ao que se nomeou de “modelo português”, temos:

As mudanças de nome e do ministério de tutela dos dispositivos da droga são, aliás reveladoras: criados na presidência de ministros em 1976 sob o nome de “Gabinete coordenador do Combate à Droga”, cedo transitam para o Ministério da Justiça. Depois, ficaram repartidos por dois ministérios: o Ministério da Justiça mantém a repressão ao mesmo tempo que desenvolve estudos e representa o país a nível internacional; o ministério da saúde assume o tratamento. Finalmente, a lei de 2000 cria o Instituto Português da

Droga e da Toxicodependência com tripla dimensão: saúde (prevenção, tratamento, reinserção) controlo normativo (através das “comissões de dissuasão”) e estudos (epidemiológicos e outros). Os dispositivos da droga em Portugal evoluíram de um modelo centrado na força coerciva da lei penal(1976-1983) para um modelo sanitário-dissuasivo dos consumos (depois de 2001) tendo passado por um período intermédio de natureza bipartida e mesmo conflituante entre o jurídico-judicial e o médico-psicológico (QUINTAS 2011, p. 11-12).

Precisamos deixar claro que desde o início de nosso trabalho de pesquisa e escrita, sabíamos que os lugares institucionais onde trabalhamos ao longo dos anos, até a presente data, não garantem a instalação de um dispositivo clínico, mas podem permitir que ele aconteça de um modo mais ou menos interessante considerando algumas coordenadas institucionais. Apostamos que as coordenadas institucionais pautadas pela atenção psicossocial, assim como as diretrizes da Redução de Danos, quando incluem um analista entre os profissionais presentes, permitem um fazer clínico antimanicomial (e por consequência antiproibicionista) ainda mais potente e verdadeiramente inclusivo, ou seja, a inclusão de um sujeito que possa protagonizar sua vida a partir de escolhas e de um cuidado de si onde o uso abusivo de drogas se desloque do lugar de problemática central a ser tratada.

Para darmos início, gostaríamos desde já de realizarmos duas advertências fundamentais sobre o nosso fazer: 1) Não somos especialistas no tratamento de drogas ou de indivíduos “dependentes químicos” pois não há um saber especializado para o tratamento de sujeitos (no rigor do conceito de sujeito da psicanálise), ou seja, tratamos daquilo que cada sujeito nos endereça no um-a-um, o que implica dizer que este tratar pode e deve gerar efeitos institucionais, para um coletivo de sujeitos; 2) Afirmamos que o uso de drogas não se configura como um adoecimento em si, pelo contrário, verificamos que o uso pode surgir, muitas vezes, como uma solução diante do mal-estar presente no laço social ou mesmo como facilitador do laço social, como verificamos em alguns contextos de uso. Daremos consequências a estas duas afirmações adiante quando abordarmos o conceito de sujeito e outros conceitos psicanalíticos.

1.A CLÍNICA E A REDUÇÃO DE DANOS NOS ITINERÁRIOS PSICOTRÓPICOS

1.1 Nosso itinerário clínico e de pesquisa

Sobre o nosso fazer clínico e a realização de nossa pesquisa, achamos fundamental situarmos estes lugares institucionais como itinerários por onde percorremos ao longo dos anos e não como um campo de pesquisa. Isto porque consideramos o nosso campo de pesquisa o campo do Outro, de onde extraímos um saber a partir do atendimento, sob transferência, de cada um que encontramos neste percurso e que nos oferecemos ocupando a posição de analista. É certo também que nem sempre foi deste lugar que operamos para extrair este saber que nos autorizou a escrita desta tese pois, algumas vezes, ocupamos o lugar daquele que transmite um saber a partir daquilo que recolheu num coletivo de profissionais que estão sob transferência com os sujeitos em tratamento, ou seja, do lugar de supervisor clínico-institucional em dois CAPS-ad. Além destes dois lugares (o de psicólogo/psicanalista e de supervisor, que numa estrutura de trabalho faz funcionar um discurso analítico), também nos foi proveitoso o lugar de professor em dispositivos de formação de profissionais onde trocamos com outros profissionais as experiências e desafios das redes de atenção psicossocial com os usuários de drogas em diferentes cidades do país.

Para situarmos melhor os nossos leitores, descreveremos brevemente cada ponto deste itinerário:

1. A Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas – ERIJAD³ –, equipe na qual cumprimos a função de coordenador entre os anos de 2009 e 2015 e que resultou na escrita de uma dissertação de mestrado⁴ neste mesmo programa de pós-graduação da UERJ, sob orientação do Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia;
2. O Consultório na Rua (Pop-Rua, como também é conhecido, o primeiro Consultório na Rua instalado na cidade) localizado no Centro da cidade do Rio de Janeiro onde

³ Portaria intersetorial número 01 de 11 de dezembro de 2008 da Coordenação de Saúde Mental e da Secretaria de Assistência Social de Niterói (RJ).

⁴ Cujo título é *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*.

fomos contratados como psicólogo entre os anos de 2012 e 2013. Destacamos que neste serviço de saúde experimentamos, junto de seus usuários, as consequências iatrogênicas das ações de recolhimentos compulsórios da população em situação de rua na proximidade da Copa do Mundo de 2014, ponto que abordaremos ao longo desta tese de doutorado;

3. O CAPS-ad Alameda no município de Niterói (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas), instituição em que inauguramos nosso percurso no campo da Saúde Mental ainda como estagiário da graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) no ano de 2005, anos mais tarde tornando-nos psicólogo na equipe e em 2016 exercendo a função de supervisor clínico-territorial até o momento atual;
4. A Equipe de Redução de Danos, como supervisor clínico-territorial a partir do ano de 2016;
5. O CAPS-ad III no município de Campo Grande, no estado do Mato Grosso do Sul, também como supervisor clínico-territorial entre os anos de 2015 e 2016. Nesta última instituição experimentamos outros desafios institucionais como o acolhimento dos usuários 24 horas no próprio CAPS, as articulações possíveis com a Unidade de Acolhimento (UA) próxima e uma cultura atravessada por especificidades regionais e que me fizeram encontrar com termos e expressões até então desconhecidos, como “invernar na droga⁵”.

Além destes dispositivos institucionais específicos para o tratamento de usuários de drogas, e considerando que o psicanalista em sua função política precisa transmitir seu testemunho da experiência clínica de seu trabalho com o inconsciente, outros espaços de discussão e construção de propostas surgiram neste nosso percurso e que resultaram em questões a serem levantadas ao longo desta escrita. Estes espaços se configuraram como espaços também de transmissão. São eles: a participação no programa do Ministério da Saúde cujo nome é Programa Caminhos do Cuidado (programa para “capacitação” de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde na atenção aos usuários de álcool e outras drogas) nos anos de 2014 e 2015; no Centro de Referência Regional da Universidade Federal Fluminense (CRR-UFF) para formação nos cuidados em álcool e outras drogas da rede intersetorial da região metropolitana 2 do Rio de Janeiro onde trabalhamos ministrando aulas e produzindo

⁵ Expressão designada por aqueles que fazem um uso abusivo de drogas por longos períodos.

artigos para a formação; no Grupo de Trabalho sobre Medidas Socioeducativas e Atenção Psicossocial no Ministério da Saúde – a convite da coordenação da Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens –, onde ocorreram debates interestaduais sobre a problemática das drogas e sua relação com as medidas socioeducativas; e também, a experiência já citada do doutorado sanduíche em Portugal, acrescida a experiência naquele país onde desde o ano de 2015 realizamos seminários e cursos de extensão na Universidade do Porto para o debate sobre as ações e políticas de drogas no Brasil e em Portugal. Esta parceria culminou na realização do *I Colóquio Luso-Brasileiro de Clínica Psicossocial com Utilizadores de Drogas em Situação de Vulnerabilidade*, em junho de 2017 durante a realização do nosso doutorado sanduíche (evento organizado pelos professores da Universidade do Porto em parceria com o Prof. Dr. Luciano Elia e eu). Mais recentemente, entre os dias 28 de abril e 01 de maio de 2019 também participamos da Conference 2019/ Harm Reduction, também realizada na cidade do Porto (Portugal), pudemos trocar com atores de diferentes países sobre as práticas de Redução de Danos assim como participamos da delegação brasileira para a escrita de uma carta de repúdio ao governo brasileiro atual assinada por organizações internacionais (principalmente organizações não governamentais) como apoio ao movimento dos trabalhadores brasileiros que sustentam a Redução de Danos em suas práticas e contra as últimas decisões governamentais em relação à Redução de Danos no país.

Cabe ressaltar que estas experiências na cidade do Porto, a partir do diálogo com os profissionais e professores da universidade bem como da escuta de alguns usuários nas ruas, fizeram-nos incluir um novo ponto neste itinerário clínico e de pesquisa que foi o nosso trabalho na *Equipa de Rua* da ONG *Norte Vida* no Bairro do Aleixo na cidade do Porto, local com dezenas de usuários de heroína e traficantes, com quem convivemos quatro meses dentro da rotina da equipe de saúde citada.

Nosso interesse partiu do interesse de refletirmos sobre uma consequente relação entre os atravessamentos políticos das diretrizes de descriminalização das drogas⁶ (política que orienta o governo português em relação à oferta de atenção aos usuários de drogas) e a oferta de uma escuta pautada pela clínica psicanalítica, algo que diante da grandeza da experiência merecerá uma discussão específica ao longo da tese: quais as consequências clínicas para o coletivo de usuários de drogas – mas não sem

⁶ Resolução do Conselho de Ministros de número 46/99 e Decreto-Lei de número 183/2001 do governo de Portugal.

considerar as consequências para cada um – e que se encontram em territórios sem a presença de leis que os fixam em determinadas representações jurídicas e que endossam uma *cultura proibicionista*? E, de modo posterior a nossa experiência em terras portuguesas, elaboramos a seguinte questão: quais as consequências para cada sujeito em dispositivos institucionais atravessados pelas políticas mais progressistas possíveis – como é o caso da descriminalização das drogas – mas sem um fazer clínico compartilhado entre os profissionais presentes e responsáveis pelo cuidado?

Todas essas experiências, que inclui os trabalhos clínicos com casos específicos mas também com problemáticas institucionais, compõem uma trajetória de pesquisa em psicanálise que aqui buscaremos transcrever de modo que possamos sustentar nossa argumentação sobre a relação clínico-política da psicanálise com o tratamento de usuários de drogas pautado nas políticas e estratégias de Redução de Danos, ou seja, quais as consequências desta relação clínico-política e as ações de redução de danos?

Transmitiremos os efeitos tanto de uma clínica exercida dentro das coordenadas institucionais que escapam às estratégias mais conservadoras (como acontecem nas “comunidades terapêuticas” religiosas, nos grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, por exemplo), e que pregam a abstinência do uso de drogas como única meta possível de um tratamento, quanto os efeitos políticos na própria construção de estratégias de redução de danos a partir do testemunho do analista através de suas experiências com o sujeito do inconsciente. Apostamos que a psicanálise pode e deve permitir a invenção de novas estratégias de cuidados e que podem ser também lidas como redutoras de danos ainda que, a princípio, não tenhamos um compromisso ético com uma concepção de saúde supostamente pautada na descrição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e que prevê uma harmonização do bem-estar físico, mental e social. Um lugar menos mortífero nesta relação do sujeito com a droga só pode ser pensada quando consideramos a clínica de cada caso e seus específicos modos de satisfação com as drogas, e isto escapa as premissas universais.

1.2 Que aproximação é possível entre a metodologia psicanalítica e as estratégias de Redução de Danos?

No Brasil, foram as portarias ministeriais e as estratégias de Redução de Danos desenvolvidas ao longo dos anos 90 e 2000 que trouxeram a problemática do uso

abusivo de drogas para o campo da saúde de modo a permitir a inclusão dos usuários nos cuidados oferecidos. Isto porque os princípios da equidade e de universalização do acesso estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não garantiram a inclusão destes usuários na oferta dos cuidados em saúde, tendo sido preciso estabelecer portarias e garantir diretrizes a partir do SUS adicionadas aos marcos legais que já lhe eram próprios para que isto de fato acontecesse, e ainda há muito o que se fazer.

A Redução de Danos surgiu como uma oportunidade de inclusão desta população que se encontrava exposta ao contágio com a expansão da epidemia do HIV nos anos 80 e 90 devido ao uso de drogas injetáveis (mais especificamente da cocaína injetável). Podemos dizer que foi a Redução de Danos que fez operar, num primeiro momento, os princípios do SUS com esta população a partir de ações específicas destinadas aos usuários de drogas – e podemos dar destaque as primeiras ações que aconteceram na cidade de Santos (SP) em 1989 através da troca de seringas com os usuários e que foram vetadas pelo poder judiciário local. Estas ações vislumbravam a promoção do acesso à saúde e o **protagonismo dos usuários** nos cuidados de si diante da epidemia da AIDS. Nos anos seguintes, a promulgação da lei 10.2016 de 06 de abril de 2001 (lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira) permitiu que avançássemos nesta inclusão dos usuários de drogas, agora não mais pelas epidemias das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), mas sim a partir do sofrimento psíquico, movimento que também contou com o protagonismo da população (usuários, profissionais e familiares) para sua implementação e não como algo que adveio dos gabinetes da presidência e do ministro da saúde.

Precisamos lembrar que o protagonismo da população foi algo fundamental na construção do SUS (principalmente se considerarmos a origem de seu surgimento através do movimento de Reforma Sanitária) e obviamente, o movimento que implementou a Redução de Danos e a Reforma Psiquiátrica Brasileira compartilharam lutas comuns pelo direito a saúde e a força popular das últimas duas décadas do século XX com o início de uma possível democracia e o fim da ditadura militar. SUS, Redução de Danos e Reforma Psiquiátrica seriam impensadas num regime ditatorial pois por princípio requer um solo democrático para a sua execução.

Em relação à Redução de Danos, Tarcísio Mattos de Andrade, psiquiatra e professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em sua conferência no ano de 2012 no Centro de Referência Regional para formação de profissionais que atendem usuários de drogas da Universidade Federal Fluminense (dispositivo de formação

profissional no qual o autor da presente tese trabalha como professor desde o ano de 2012) afirma que:

As práticas de redução de danos, os princípios de redução de danos, incluindo a preconização da disponibilização de equipamentos de prevenção, como cachimbos e seringas, faz parte do SUS, está no SUS. Se você ler no SUS, você vai ver o conceito de redução de danos quase reproduzido, afirmando a redução de danos como uma política oficial, uma política pública (ANDRADE 2016, p. 26).

Contudo, a força da lei do SUS, as portarias da Redução de Danos e a lei da Reforma Psiquiátrica, ainda que fundamentais para a construção dos nossos dispositivos de cuidado institucionais, não tem o poder de fazer operar um cuidado onde profissionais e usuários estejam implicados, como é preconizado por elas. Talvez seja justamente neste ponto que a psicanálise pode e deve contribuir através de suas coordenadas clínicas promovendo a implicação de um sujeito na desordem da qual cada um se queixa⁷, assim como os próprios profissionais que apesar de serem responsáveis pela implantação das leis, precisam sustentar este lugar de responsabilidade também no dia-a-dia da assistência. A psicanálise também pode incidir aí através da invenção de dispositivos de escuta, como as supervisões clínico-institucionais dos CAPS, por exemplo. O que está em jogo numa prática redutora de danos orientada pela clínica é justamente a implicação de um sujeito e a responsabilidade que cada um assume sobre os seus cuidados o responsabilizando, o autorizando, e não oferecendo tutela o fixando no lugar de objeto de intervenção.

O sujeito do qual falamos aqui, para deixarmos claro, não equivale ao conceito de cidadão, como muitas vezes observamos em textos não psicanalíticos e que usam estes dois significantes como equivalentes, aqui sujeito é um conceito crucial da psicanálise mas ele também não reivindica a transcendência do conceito de cidadão, já que a cidadania permite e garante algumas condições necessárias para que consigamos efetivamente garantir cuidados em saúde e implicação de cada cidadão nos cuidados de si.

Lacan em seu texto *A ciência e a verdade* (1965/1998, p. 873), diz que por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis:

⁷ Freud ao apresentar o caso Dora (1905), colocará a questão “Qual a sua responsabilidade na desordem da qual se queixa?” justamente no intuito de afirmar que para todo e qualquer tratamento psicanalítico há um sujeito que é responsável por aquilo que é endereça do ao analista como o seu sofrimento.

Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis. Que chamem a isso como quiserem, terrorismo. Tenho o direito de sorrir, pois não era num meio em que a doutrina é abertamente matéria de negociatas que eu temia chocar quem quer que fosse, ao formular que o erro de boa fé é dentre todos o mais imperdoável.

Já Luciano Elia (2008, p. 17), para explicar sobre qual sujeito nos referimos em psicanálise, afirma que:

Tal sujeito, sobre o qual opera o psicanalista, é o mesmo, diz Lacan, que o sujeito da Ciência, que no entanto não faz sobre ele operação alguma, como faz o analista. No entanto, a Ciência o supõe, esse sujeito sem qualidades, esse sujeito que é o correlato do advento de um discurso que, no alvorecer do que não por acaso, e por isso mesmo, passou a ser chamado de Modernidade, introduziu uma forma de pensar que não se submete ao significado socialmente compartilhado.

Frank Chaumon em seu livro *La loi, le sujet et la jouissance*, para explicitar a noção sujeito em psicanálise parte da noção de “sujeito da lei” tão citado nos manuais jurídicos através de uma espécie de analogia entre estas duas noções:

A filosofia do direito *stricto sensu* enfrentou dificuldades intransponíveis quando tentou dar ao sujeito do direito um lugar central na arquitetura jurídica, o que levou alguns a afirmar da mesma maneira que o sujeito do direito era a real pedra angular da ordem jurídica e que, no entanto, seria impossível uma versão única e coerente⁸ (CHAUMON 2016 p. 87).

Na sequência Chaumon desdobra sua afirmação afirmando que:

O julgamento conhece assuntos legais apenas de acordo com os lugares lógicos que lhes são atribuídos. A experiência vivida nos tribunais mostra que os indivíduos que encontramos excedem esse ser abstrato. O erro consiste em confundir o indivíduo concreto e o imaginário que ele desperta com essa função jurídica abstrata e limitada. Assim, a lei e a psicanálise devem ter cuidado para não confundir o sujeito e sua imagem. Como chegamos a relacionar o sujeito da lei e o sujeito do inconsciente em sua versão lacaniana? Certamente existe uma analogia entre estes dois conceitos se considerarmos que o sujeito freudiano resulta de uma inscrição, um texto que precede a vida e ao mundo. As leis da linguagem, a interdição do incesto e dos eventos traumáticos que ocorreram nas gerações anteriores, podem aparecer como uma arquitetura formal na qual o sujeito deve fazer um apelo, para que funcione de algum modo (*Ibidem* p.89).

A noção de sujeito é um componente estrutural da nossa metodologia de pesquisa em psicanálise e é através deste conceito e sobre ele que operamos nas instituições e territórios orientados pelo cuidado em Redução de Danos, mas não sem

⁸ Tradução do próprio autor.

um analista “por perto” manejando as transferências em jogo. Não podemos, em hipótese alguma, confundir a noção de sujeito do inconsciente com a noção de eu ou mesmo de indivíduo-cidadão/usuário-cidadão, como aborda a literatura das ciências sociais ao falar daqueles que acompanhamos em tratamento no campo da atenção psicossocial.

Com o sujeito, portanto, não se fala. Isso fala dele, e é aí que ele se apreende, e tão mais forçosamente quanto, antes de – pelo simples fato de isso se dirigir a ele – desaparecer como sujeito sob o significante em que se transforma, ele não é absolutamente nada. Mas esse nada se sustenta por seu advento, produzido agora pelo apelo, feito no Outro, ao segundo significante.

Efeito de linguagem, por nascer dessa fenda original, o sujeito traduz uma sincronia significante nessa pulsação temporal primordial que é o *fading* constitutivo de sua identificação (LACAN 1964, p. 843).

Portanto, o psicanalista aposta na emergência de um sujeito, neste que acabamos de abordar, sempre que é convocado a intervir. Isto acontece em nosso campo de trabalho em meio às inúmeras ofertas de cuidados disponibilizadas pela rede intersetorial. Entretanto, ele necessariamente está advertido de que não basta apenas a boa intenção prevista em nossas políticas públicas, há algo de uma implicação do sujeito, algo que só é verificável em cada caso. Observamos em nossa trajetória que nos serviços de atenção aos usuários de drogas, esta compreensão é um “divisor de águas” nos acompanhamentos para que tenhamos efeitos de tratamento de fato. As equipes que não se dão conta desta implicação mínima de um sujeito naquilo que ele endereça como sendo suas mazelas de vida, a partir dos laços transferenciais (e a recusa de muitos pacientes diante das ofertas de cuidado que lhes são propostas), fizeram com que recolhêssemos falas culpabilizadoras por parte dos profissionais em supervisão (de que paciente X ou Y não adere ao tratamento justificando medidas totalitárias como internações involuntárias e/ou compulsórias) ou a fixação dos profissionais numa posição de impotência diante daquele usuário, o que acaba produzindo novas desassistências. O analista está advertido que a oferta de um bem social (seja ele qualquer cuidado em saúde ou de outra ordem) não garante que cada sujeito abra mão daquilo que ele diz sofrer, do seu sintoma⁹.

⁹ As funções do uso abusivo de drogas na neurose e na psicose é um debate importante na discussão clínica e merece uma discussão mais consistente sobre o tema ao longo da tese e a partir de casos clínicos: quando a droga opera para o sujeito como um sintoma? quando ela é possibilidade de estabilização ou de devastação? etc. Consideramos que há múltiplas possibilidades de relação dos sujeitos com a intoxicação incluindo, inclusive, a possibilidade de construção de laços sociais e de um lugares no campo do Outro.

Podemos citar como exemplo um trecho do caso de Joaquim, com 57 anos de idade e morador de um bairro da Zona Norte de Niterói, apresentado pela equipe de redutores de danos em supervisão clínico-institucional. A questão levantada pela redutora de danos responsável pelo caso era em relação ao seu limite e cansaço diante de um homem que se recusa a cuidar de sua saúde, mesmo após um ano de abordagens na praça onde ele permanece todos os dias fazendo uso abusivo de álcool. A redutora dizia que estava “cansada”, pois estava resolvendo todas as providências para retirada de sua documentação com o intuito de Joaquim ter acesso ao vale transporte oferecido pela prefeitura, apesar disso Joaquim não conseguia se implicar nas inúmeras idas ao serviço da Secretaria de Assistência Social responsável pelo serviço. Algo em nome do direito à cidadania fazia com que a redutora de danos insistisse nesta tarefa, além de possibilitar uma possível ida ao CAPS-ad, lugar de tratamento que Joaquim já havia deixado de ir. Ao falar sobre o caso, notamos que Joaquim não podia, ainda, sustentar a demanda que não era dele e sim da profissional de saúde. Mesmo assim, percebíamos que Joaquim respondia aos cuidados de si (de sua higiene e alimentação) a partir da presença cotidiana da redutora de danos naquela praça, o que em alguns momentos o fez pedir a ela que o lembrasse das consultas médicas num posto de saúde próximo a praça onde permanecia.

Ao longo das supervisões, notamos o deslocamento da “urgência cidadã” da profissional de saúde para a oferta de sua presença sem grandes exigências para Joaquim, e que isto por si só já produzia grandes efeitos de sujeito permitindo um mínimo possível de responsabilização por parte do paciente que conseguia lhe fazer alguns pedidos e cuidava de algo da sua imagem e higiene nos dias de encontro com ela. Estas eram as possibilidades de Joaquim naquele momento diante do impossível que lhe era exigido, a retirada de documentos para a sua inclusão como cidadão. Não há, neste caso, uma cidadania possível antes de uma implicação mínima como sujeito, algo se produz depois.

O caso de Joaquim, assim como muitos outros casos acompanhados, aponta a importância de uma abordagem clínica a partir das diretrizes oferecidas pelas portarias da Redução de Danos que por trabalharem com as possibilidades reais de acesso aos cuidados, sem exigir de cada sujeito a adaptação aos ideais de bem-estar social, permitem um cuidado mínimo, porém possível, diante daqueles que decidiram permanecer com seus usos abusivos de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. A Redução de Danos traz consigo esta direção de trabalho, nova ao campo público da saúde mas já

antiga para os psicanalistas que já advertidos por Freud sabem que educar, governar e curar (psicanalisar) são considerados tarefas impossíveis. Trabalhar com o impossível não significa permanecermos impotentes, pelo contrário, permite que trabalhemos com as invenções possíveis para cada sujeito, invenções sempre singulares.

Neste trabalho, apostamos que há uma contribuição política a partir da experiência e da pesquisa psicanalítica (sempre clínica a priori). Isto acontece através da decantação de um saber que é próprio de cada sujeito, um saber inconsciente, e das especificidades clínicas identificadas a partir da escuta com determinadas populações que realizam usos abusivos de drogas e com cada sujeito. Quando falamos em populações, referimo-nos as pessoas em situação de rua, prostitutas, travestis e adolescentes em situação de vulnerabilidade, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, presidiários, usuários de crack que permanecem por longos períodos nas cenas de uso, etc.

1.3 Nossa metodologia de pesquisa: dois operadores clínicos

Para definirmos alguns atravessamentos que estiveram presentes ao longo de nosso percurso clínico nos variados serviços de saúde pública e que também percorrerão este texto no desdobrar destas experiências a partir da escrita desta tese, definiremos dois operadores clínicos que na verdade são advertências psicanalíticas apontadas por Sigmund Freud e Jacques Lacan e que permitem a compreensão do que é a nossa metodologia de pesquisa.

A primeira delas é a própria noção de pesquisa em psicanálise. Freud em seu texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912/1996 p.128) afirma que “uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem”. Portanto, a prática clínica encontra-se indissociavelmente articulada aos efeitos clínico-políticos de nossa pesquisa, tanto nos efeitos específicos e diretos nos tratamentos dos nossos pacientes quanto nos efeitos que, a partir do recolhimento das experiências com cada sujeito e algumas especificidades comuns (das demandas, do modo como se dirigem ao analista, a relação com o corpo e o tempo, etc.), atingiram os discursos institucionais com os quais trabalhamos e produziram novas práticas criando outras possibilidades de cuidado. O produto desta pesquisa, sempre recolhido com cada caso, em muitas

situações construiu direções de trabalho evidenciando possibilidades apontadas pelos próprios sujeitos e permitiu a produção de uma espécie de furo no emaranhado dito multiprofissional de saberes (e presente nas diferentes instituições intersetoriais: educação, justiça assistência social, etc.) que falam sobre estes sujeitos e não a partir de um saber que é próprio a cada um, recolhido sob transferência e a partir do manejo dela. Tarcísio Andrade – que não é psicanalista, mas com evidente sensibilidade clínica –, nesta mesma conferência de 2012 que mencionamos, afirma que em Redução de Danos, uma das condições de trabalho será a autorização para que cada sujeito seja “antropólogo de si mesmo”. Sabemos que esta afirmação não pode resumir-se apenas a uma espécie de autoconhecimento, mas demonstra que há algo em jogo que não está, *a priori*, do lado do saber técnico dito especializado e sim do usuário, do sujeito para sermos mais rigorosos, daquele que emerge entre pares de significantes e que se extrai do campo do Outro.

Se os significantes (no sentido linguístico) são o suporte do significado intencional, ou seja, as vias da mensagem que o sujeito do enunciado endereça ao seu interlocutor, os significantes (no sentido lacaniano) traem, através de suas conexões imprevistas o que escorrega por debaixo, o sujeito do enunciado, o que precisamente é de interesse do psicanalista¹⁰(CHAUMON 2016, p.93)

Neste sentido, e a partir da psicanálise, damos um passo a mais.

Nesta direção, portanto, afirmamos que não há pesquisa em psicanálise dissociada do campo de trabalho de um analista: o inconsciente, ou, o Outro como lugarprévio do sujeito do significante (LACAN 1960/ 1998), o território do inconsciente é o nosso principal território de intervenção. O sujeito é um efeito desta cadeia significante e não algo que apreendemos a partir de uma realidade ontológica, o que subverte a noção levantada por muitos autores que os usuários de drogas são pessoas com pré-disposições genéticas a partir de seus históricos familiares (como se obtivessem um DNA herdada de outra geração anterior à sua) ou com transtornos mentais específicos. A concepção lacaniana de sujeito faz cair por terra também a noção de “dependentes químicos” que sofrem em sua realidade anatômica os efeitos de suas intoxicações e que por isto apresentam um determinado comportamento compulsivo com determinada droga. Sendo assim, ao longo desta tese, ilustraremos nossas afirmações teórico-clínicas articuladas aos efeitos de sujeito e que emergem a partir de uma operação com o significante onde a transferência é uma condição de tratamento e

¹⁰ Tradução do próprio autor.

ao mesmo tempo de pesquisa ainda que o lugar do clínico que opera na transferência e o lugar do pesquisador não se confundam já que este último extrai o saber recolhido muito mais do lugar de analisante do que do lugar de analista, o que Luciano Elia chama de lugar do “pesquisante”.

A partir deste caminho teórico-prático em que apresentamos nosso primeiro operador que compõe a nossa estrutura metodológica, seguiremos para o segundo operador e que se refere à relação clínico-política presente em nosso percurso institucional e em nossa escrita, consequência de alguns anos na clínica com usuários de drogas e em instituições marcadas pelas diretrizes estabelecidas pelas portarias ministeriais da redução de danos e da atenção psicossocial. Utilizamos o termo “clínico-política” e não “clínica e política” para demarcarmos um fazer que sedáde uma só vez a cada dia nos serviços e a partir de um ato clínico que realizamos com cada sujeito, com consequências na micro e na macropolítica. Ilustraremos este fazer através da topologia moebiana onde o dentro e o fora constituem a parte de uma mesma superfície topológica, algo que poderemos visualizar a seguir com a figura da *Banda de Moebius*



A estrutura topológica da clínica parte exatamente do modo como o inconsciente pode ser pensado desde Freud e Lacan, sem considerá-lo um dentro obscuro e profundo, se opondo a um fora onde equivocadamente se reconhece a dimensão consciente e a vida social. A leitura topológica aqui proposta rompe com esta compreensão do dentro e do fora, tomando o fazer clínico-político como um significante lido numa mesma tira que se fechou após a aplicação de uma meia torção (NICODEMOS 2013, pp. 46-47).

Quando falamos em inconsciente não estamos falando de uma interioridade profunda cada um mas sim de um inconsciente que é estruturado como linguagem e que por isso é constituinte do laço social entre os sujeitos. Do mesmo modo, o campo

dapolítica não é algo externo ao sujeito, mas algo que produz marcas compartilháveis no laço social e produz realidades através de um discurso gerado neste campo em que o sujeito pode ou não se inserir, o que vai incidir diretamente em nosso fazer clínico tornando esta tarefa mais ou menos possível. Neste ponto seguimos a orientação de Freud quando ele afirma que há uma indissociabilidade entre uma psicologia individual e uma psicologia social (FREUD 1921). Destacamos que o fazer clínico aqui não pode ser algo que nos coloque numa suposta “neutralidade canalha” esperada de um analista e que ignora as mazelas sociais e políticas reproduzidas pelos diferentes dizeres sobre o uso abusivo de drogas hoje, a neutralidade do analista se refere a outra coisa. A posição do analista será justamente aquela que numa só tacada diz respeito a um fazer clínico e político ao mesmo tempo e de modo moebiano, portanto, clínico-político.

Marie-Hélène Brousse em seu livro *O inconsciente é a política*, em relação ao lugar do analista em meio às problemáticas que envolvem a sua época histórica, neste caso, o uso abusivo de drogas e seu posicionamento clínico-político, diz que:

Em primeiro lugar, considerar-se neutro não significa estar fora da subjetividade de sua época. É não apenas estar neutro dessa subjetividade como também saber se orientar nela.

Em segundo lugar, a neutralidade seria mais uma neutralização do julgamento. O analista não tem que julgar, ele não é um juiz. Lacan diz isso em uma conferência: quem sou eu para julgar essa vida que se confessa? Portanto, nada de sugestão, nem de juiz, nem de conselheiro. A neutralidade do analista deve ser definida baseada nesses dois pontos. É uma neutralidade com relação ao eu e ao supereu, mas é uma neutralidade que é de um compromisso para o sujeito. É uma espécie de adiamento do preconceito e de escolha, escolhas que lhes são próprias enquanto sujeito e não enquanto analista. O analista não está presente na análise enquanto sujeito; sua neutralidade diz respeito ao eu, à adaptação social e ao supereu e seu imperativo de gozo (BROUSSE 2019, p.32).

Em nossa dissertação de mestrado, em que relatamos a experiência clínico-política da Equipe de Referência Infante-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD), abordamos esta perspectiva de trabalho sem nos determos no que seria ou não este fazer dentro de uma perspectiva da Redução de Danos enquanto uma proposta de políticas públicas para crianças e adolescentes – ainda que o fazer intersetorial da ERIJAD traduza de modo exemplar o que seria uma prática de Redução de Danos com este público e que aqui gostaríamos de reafirmar que a redução de danos pode e deve incluir o público de crianças e adolescentes desde que possamos considerar suas especificidades e a adequação das nossas estratégias, como assim fazemos para todo e qualquer público que decidimos trabalhar.

Durante a experiência da ERIJAD, fomos interpelados inúmeras vezes pelos nossos gestores e operadores do direito como se as ações de Redução de Danos, que oferecem cuidados para aqueles que não podem ou não querem interromper seus usos de drogas, diferentemente das estratégias de abstinência, fosse uma incitação ao uso. Contudo, e dando continuidade ao que já afirmamos, traremos novamente esta discussão à tona para que possamos resgatar novas consequências além de articulá-la a outras experiências clínicas realizadas em diferentes dispositivos. A Redução de Danos é o terreno fértil, e possível no campo das políticas públicas, para que um psicanalista possa se autorizar no seu fazer com usuários de drogas, ainda que isto não garanta sua função de psicanalista. A Redução de Danos permite que haja possibilidades e invenções por parte do sujeito, diferentemente do que acontece nas estratégias em que de saída há um único trilhamento possível para a condução do tratamento e onde a abstinência é a meta final. Nestas estratégias o sujeito permanece engessado na demanda que vem do Outro sendo impossível qualquer outra saída que não seja a interrupção do uso de drogas.

Foram inúmeras vezes e em diferentes espaços de decisão judicial e política que precisamos afirmar que a não interrupção do uso de drogas do paciente adolescente era um fenômeno secundário diante do seu sofrimento psíquico, que a aproximação de determinado paciente em situação de rua através dos insumos oferecidos (camisinhas, gel lubrificante, etc.) e o estabelecimento de um “vínculo terapêutico” (nome utilizado para abordarmos o conceito de transferência com profissionais de outras áreas e sem afinidade com a psicanálise), era parte importante do processo de tratamento que estava em curso e com isto poderíamos declinar de ações que utilizassem algum tipo de imposição ou da privação de liberdade (como no caso das internações involuntárias ou compulsórias).

A Redução de Danos neste sentido, através das estratégias de oferta de insumos e do seu “baixo limiar de exigência” (expressão utilizada por alguns pesquisadores em contraposição as estratégias de alta exigência que pregam a abstinência como condição para o início dos tratamentos) era o que permitia nos autorizarmos ao encontro daqueles que jamais demandaram qualquer pedido de tratamento para seus usos de drogas, o que não significava que não se beneficiariam de um trabalho pela palavra e sob o poder da transferência. Inicialmente vinha uma aproximação através destes insumos, depois um querer falar e na sequência um endereçamento de suas repetições nas ruas onde se colocavam em riscos a partir de uma posição de sujeito localizada diante do Outro contada a partir de suas lembranças. Neste sentido, nos diferenciamos de outras práticas

de Redução de Danos que compreendem os seus fazeres única e exclusivamente na prática da troca de insumos, como experimentamos em Portugal com os usuários de heroína. Apostamos que o falar de cada um e uma escuta pautada na transferência pode produzir mudanças radicais na posição de cada sujeito em sua dimensão mortífera com o seu uso de drogas. Usar drogas pode não ser igual a uma escolha pela morte, há sujeitos que usam drogas e seguem suas vidas sem que esta lhe cause danos importantes no laço social.

Isabel, que insistia em não ser chamada pelo seu nome de batismo, homófono ao que se apresentava, com aproximadamente 50 anos, era uma delas. Dizia estar em situação de rua no Centro do Rio de Janeiro, pois não suportava a violência de sua comunidade na Zona Norte da cidade. Falava também de um amor “mal correspondido” que fez aparecer em seu corpo algo que a equipe do Consultório na Rua chamava de “gravidez psicológica”. Trocou o uso abusivo de álcool pela gravidez e passou a se encontrar conosco regularmente, primeiro nas ruas e depois num consultório dentro da Unidade Básica para falar sobre o seu amor e sobre os cuidados da gravidez. O ato de falar sobre sua gravidez a estabilizava diante do sofrimento que a fazia deambular pelas ruas, demasiadamente alcoolizada. No entanto, foram necessárias inúmeras intervenções com a equipe multiprofissional para que interrompesse os exames de ultrassonografia para dar provas da realidade a ela sobre sua condição. Isabel estava grávida do seu amor mal correspondido e era isto que interessava a ela falar para que pudesse construir um lugar no campo do Outro mais possível em que não precisasse se manter diariamente intoxicada.

O trabalho com Isabel e as consequências da oferta de uma escuta fizeram com que tivéssemos um outro trabalho que transbordava os atendimentos individuais nas ruas ou dentro da Unidade Básica. Foi necessária uma transmissão para cada técnico da equipe de modo que pudessem considerar que há algo para cada sujeito que tratamos que não está circunscrito aos saberes médicos e dos protocolos em saúde. Trabalho este que não pôde acontecer sem que estivéssemos pautados também numa suposição de saber dos demais membros da equipe, que estranhavam o nosso manejo com ela, escutando a suposta “gestante falsa”, mas consideravam a importância deste trabalho. Aos poucos percebíamos os efeitos políticos a partir do nosso fazer clínico, outros casos chegaram e o acolhimento da “loucura de cada um” (e mesmo da loucura de cada profissional diante de seus sofrimentos da vida privada e no trabalho) foi ao poucos sendo menos rechaçada (desde que estivéssemos por perto para sustentar com eles este

outro modo de responder aos endereçamentos considerados “estranhos”, muitas vezes delirantes). Passou-se um longo tempo até que a equipe tenha podido escutar que a gravidez psicológica e o uso de álcool não era a causa de uma suposta doença mental mas duas soluções possíveis para Isabel diante do “mal correspondido”.

O analista, quando inserido entre os profissionais de outras formações, está advertido de que um saber prévio sobre cada sujeito não serve para nada. Além disso, ele também sabe que qualquer transmissão possível para os demais profissionais necessariamente precisa estar pautada numa transferência que se estabelece entre ele e os demais profissionais que passam a supor algo a partir do seu lugar. O analista precisa reinventar nestas situações de transmissão um dispositivo de trabalho que o permita passar aos demais algo de inédito com aquilo que ele recolheu no campo do Outro, o inconsciente. Segundo Weill (2006, p. 20), o analista é requisitado a reinventar o que ele já sabe, isto é, o que já foi inventado por Freud sem que isto signifique reinventar uma nova teoria analítica.

A supervisão clínico-territorial também ilustra de forma bastante clara este fazer clínico-político, função que faz parte da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial como condição de trabalho clínico-político (função infelizmente negada pelas equipes de Consultório na Rua da Atenção Básica a partir de sua portaria fundadora, a portaria de número 122 de 25 de janeiro de 2011). Podemos afirmar que a supervisão clínico-territorial cumpre a função que mais se aproxima deste segundo operador que apontamos. O supervisor, sendo aquele que vem de fora, mas que está dentro do trabalho do CAPS, produz um efeito que iremos chamar de “vazamento”, de furo, na espessura imaginária produzida pelos efeitos de grupo dentro da instituição a partir das relações entre profissionais e usuários e que muitas vezes impede que o trabalho avance. O supervisor, junto de sua equipe, produz um furo neste Outro institucional que muitas vezes emerge como um Outro totalitário e caprichoso, efeito das angústias não tratadas em supervisão das equipes.

Para ilustrarmos, traremos aqui um recorte do CAPS-ad Alameda, na cidade de Niterói, onde identificamos o embaraço clínico de uma profissional e uma suposta resposta pautada na redução de danos que acabou sendo uma resposta produtora de riscos e onde a supervisão clínico-territorial pôde, com a profissional, recolher os efeitos de sua posição. Momento em que nossa escuta nos permitiu inserir uma nova leitura clínico-política diante de um determinado fenômeno, com possíveis efeitos não só para

o caso em questão, mas também para todos os demais usuários que frequentam aquele serviço.

Dentre os membros da equipe, uma psiquiatra sempre é requisitada por grande parte dos pacientes considerados graves do serviço. Numa determinada situação em que a equipe discutia o que fazer com pacientes que trazem suas drogas para dentro do CAPS e, muitas vezes, as consomem no espaço de convivência, tal médica decide falar sobre o seu embarço. Conta que suspeitou que um dos pacientes portava cocaína consigo, quando se dirigiu a ele próximo ao banheiro notou que ele estava com uma cápsula grande de cocaína em seus mãos. A médica demonstra angústia diante daquele usuário e tenta negociar com ele o descarte de parte do conteúdo da capsula pensando que assim estaria promovendo a Redução de Danos com aquele usuário. “Eu só pensava na Redução de Danos, como fazer isso ali naquela situação?!”

Diante do seu desespero em responder algo na direção estabelecida da Redução de Danos, de maneira equivocada, respondeu com sua angústia e mesmo sem falar sobre sua intenção em jogar fora parte da substância contida naquela capsula, transmitiu sua pressa em solucionar o seu embarço e não o do paciente que também não sabia o que fazer diante de um possível “flagrante”. Imediatamente o mesmo saiu do CAPS e no orelhão telefônico localizado em frente ao serviço consumiu todo o conteúdo da cápsula de cocaína de uma só vez, “num tiro só”, como eles costumam se referir a cada inalação da droga.

Problematizamos a nossa posição de “flagrar” o porte de drogas com os nossos pacientes numa posição mais policialesca do que clínica já que, apesar de não estarmos autorizados a permitir o uso de drogas dentro do CAPS (diante da nossa legislação e da não previsão da existência de salas de consumo de drogas, como acontecem em outros países da Europa), precisamos ler tais fenômenos a partir da clínica de cada caso. Colocamos a questão de que aqueles usuários poderiam realizar seus usos em qualquer outro lugar, transitar por territórios da cidade onde o uso público da droga não seria um problema, mas ainda assim decidiram levar suas drogas consigo para seu local de tratamento. Quais respostas poderíamos dar a este fenômeno que não aquelas de uma posição moral sobre os malefícios do uso de drogas e do seu porte ilegal? Para alguns não seria um endereçamento possível, uma mensagem que deveríamos escutar ao invés de nos desesperar? Trabalhamos com usuários que realizam usos problemáticos de drogas e estes usuários de drogas carregam drogas consigo.

Ainda que a médica soubesse sobre os princípios da redução de danos, permaneceu numa urgência (com sua angústia) em nome da garantia da saúde a qualquer preço ao invés de escutar o que se passava com aquele usuário. Sua posição precipitou um comportamento de risco onde poderia sofrer as consequências do consumo de uma grande quantidade de cocaína de uma só vez ou mesmo se deparar com a repressão policial já que estava num local de grande trânsito de pessoas próximo a uma avenida movimentada.

Destarte, podemos concluir que a metodologia de pesquisa em psicanálise opera a partir de uma prática orientada pelas próprias coordenadas que orientam o fazer clínico. A tese de doutorado que aqui se apresenta busca trazer as consequências da aplicação desta metodologia no campo público da atenção psicossocial com pessoas que fazem uso abusivo de drogas de modo que consigamos apresentar os efeitos deste trabalho. O psicanalista pesquisador, diferentemente do lugar que ocupa em seu trabalho de operação clínica, faz uma torção em sua posição para o lugar daquele que se pergunta sobre os efeitos daquilo que fez de modo a recolher um saber e formulá-lo a partir de uma escrita. Portanto, o que aqui apresentamos foi tecido a partir de um longo trabalho e que aqui faremos uma espécie de apresentação das múltiplas frentes de ação que ocupamos de modo que formulemos novos operadores deste fazer clínico junto às estratégias de Redução de Danos.

2.PSICANÁLISE, HISTÓRIA E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

2.1Um breve percurso histórico sobre o surgimento da Redução de Danos no Brasil e o encontro com a psicanálise

Na literatura sobre a história das políticas de drogas no mundo, encontramos o marco histórico do surgimento da Redução de Danos no ano de 1926 na Inglaterra quando médicos conquistaram o direito de oferecer aos seus pacientes viciados pílulas contendo opiáceos. O intuito presente nesta estratégia, cujo efeito foi epidemiologicamente positivo, era o de permitir que através de uma droga prescrita pelo médico, uma substituição do uso pudesse acontecer gradativamente a partir do poder de uma regulação através, segundo eles, da troca de substâncias mais nocivas por outras menos nocivas à saúde. A estratégia focava o corpo intoxicado como o seu alvo de intervenção, uma estratégia médico-sanitária diante de um aumento dos consumidores de drogas ilícitas no país e dos prejuízos aos cofres públicos. Nesta mesma direção de intervenção médica-sanitária, surgiu a metadona entre os anos 30 e 40 na Alemanha¹¹, também da classe dos opióides e ainda hoje muito utilizada como droga de substituição nas estratégias de Redução de Danos. Sua utilização é feita nos países em que há um grande número de usuários de heroína pelo seu reconhecido efeito diante das dores provocadas pela abstinência da heroína.

Além destes marcos históricos, encontramos outros sobre o surgimento da Redução de Danos e sua formulação como políticas públicas reconhecidas pelos governos. Dando um salto no tempo, lemos repetidas vezes que foi na Holanda dos anos 80, diante da epidemia das hepatites virais e logo em seguida do HIV, que o governo construiu propostas de cuidado para os usuários de drogas que não queriam ou não podiam interromper o uso de heroína injetável. Nesta ocasião, foram os próprios usuários que reivindicaram seu direito a consumir drogas sem sofrerem os

¹¹ Há rumores e achados de jornalistas de que o surgimento, não apenas da Metadona mas também de outras drogas da classe dos opióides, tenha acontecido a partir dos estudos de médicos nazistas a pedido de Adolf Hitler diante do uso abusivo de drogas dos soldados alemães durante as guerras, assim como motivado pelo seu próprio uso abusivo de drogas. Neste mesmo contexto, apesar da grande produção de drogas pelos laboratórios alemães, o regime nazista adotou uma política proibicionista radical aproximando a figura dos usuários de drogas aos judeus, segundo Ohler Norman em seu livro *High Hitler: como o uso de drogas pelo Führer e pelos nazistas ditou o ritmo do Terceiro Reich* (2017).

malefícios secundários sobre os seus corpos através de Programas de Trocas de Seringas. Tal estratégia teve repercussões em outros países da Europa e das Américas incluindo o Brasil dos anos 90 durante a epidemia do HIV, quando havia um número considerável de usuários de cocaína injetável. Foram as associações de redutores de danos e ONGs que passaram a realizar as trocas de seringas além da oferta de preservativos grátis, o que no Brasil teve um impacto importante na redução do contágio do HIV entre os usuários de cocaína injetável. Naquele momento no Brasil, a Redução de Danos, diferentemente da estratégia inglesa dos anos 20, que era executada pelos médicos com um intuito específico, o de reduzir os gastos dos cofres públicos, tivera os próprios usuários e familiares como seus protagonistas.

Lembremos que as décadas de 80 e 90, no Brasil, foram precedidas pelos levantes de trabalhadores do final da década de 70, principalmente após as duas grandes greves ocorridas no ABC paulista em 1978 e 1979. Ainda havia os ecos de inúmeros movimentos sociais e formação de associações de diferentes classes profissionais reivindicando cidadania, saúde, relações dignas de trabalho, etc. com o intuito de retirar parte da população brasileira da margem da assistência do Estado.

Como exigência de um novo modelo econômico destinado à distribuição mais justa da renda, à estabilidade no emprego em virtude do direito ao trabalho, à autonomia e liberdade das organizações trabalhadoras, à exigência de uma política social que não só respeite a coisa pública como bem público, mas que atenda prioritariamente as classes populares, à exigência do direito de essas classes defenderem seus interesses e reivindicarem seus direitos por meio de movimentos sociais populares e de opinião pública, à exigência de participação direta nas decisões concernentes às condições de vida e de trabalho, à luta contra a tortura e a violência policial – aqui, a cidadania está referida à justiça social e econômica (CHAUI 2017 p.100).

Estávamos, no início dos anos 80, nos primeiros anos da democracia brasileira (que até a atualidade não se verificou em sua potência) desde o final da ditadura militar. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhavam forças desde as década de 70 produzindo ecos nos espaços públicos e incluindo como bandeira a assistência à saúde para todos. Foi a partir destes atravessamentos e em virtude do *boom* das epidemias das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) que os ecos destes movimentos alcançaram a população marginalizada dos usuários de drogas que até então ficaram esquecidos pelos cuidados oferecidos pelo Estado. Naquela época usar drogas era prioritariamente um problema de polícia. A invenção

do Sistema Único de Saúde (SUS) na passagem dos anos 80 para os anos 90 permitiu uma outroperspectiva para este público.

Como se sabe, a Reforma Sanitária criou a noção de atenção à saúde, e estruturou três níveis de atenção à saúde: a primária ou básica, a secundária e a terciária. Não vou me deter aqui nesses níveis, que acredito que todos conheçam e que só menciono para deles diferenciar uma novidade que a Reforma Psiquiátrica criou, uma nova modalidade – de atenção: a ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Os sanitaristas da época, os bons sanitaristas, pilotos da Reforma Sanitária Brasileira, não só não tinham em relação à Reforma Psiquiátrica nenhuma espécie de reserva, antinomia ou conflito, como apoiaram vivamente a criação desta nova modalidade de atenção, a atenção psicossocial, sem se preocupar em sanitarizá-la em demasia (ELIA & NICODEMOS 2016, p. 370).

E foi nesta direção que a Redução de Danos pode avançar ao longo da história do SUS até os seus obstáculos atuais.

O terreno cultivado com o surgimento do SUS prevendo o acesso universal foi condição *sine qua non* para que tanto a atenção psicossocial quanto as estratégias e futuras portarias de Redução de Danos florescessem. Não há qualquer possibilidade de pensarmos um fazer a partir destes segmentos do SUS de ação (Atenção Psicossocial e Redução de Danos) que não seja com acesso para todos e integralmente gratuito (paga através dos impostos e não pelo sua lógica de procedimentos, já que estamos falando do acesso à saúde também para uma população até então marginalizada e alijada de qualquer assistência em saúde. Há vários pressupostos do SUS que permitem que haja Reforma Psiquiátrica no Brasil incluindo as estratégias de Redução de Danos – o que também ocorre em países onde não há um modelo de saúde pública como o SUS e que justamente por este motivo, por não haver um sistema de saúde com suas articulações entre os níveis de complexidade bem estabelecidas, encontram inúmeros obstáculos para se pensar na integralidade da assistência e na utilização de outros níveis de complexidade (com especialistas ou internações em hospitais específicos diante dos agravos à saúde) deixando as ações de Redução de Danos como estratégias territoriais apenas mas sem grandes articulações com os sistema de saúde local.

Podemos dizer com isto que o modelo de SUS junto às estratégias de Atenção Psicossocial e Redução de Danos brasileiros estão na contramão do projeto neoliberal, o que explica um pouco os vários ataques que sofreram (e ainda sofrem) desde a sua origem. Queremos dizer que garantir o acesso universal à saúde incluindo-a como dever do Estado e um direito básico para todo e qualquer indivíduo é radicalmente oposto a compreensão deste sistema como um mero prestador de serviços à população,

modo como o neoliberalismo entende o acesso à saúde. O modelo neoliberal e todo seu parque industrial de serviços de saúde (já operacionalizado nos países considerados desenvolvidos) desconhece a saúde como um direito de todos, mas sim para aqueles que possuem o poder econômico de consumi-la como mais um produto do mercado.

Nesta lógica, caso olhemos de perto, perceberemos que o modelo neoliberal, apesar de identificar a existência de tais indivíduos, não lhes oferece um lugar específico para a oferta de cuidado em saúde mas o insere no lugar de resto, no lugar daquilo que não se é possível tratar ficando a cargo dos cuidados sociais oferecidos pelo estado através de abrigos. Situação ilustrativa ocorreu quando no ano de 2012, numa sexta-feira onde o Rio de Janeiro fazia um dos seus dias mais quentes de verão, encontramos embaixo de um dos viadutos do centro da cidade um usuário de crack com febre alta, emagrecido, vomitando sangue e com uma imagem notoriamente adocida. Mal conseguia falar mas nos pediu ajuda. Diante daquela cena, ligamos para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para solicitar uma viatura naquela mesma hora. A primeira fala do médico que nos atendeu pelo telefone foi que “não temos como cuidar da população de rua, isto é um problema social”. Somente após algumas ameaças de denúncia ao conselho de medicina que o mesmo disponibilizou uma ambulância naquela mesma hora, o que nos foi possível conduzir o paciente para um atendimento médico específico para sua situação. É bem verdade que no dia seguinte ele fugiu do seu lugar de internação (num hospital geral), mas certamente os cuidados médicos mais imediatos a sua chegada foi decisivo para que o mantivesse vivo.

Jacques Lacan, ainda que experimentasse em sua época o modelo neoliberal em fase de instalação, mas já bastante advertido em seu diálogo com Karl Marx, fala sobre o discurso vigente na era do capital e nos diz que: “O trabalhador é apenas unidade de valor. Aviso para aqueles para quem esta expressão tem ressonâncias. O que Marx denuncia na mais-valia é a espoliação do gozo.” (LACAN 1970 p.84).

Marilena Chauí, afirma que o modelo neoliberal funciona:

Definindo o indivíduo como “capital humano”, portanto, como um investimento que deve produzir lucro, o princípio do Estado é investir nesse “capital”. Para isso, faz parcerias com empresas e ONGs para criação de empregos, desobrigando-se do salário-desemprego. Faz parcerias com empresas de saúde e se desobriga da saúde pública gratuita; faz o mesmo com empresas de educação, e assim por diante. Dessa maneira, a função do Estado é dupla: em primeiro lugar, excluir, sem danos aparentes, a ideia de

vínculo entre justiça social e igualdade socioeconômica; em segundo, desobrigar-se de lidar com o problema da exclusão e da inclusão dos pobres (CHAUI 2017, p.187).

É somente num modelo de saúde de fato democrático e garantidor de direitos (algo que no Brasil pouco se consolidou mas que ainda mantém alguns pilares fundamentais, como a gratuidade dos serviços, serviços que garantem a equidade da assistência e a universalização do acesso) que no Brasil foi possível pensarmos no protagonismo dos próprios usuários na invenção de novos modos de cuidado, o que mais tarde originou o profissional “reduzidor de danos” e o incluiu no âmbito do setor da saúde pública como ator e funções indispensáveis. Estes acontecimentos no Brasil, diferentemente do que se previa na antiga lei de drogas, a lei de número 6.368 de 1976 (promulgada ainda durante o período de ditadura militar) fortemente pautada num discurso punitivista e de cunho médico-jurídico buscando sempre como objetivo nos tratamentos a total abstinência do uso de drogas, constituíram um marco para que hoje possamos encontrar uma série de serviços de saúde pública promotoras de acesso aos cuidados para uma maioria que não pode ou não quer interromper o uso de drogas e que se encontra nas mais variadas situações de vulnerabilidade social (travestis que trabalham nas esquinas, pessoas em situação de rua, prostitutas pobres, psicóticos andarilhos, etc.). O que tínhamos antes eram dispositivos de exclusão que os deixando à margem, assistiam seus corpos agonizarem em meio as ruas. Eliminam-se todos aqueles que gozam sem que possam funcionar como engrenagens para a máquina do capital operar: são descartáveis.

Foi também somente neste solo que nos foi possível pensar a democratização dos saberes em relação aos tratamentos, neste caso, do uso abusivo de drogas e do saber advindo dos próprios usuários e não apenas dos especialistas do assunto. Algo que culminou com o surgimento das Associações de Redução de Danos (tendo a ABORDA¹² ainda hoje como protagonista), com o surgimento das propostas de trocas de seringas (já que o uso de cocaína injetável era um grande problema de saúde pública na década de 80 e 90) e a invenção da figura do agente reduzidor de danos, (em alguns países como Portugal também chamados de educadores de pares), cuja importância se destaca na realização de ações de atenção através de um saber que lhes é próprio sobre o uso de drogas, muitas vezes a partir dos seus próprios lugares de

¹² Associação Brasileira de Redução de Danos.

usuários, ou ex-usuários, de moradores das comunidades e de sua circulação nas “cenas de uso de drogas”, como são chamados os locais de consumo de drogas pelos pesquisadores sobre o tema. Os redutores de danos são os atores que produzem acesso ao cuidado aos usuários que jamais se aproximariam de um dispositivo de saúde mesmo quando tais serviços se encontram próximos aos lugares de uso ou nas comunidades onde vivem. Há uma metodologia de trabalho que parte de suas posições e dos discursos diante do uso de drogas reconhecida e nomeada pelos próprios redutores de danos como condição de seus fazeres, a condição de “se tornar um **micróbio**”. Quando desdobramos com os redutores o significado do palavra “micróbio”, e que aqui situamos como uma bússola metodológica, imediatamente eles se referem ao contágio, uma espécie de transmissão dos cuidados a partir dos encontros e daquilo que escutam com cada um, algo que funciona como um norteador do trabalho. Também descrevem esta posição metodológica como sendo aquela que permite que eles se espalhem pelos cantos sem serem identificados como estrangeiros inimigos de determinado território, é um trabalho que é necessário se misturar com os demais sujeitos pertencentes a determinado território através da oferta de presença contínua (e não é à toa que muitos dos redutores de danos ou residem em seus territórios de trabalho ou circulam frequentemente por eles, mesmo residindo em outras localidades).

Além destas condições apresentadas, outras características descrevem esta posição metodológica do fazer em Redução de Danos: podemos citar também a posição de esvaziamento de saber dos agentes redutores de danos (ainda que diferentemente da do analista que sustenta uma posição de vazio diante do sujeito - diferença que, embora deva ser aqui assinalada, não exclui uma certa afinidade desta posição dos redutores com a do analista) permite que este saber dos sujeitos e de seus grupos sirva como instrumento de orientação dos cuidados já que sabemos que todos aqueles que fazem algum tipo de uso abusivo de drogas inventa suas próprias estratégias de sobrevivência e usos menos danosos diante de suas intoxicações.

Contudo, apesar das evidências que recolhemos e que acabamos de mencionar, além de verificar que desde a passagem da responsabilidade de gestão dos recursos do programa de AIDS para a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em que houve uma redução drástica do governo para o financiamento das ações em Redução de Danos, assistimos nos últimos anos o desaparecimento destes atores das propostas da saúde públicas num nível nacional, sendo substituídos por outras

categorias profissionais, como, por exemplo, o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes sociais de saúde (ASS) – que pouco sabem sobre a questão das drogas e muitas vezes discursam de modo contrário ao previsto nas políticas e diretrizes de atenção psicossocial. Sabemos que ainda que haja a proposta de formação dos ACS através de programas do Ministério da Saúde como o Programa Caminhos do Cuidado, realizado em todo o território nacional entre os anos de 2014 e 2015, não verificamos na prática efeitos tão potentes no cuidado quanto a que observamos com os redutores de danos e às vezes, inclusive, observamos efeitos contrários que servem mais à produção de obstáculos do que ao acesso aos tratamentos. Ressaltamos aqui que quando falamos em acesso aos tratamentos, falamos em primeiro lugar do acesso aos vínculos com os profissionais que oferecem a escuta a cada sujeito sem exigências *a priori*, como acontece em outras metodologias de tratamento onde a condição de se estar abstinente é o primeiro passo para a entrada em tratamento. A Redução de Danos por definição é um modo de cuidado que “inclui nas discussões a vida real de cada sujeito”, como afirma um dos nossos redutores de danos da Equipe de Redução de Danos de Niterói. Apesar da nossa afirmação, de que a Redução de Danos é um modo de tratar o uso de drogas, talvez o único que de fato incluía uma população que jamais pudesse se colocar em abstinência do uso de drogas, verificamos em algumas equipes no Brasil e em Portugal (e na própria política de drogas portuguesa) que este ponto ainda é bastante polêmico pois não se considera a Redução de Danos como uma metodologia que faz parte do tratamento das drogas mas a aproxima-se de uma espécie de “cuidados paliativos” oferecida aos casos mais graves sendo o tratamento algo manejado diretamente apenas pelos profissionais de nível superior através de atendimentos individuais, oficinas e grupos terapêuticos dentro de instituições específicas para o atendimento desta população.

A formação de agentes redutores de danos em nosso país ainda é algo bastante incipiente e frágil no que diz respeito ao seu lugar nos quadros dos profissionais oferecidos pelos municípios para as ações nos territórios com usuários de drogas. Entretanto, entre os anos de 2010 e 2011, em alguns municípios brasileiros, através de um edital com financiamento específico do Ministério da Saúde, ocorreram a implantação das Escolas de Redutores de Danos que vinculadas aos CAPS-ad tinham a tarefa de oferecer formação para novos agentes redutores de danos (RD), algo que deu visibilidade para esta função mas ainda a mantendo com um vínculo trabalhista precário como ator da saúde pública. Em meio a estas Escolas, destacamos o

protagonismo de Niterói na oferta de formação de onde surgiram inúmeros redutores de danos, alguns ainda em atividade atualmente junto da Equipe de Redução de Danos do município. Como produto deste trabalho, tivemos acesso a um relatório do ano de 2011 que demonstra o percurso da Escola de Redutores de Danos de Niterói confeccionado pelas antropólogas Delma Pessanha Neves (professora da Universidade Federal Fluminense) e de Arlete Inácio dos Santos (mestre em antropologia pela Universidade Federal Fluminense).

Não sendo totalmente profissionalizada, mas aparecendo como uma subespecialização do agente de saúde, raras são as alternativas para inserção do RD no quadro estabilizado dos serviços públicos. Diante da ausência de enquadramento da função entre servidores, os pressupostos de formação em RD muito guardam dos princípios da filantropia. O RD reafirma em sua missão, a conversão política de necessidades sociais em problemas coletivos que devem merecer atenção por outros agentes interventores. Este é um percurso relativamente comum a diversas das atuais profissões ocupadas com cuidados sociais e pessoais (NEVES & SANTOS 2011, p.19)

Com as experiências acumuladas através das estratégias de Redução de Danos que temos hoje no Brasil, e que infelizmente tornaram-se episódicas no cenário atual, podemos dizer que, no plano nacional, avançamos consideravelmente desde o surgimento das políticas e práticas de Redução de Danos entre os anos 80 e 90 com investimento do governo federal e do apoio das inúmeras Associações de Redução de Danos pelo Brasil, ainda que o ano de 2019 seja marcado por profundo retrocesso no nível do governo federal do decreto presidencial que extingue a Redução de Danos das principais estratégias de cuidado privilegiando as internações em hospitais psiquiátricos e em “comunidades terapêuticas” de cunho religioso.

Na ocasião em que surgiram as primeiras práticas de Redução de Danos no Brasil, o que estava em jogo eram basicamente intervenções de ordem médico-sanitárias sobre corpos que se expunham as contaminações de HIV e hepatites virais através de seus usos de drogas (com seringas compartilhadas e infectadas). Porém, ao final dos anos 90 e início dos anos 2000, com a migração dos usuários de drogas injetáveis para o uso de crack e outras drogas não injetáveis, identificamos uma redução dos investimentos em Redução de Danos ao campo público por parte do governo federal considerando a forte direção sanitária que focava especificamente o controle das epidemias de AIDS e hepatites, o que culminou na formulação das primeiras diretrizes de Redução de Danos através do Manual de Redução de Danos do ano de 2001 produzido pelo Ministério da Saúde. Contudo, apesar deste momento

inicial, observamos que mais tarde a atenção psicossocial precisou se dedicar a outros modos de Redução de Danos produzindo novas estratégias, agora também para estes outros usuários com usos abusivos, mas que abandonaram o uso das seringas.

Há diferenças psicossociais e clínicas significativas quando falamos em sujeitos que decidem furar os seus corpos com seringas e que possuem um contato direto com seus próprios sangues a cada dose, daqueles que utilizam outros tipos de substâncias ou por outras vias de uso (inalada, aspirada, fumada, ingerida, etc.), diferenças que abordaremos ao falar dos casos com que nos deparamos ao longo dos anos de pesquisa. Entretanto, para além destas diferenças mais específicas, verificamos, através de alguns autores que estudam o tema, que possivelmente o estigma que recaiu sobre os usuários de drogas injetáveis no Brasil durante a epidemia da AIDS e atualmente contribuiu para que esta migração do modo de uso fosse feita – e sabemos que mesmo nos consultórios privados ou nos CAPS, os pacientes que ainda utilizam drogas injetáveis muitas vezes apresentam dificuldade em falar deste uso específico.

Além disto, nesta altura da discussão precisamos situar que sempre houve uma tendência no Brasil, mesmo nos governos do PT, de centralizar a coordenação das ações do campo das drogas na Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) e não no Ministério da Saúde, como poderíamos esperar dos governos mais progressistas. O presidente Luís Inácio Lula da Silva manteve a SENAD submetida ao gabinete de segurança da presidência da república, situação herdeira do presidente anterior, Fernando Henrique Cardoso. Já a presidenta Dilma Rousseff, apesar dos investimentos oriundos dos diferentes programas governamentais para este campo de ações, a transferiu para a submissão ao Ministério da Justiça.

Verificamos que os diferentes governos brasileiros nunca sustentaram, ao longo da história, investimentos significativos no campo da saúde pública para a atenção aos usuários de drogas. Os atores governamentais que orquestraram/orquestram os montantes de investimentos através da SENAD passam ao largo do Ministério da Saúde perpetuando o caráter criminalizador das ações no campo das drogas ao longo das décadas desde a primeira lei “antidrogas” dos anos 70.

Deste modo, nós profissionais de saúde pública e os próprios usuários, sempre nos mantivemos em luta através da ocupação dos espaços de debate para sustentarmos e reivindicarmos algum investimento no campo do cuidado que escapasse as meras

ações de segurança pública ou as estratégias pouco eficazes empreendidas pela SENAD de prevenção ao uso através do slogan de “diga não às drogas”.

No que se refere ao final dos anos 90 e o início dos anos 2000, apesar do desinvestimento governamental que entendia não mais tão necessárias as estratégias de Redução de Danos com a população usuária de drogas injetáveis, notamos uma modificação considerável no modo como os profissionais (agora principalmente dos CAPS-ad e não mais das ONGs, Associações de Redutores de Danos ou da Atenção Básica) passaram a abordar o tema, o que também nos permite extrair consequências positivas.

Em 2003, segundo dados da OMS o Brasil contabilizava 279 PRD. Com a transferência dos financiamentos do Ministério da Saúde para os estados e municípios, a partir de 2004 houve um rápido declínio do número destes Programas. Dos 136 PRD¹³ ainda existentes em 2005, os 45 que responderam ao questionário de um estudo realizado por Massard e cols. revelaram grande fragilidade em seu funcionamento: 85,8% tinha equipe técnica constituída por autônomos ou voluntários; apenas a metade tinha equipes com coordenador, supervisor e redutor de dano e a quase totalidade ainda dependia exclusivamente de recursos federais (ANDRADE 2011).

A Redução de Danos, nesta passagem da responsabilidade da gestão AIDS para a Saúde Mental, como nos diz o Prof. Dr. Tarcísio Andrade (2011) da Universidade Federal da Bahia, deixa de ser uma estratégia especificamente médico-sanitária de controle das epidemias e passa a compor as reflexões sobre o sofrimento psíquico no campo social. A partir da Reforma Psiquiátrica também passamos a refletir sobre a singularidade dos casos através dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) nos CAPS-ad (Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas), o que nos autoriza a sair das estratégias destinadas às massas de usuários de drogas injetáveis e suas infecções para pensarmos o sofrimento dos coletivos e de cada um, terreno mais fértil para um fazer clínico assim como para um fazer redutor de danos diferente do que se propunha até então no Brasil.

Sobre os desinvestimentos progressivos que tivemos nos programas de Redução de Danos, mas não sua total extinção, desde os anos 2000, Taniele Rui em seu livro *Nas tramas do crack, etnografia da abjeção* (2014 p.83) nos diz que:

Estudos posteriores vieram confirmar o grande número de usuários de crack com aids, hepatites, sífilis e tuberculose. De uma perspectiva empírica,

¹³ Programa de Redução de Danos.

também afirmo que não é incomum constatar esse “dado” – o que, em certa medida, justifica a intervenção.

Retomando a história da redução de danos no modo como a apreendemos hoje, foi a experiência na cidade de Santos no final dos anos 80 e início dos anos 90, em São Paulo, descrita por Antônio Lancetti em seu livro a *Clínica Peripatética* (2012) que trouxe um outro modo de apreensão destes sujeitos usuários de drogas e a aposta de uma inclusão cidadã, ou seja, que de fato estes sujeitos pudessem ser reconhecidos como habitantes da cidade, cada um ao seu modo. A produção de uma marca de diferenciação produzida pela experiência de Santos permitiu o início de um futuro entendimento através de uma passagem entre as intervenções de redução de danos pautadas sobre um corpo exposto às contaminações, ou seja, ainda num momento em que a Redução de Danos possuía características restritamente médico-sanitárias, para uma intervenção que buscasse um outro estatuto a este corpo, o estatuto de cidadão. Mais adiante, ao longo da Reforma Psiquiátrica, com a aproximação de muitos psicanalistas deste campo, também se foi possível inaugurar, para além do estatuto de cidadão, um outro modo de apreensão sobre aqueles que nos aproximamos através da aposta num sujeito com o auxílio das coordenadas da psicanálise de orientação lacaniana.

As metodologias de Redução de Danos e da clínica psicanalítica não operam do mesmo modo. A metodologia operada pela Redução de Danos destina-se ao cuidado médico-sanitário e dos direitos do cidadão, já a psicanálise tem seu compromisso com o sujeito do inconsciente. Entretanto, ambas essas metodologias permitem que saberes oriundos de fora do meio dos especialistas sejam empregados no modo como cada sujeito irá poder se implicar em seus tratamentos. A Redução de Danos, pela via do saber do sujeito sobre o uso que ele faz de drogas e a psicanálise a partir do saber inconsciente, tentam inseri-lo em meio ao discurso sanitário advindo do primeiro, isto quando trabalham a partir de alguma aliança. Tal perspectiva permitiu um avanço importante sobre aquilo que compreendemos hoje como Redução de Danos em meio a Reforma Psiquiátrica. É importante lembrar que a psicanálise afirma cientificamente a laicidade do saber do inconsciente, e este é um dos principais polos de sua peculiaríssima metodologia. Isso a destina, dentre os diferentes saberes implicados no campo da atenção à questão das drogas, a ser o recurso mais apropriado para conjugar-se com estratégias pouco afeitas a especialismos, como a Redução de

Danos. Entretanto - não sejamos ingênuos - esta aliança entre Redução de Danos e psicanálise acontece pontualmente em meio as centenas de serviços de atenção psicossocial do país mas requer que falemos dela nesta tese com o intuito de verificar os seus importantes efeitos.

Ainda que hoje tenhamos novas perspectivas no campo do fazer redutor de danos pelo mundo (com os novos serviços de atenção psicossocial e as novas drogas de escolha pelos usuários), não podemos nos esquecer das origens desta política pública, pois tais ações ainda vigoram e possuem a sua importância em determinadas situações e lugares pelo mundo onde o uso de seringas ainda é contemporâneo. Foram as ações de trocas de seringas que deram origem e permitiram um avanço importante diante do que se tinha como tratamentos para o uso abusivo de drogas – internações ou tratamentos pautados exclusivamente na manutenção da abstinência do uso –, ainda que hoje possamos relê-las e repensá-las a partir de outras problemáticas existentes com os usuários de drogas que utilizam outras substâncias, e por isso de outros modos, além de suas complexidades psicossociais. Neste sentido, o Brasil ganha destaques medida que se reinventou a Redução de Danos de acordo com as transformações psicossociais e políticas ao longo da década de 90 e dos anos 2000, e a psicanálise participou ativamente deste processo.

As intervenções de Redução de Danos priorizam um cuidado eminentemente territorial sem exigências, *a priori*, em relação às metas a serem alcançadas durante o tratamento para o uso abusivo de drogas, ou seja, não se orientam pelo alcance da situação de abstinência ou não¹⁴. Aliás, principalmente quando aliada ao fazer clínico, isto importa pouco pois nos interessamos, principalmente, pela posição de um sujeito diante de seu modo de satisfação com a droga e em que lugar de sua lógica de funcionamento ela se insere podendo cumprir seu papel como tentativa de solução do mal-estar, mera satisfação ou devastação. Tomando as palavras de Luciano Elia em seu texto exemplar *Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS(2015)* transpomos seus dizeres para a prática de Redução de Danos – que também pode partir dos profissionais dos CAPS:

¹⁴ Sobre as intervenções de Redução de Danos, entre o Brasil e outros países, como Portugal, por exemplo, não há um consenso em relação à Redução de Danos ser compreendida ou não como um método de tratamento ou de auxílio (apenas) aos tratamentos daqueles que não se vinculam as instituições específicas. Veremos esta discussão adiante ao abordarmos o território português e suas políticas públicas para os usuários de drogas.

(...) a equipe segue, em seus atos, as indicações dos pacientes/usuários em seu afazer cotidiano, em seu “trabalho psíquico”, trabalho no qual eles já se encontram muito antes de encontrarem um técnico, o que derruba a ideia de que o trabalho só começa quando um profissional entra em cena com uma aposta técnica, seja ela o “projeto terapêutico” mais aberto, flexível e “interessante”, na medida em que a própria expressão “projeto terapêutico”, se radicalizarmos os princípios que aqui propomos, começa a revelar a insuficiência como recurso: que projeto- que *jeto* poderia *pre(o)ceder* o ato de seguir as indicações, dos sujeitos a que se destinaria um tal *pro-jeto*? (*Idem* p. 249).

Apostar no sujeito através das transferências estabelecidas com os profissionais de saúde, considerando a presença de ao menos um analista (como já mencionamos na introdução deste trabalho) para manejá-las junto aos profissionais, sejam eles com formações específicas em psicanálise ou não, permite que não caiamos com tanta facilidade – ainda que permaneçamos com inúmeros riscos – no restrito controle dos corpos, como nos adverte Michel Foucault ao falar do *biopoder* e suas relações com a saúde pública.

(...) essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta ofato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (FOUCAULT 2008, p. 3)¹⁵.

Em relação ao *biopoder* apresentado por Foucault, deixamos claro que ele se refere à impossibilidade de pensarmos um saber advindo do campo da biologia sem que este saber esteja intrinsecamente articulado com o campo histórico e político no qual ele emergiu. Neste sentido, não há o *bios* e o poder compreendidos separadamente, de modo que haja uma bricolagem entre estes dois significantes, que assim não são formados a partir de uma espécie de cola entre duas palavras mas pela criação de uma palavra nova que compreende um campo de poder sobre a vida na constituição mesmo de um saber sobre ela. Há uma produção de saber-poder sobre a vida e sua regulação,

¹⁵ No Brasil encontramos esta passagem em um compilado de suas aulas chamado *Segurança, Território, População*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins fontes, 2008.

algo que produz discursos sobre aquilo que compreendemos como a noção de saúde e doença assim como o fundamento das técnicas para a manutenção do corpo.

Vladimir Safatle em seu livro *O circuito dos afetos. Corpos Políticos desamparo e o fim do indivíduo* (2016 p.284) ao analisar a afirmação de Michel Foucault onde ele diz que, mais do que o direito, é a vida que se tornou o objeto das lutas políticas, revela que:

Essa frase de Michel Foucault evidencia a cristalização de uma importante mutação na compreensão das estruturas de poder operada nas últimas décadas. Expressa a consciência de como as discussões a respeito dos mecanismos de ‘administração dos corpos e de gestão calculista da vida’ passaram a ocupar o cerne dos embates em torno dos efeitos da sujeição social (...). Assim desde que Foucault usou sistematicamente termos como ‘biopoder’ e ‘biopolítica’, ficamos ainda mais sensíveis à maneira como discursos disciplinares sobre a sexualidade, as disposições corporais, a saúde e a doença, a experiência do envelhecimento e do autocontrole estabelecem as normatividades que produzem a ideia social de uma vida possível de ser vivida.

Neste sentido, os diferentes modos de tratamento do uso de drogas, seja pelos métodos mais conservadores pautados na abstinência, seja pelas propostas consideradas mais progressistas (com baixo limiar de exigência, como alguns se referem), como é o caso das estratégias de Redução de Danos, possuem o ponto comum – ainda que seus objetivos sejam distintos no que se refere as apostas feitas e também o respeito as decisões de cada sujeito em tratamento – de que em ambos os métodos vislumbram-se algum autocontrole do sujeito a partir de saberes *a priori* sobre o cuidado do de si e a noção de saúde. Como clínicos inseridos no campo da atenção psicossocial e na operacionalização das estratégias de redução de danos, não desconsideramos os saberes que descrevem o processo de adoecimento e da noção de saúde e suas tecnologias de gestão, contudo, apesar de sermos também capturados por tais noções e tecnologias reconhecendo suas importâncias no discurso institucional para manutenção da vida, tentamos nos colocar numa posição de *extimidade*. Com isto queremos dizer que nos colocamos num dentro-fora deste discurso que permeia as instituições e tecnologias de saúde apostando que o próprio sujeito possa inventar, ao seu modo, suas próprias noções de saúde e adoecimento além de seus métodos de cuidado de si, algo que pode acontecer caso apostemos com ele e não por ele, mas não sem considerarmos também o nosso mandato de manutenção da vida sustentado pelos saberes profissionais. Posição bastante delicada de se sustentar em relação aos demais componentes das equipes de saúde que muitas vezes nos deparamos e que conosco trabalham.

Em nosso percurso de trabalho tanto no Brasil quanto em Portugal, dificilmente encontramos profissionais que consideram que o uso de drogas ilícitas poderia trazer algum tipo de “bem” a vida, contudo, ao resgatarmos aquilo que muitos sujeitos nos disseram ao longo dos anos e ainda nos dizem, o uso de drogas ilícitas podem sim trazer inúmeros benefícios a vida, algo que não se resume aos seus efeitos específicos no corpo ou nos neurotransmissores mas algo que está além disto. Os profissionais de um modo geral, mesmo os profissionais teoricamente habilitados para um trabalho com este público, esbarram constantemente nas marcas morais inscritas sobre a nossa cultura e sustentadas pelos saberes sobre o impacto dos danos das drogas nas vidas das pessoas. Mesmo os profissionais que trabalham com a perspectiva da Redução de Danos não permanecem fora dos efeitos desse caldo cultural moralizante e isto não é à toa pois só foi possível pensarmos em instituímos políticas públicas orientadas pela redução de danos a partir de situações de emergências com as infecções sexualmente transmissíveis; antes disso os usuários que não interrompiam seus usos de drogas permaneciam à margem dos cuidados.

Numa certa cronologia histórica, ainda que esta linha do tempo seja proposta com continuidades e rupturas diante das ações destinadas aos usuários de drogas, iremos destacar três momentos destas construções a partir da política de drogas no setor da saúde destinada aos usuários: primeiramente tínhamos exclusivamente o encarceramento manicomial dos loucos e dos usuários de drogas paralelamente às salas de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos cujo único objetivo era a manutenção da abstinência do uso de drogas. Seguindo uma linha do tempo, na sequência tivemos o surgimento das ações de trocas de seringas como primeira estratégia de Redução de Danos diante das epidemias da AIDS e das hepatites virais, para num terceiro momento elaborarmos estratégias de Redução de Danos atravessadas por uma direção mais psicossocial e que buscasse o estatuto de cidadão aos que até então permaneciam alijados do convívio da cidade e/ou que não podiam acessar o sistema de saúde para obtenção de cuidados mínimos para as suas condições de vida. Foi a partir deste terceiro momento histórico que os psicanalistas (e o próprio Antônio Lancetti se reconhecia como um) puderam apresentar suas contribuições de modo mais contundente na atenção psicossocial aos usuários de drogas. Podemos afirmar que o corpo que está em questão não é nem do corpo da medicina e nem do corpo objetado das leis que o incluem como cidadão. Há um corpo-sujeito em jogo que precisa ser escutado a cada vez que nos oferecemos a tratá-lo. A atenção psicossocial brasileira

ampliou não só o modo como compreendemos a loucura e o uso abusivo de drogas mas também permitiu elaborarmos novos modos de apreensão a partir das contribuições da psicanálise.

O corpo humano não se reduz ao corpo físico ou biológico, sendo, desde sempre, marcado pela linguagem, pelo desejo do Outro. Se a imagem do corpo é a nossa única consistência, o real da pulsão fura essa imagem e ele só se torna ser pelas palavras que recortam e fragmentam seu gozo. Ao ser recortado pelo significante, algo do gozo é sacrificado, permanecendo enigmático e inevitavelmente estranho (RINALDI 2014, p. 17).

Portanto, a partir deste modo de apreendermos o corpo, é neste ponto de enigma e de perda de gozo, e a partir dos recortes significantes que, em algumas ocasiões, um sujeito pode tentar dar conta do seu mal-estar (de sua angústia propriamente dita, e que se manifesta neste corpo) através do recurso do uso de drogas. Algo que pode lhe provocar uma direção mortífera, uma linha de abolição deste aparelho de satisfação que é o seu próprio corpo.

Precisamos colocar em destaque que abordamos as estratégias de Redução de Danos no campo da psicanálise de modo distinto das abordagens que vislumbram uma espécie de “reeducação dos prazeres do corpo”. Não queremos ensinar aos sujeitos outros modos mais seguros de se utilizar drogas (ainda que por vezes isto seja necessário quando identificamos, nas cenas de uso de drogas, riscos graves no modo de utilização por parte dos indivíduos) através de uma “pedagogia do uso de drogas”, pois há outros profissionais dispostos a realizar esta tarefa. Em relação a tarefa de educar, sempre nos soou estranho a expressão “educador de pares” tanto utilizada pelos profissionais portugueses já que:

A educação é consequência dos efeitos da castração sobre o controle da energia pulsional, isto é, sobre os corpos. Tomada como limite, a castração dará a unidade ao sujeito, ainda que imaginária, uma vez que ao sujeito sempre falta algo.

Vou repetir aqui a máxima freudiana de que educar, governar e psicanalisar são profissões impossíveis. Não por que não se possa e deva exercê-las, tampouco por que uma subsuma(*Aufhebung*) a outra, mas porque cada uma delas deve lidar com a castração. Sendo a psicanálise um dos produtos mais sofisticados da cultura, ela o é, sobretudo, porque possibilita aos sujeitos o aumento de seu limiar de tolerância para a frustração sem recorrer à descarga imediata, já que coloca nesse lugar o pensamento, a elaboração, a ligação da carga energética às palavras. Quando se analisa, e não se sintetiza, estamos diante de um saber fazer com o real do trauma que nenhuma outra técnica psicológica possibilita (MANSO 2015, p.97).

Ainda que o trabalho da Redução de Danos aliado à clínica psicanalítica não se refira a condução de uma análise propriamente dita, concordamos com Rita Manso em

seu texto *Algumas considerações sobre educação, ciência e capitalismo: o que pode a psicanálise?* justamente no ponto onde ela se refere ao saber fazer com o real do trauma que todo sujeito tocado pela psicanálise é convidado a inventar. O gozo mortífero que o sujeito se lança com as drogas e sua posição diante deste gozo é exatamente aquilo que nos interessa em nosso trabalho, algo que está além de seus comportamentos adictos que idealmente necessitariam de uma reeducação ou condicionamento.

2.2 As estratégias de Redução de Danos no Brasil após a lei da Reforma Psiquiátrica e os seus desafios atuais

A experiência de Santos apontou de modo pioneiro o que mais tarde seria um avanço importante na política de redução de danos: sua inclusão na Coordenação Nacional de Saúde Mental, na atenção psicossocial, ganhando força a partir da Lei 10.216, Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deixando de ser uma estratégia apenas de prevenção de epidemia da AIDS vinculada ao setor responsável pelo controle das “DSTs” (nomenclatura anteriormente utilizada para se referir as IST’s, infecções sexualmente transmissíveis) do Ministério da Saúde. Como dissemos anteriormente, a participação dos psicanalistas neste momento foi fundamental para a invenção de novas apostas e perspectivas de avanços.

Através das portarias do Ministério da Saúde de número 816 de 30 de abril de 2002 e 1.028 de 01 de julho de 2005, além das coordenadas estabelecidas desde 2003 pelo próprio Ministério e que incluía a Redução de Danos como orientadora das ações dos Centros de Atenção Psicossocial, ficou instituída a metodologia de trabalho da Redução de Danos como eixo principal em todas as ações destinadas ao cuidado de sujeitos que fazem uso abusivo de drogas¹⁶.

A oferta de redutores de danos e profissionais orientados pela atenção psicossocial nas ruas e nas comunidades, ao longo dos anos, fez emergirem demandas que até então nos eram desconhecidas no campo da saúde mental e em relação às quais os CAPS, cada vez mais, precisavam (e ainda precisam) produzir um saber-fazer com cada uma delas (adolescentes usuários de crack, pessoas que escolheram a rua como

¹⁶ No ano de 2003 foi lançada a cartilha *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. O setor responsável pela publicação desta cartilha ainda era a Coordenação Nacional de DST e AIDS, contudo, seu conteúdo foi marcado por uma clara inclusão destas estratégias no âmbito da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

lugar de moradia, profissionais do sexo que trabalham nas ruas, cenas de uso nas comunidades, etc.). Demandas que só poderiam ser endereçadas a partir da oferta da nossa presença e nos atendimentos *in loco* nas ruas e não dentro da instituição – algo que ainda, podemos dizer, é exercido timidamente pela maioria dos serviços de atenção psicossocial responsáveis pela atenção às drogas, sejam os próprios CAPS ou os serviços específicos da Atenção Básica como a Estratégia de Saúde da Família que são considerados como serviços localizados no terreno da atenção psicossocial brasileiro.

Em meio a este processo histórico que estamos traçando, é impossível não citarmos as consequências da expansão do fenômeno do uso de crack em todo o Brasil, desde meados dos anos 2000. Algo que teve repercussões diretas no modo como a redução de danos pode se estruturar nos últimos quase quinze anos, e que teve consequências, principalmente, na produção de um “pânico moral” dos governantes em torno de um discurso sobre a letalidade desta droga sem que obtivéssemos estudos rigorosos sobre isso.

Para avançarmos, recordemos que desde os anos 90, o uso de crack esteve circunscritos aos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia e que só a partir de meados dos anos 2000 outros estados passaram a ter que lidar com o uso desta substância, que nada mais é que um modo precário de se produzir a cocaína e vendido com baixo custo para os consumidores de drogas – e que por isto é muitas vezes utilizado por grupos de baixo poder aquisitivo e/ou em situação de rua.

Para falarmos deste “pânico moral” em torno do uso de crack neste período, citaremos brevemente aqui o criminólogo crítico sul africano chamado Stanley Cohen que em seu livro *Folk devils and moral panics* (1972/1987) já falava de pânico nas cidades através do conceito desenvolvido por ele do *pânico moral*. Em seu livro, ele utilizou o fenômeno do uso de drogas veiculado pelos meios de comunicação e suas consequências na opinião pública e a tomada de medidas emergenciais pelos governos, algo semelhante ao que aconteceu nos últimos anos em relação ao crack no Brasil, que obedece a interesses políticos e que se refere às regiões onde os seus usuários se instalam nas cidades (regiões pautadas pelo interesse imobiliário e com projetos urbanísticos milionários, como a região do centro de São Paulo, por exemplo).

O que Cohen destaca em sua obra é como, através de um sistema discursivo produzido pela grande mídia e pulverizado nas populações, grupos de interesse

constroem os *folk devils*, os bodes expiatórios, na cidade – em que geralmente incluem-se os grupos compostos por pessoas psicossocialmente vulneráveis – e como, a partir do lugar de uma suposta ameaça aos supostos habitantes da *pólis* (os popularmente conhecidos como “cidadãos de bem”, contribuintes de um sistema de impostos estabelecidos), medidas de higienização são tomadas. A história do uso de drogas durante o século XX é marcada por este tipo de artifício dos governos que, muitas vezes, forjaram estudos pseudocientíficos para autorizar suas intervenções higienistas em diferentes territórios e contra determinados grupos. Podemos citar como exemplo as ações de Harry Anslinger, também conhecido como czar antidrogas dos Estados Unidos, que após o fim da *Lei Seca* americana (quando o uso de álcool voltou a ser comercializado normalmente após 10 anos de sua proibição), nos anos 30 do século passado, desde o seu lugar na Casa Branca em Washington, investiu fortemente em propagandas confeccionando uma espécie de *Frankenstein* relacionando os usuários de maconha do país ao inimigo interno, em sua maioria negros e imigrantes mexicanos (BURGIERMAN 2011, p.64).

Não se sabem os motivos exatos, mas especula-se que a expansão do uso de crack em todo o território nacional relaciona-se às negociações internas entre as facções do tráfico de drogas. O que verificamos neste momento é um pânico generalizado traduzido em diferentes campanhas municipais, estaduais e federais sobre o uso desta droga assim como nas propagandas da televisão, jornais e telejornais. O discurso principal veiculado era a do crack como uma droga mortal de que basta uma primeira e única utilização para que o usuário ficasse dependente, algo que não verificamos na prática clínica e tampouco nas pesquisas realizadas, como a pesquisa da FIOCRUZ cujo título é *O perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*¹⁷ realizada entre o final de 2011 e junho de 2013, com seus resultados divulgados ao final deste mesmo ano¹⁸.

¹⁷ Todas as etapas dessa pesquisa foram coordenadas pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob o número CAEE 0073.0.031.000-11, e também pelos diversos Comitês de Ética dos Municípios/Estados participantes, quando assim o foi exigido. A amostra desse inquérito domiciliar e a análise dos dados foram realizadas, em conjunto, pelos pesquisadores da FIOCRUZ e pelos professores Matthew Salganik e Dennis Feehan, do Escritório de Estudos Populacionais da Universidade de Princeton, nos Estados Unidos da América” (trecho extraído da própria pesquisa).

¹⁸ Segundo uma das profissionais envolvidas na pesquisa, esperava-se um impacto ainda maior de seus resultados mas por razões desconhecidas, seus resultados permaneceram com pouca circulação na sociedade brasileira.

Apesar de inúmeras medidas descabidas, principalmente pelos governos municipais diante do uso da droga (recolhimentos das ruas e internações forçadas, discussões sobre o armamento das guardas-municipais, etc.), foi só a partir deste fenômeno social que o governo federal passou a olhar para os usuários de drogas com maior interesse, o que gerou também novas propostas de investimentos federais a serem repassados para os municípios. Poderíamos arriscar dizer que em certa medida, nos foi possível utilizar o pânico moral em nosso favor promovendo a ampliação da rede de atenção psicossocial em muitos municípios (expansão dos serviços de Consultórios na Rua, invenção de Casas de Acolhimento Transitório¹⁹/ Unidades de Acolhimento, etc.)

Neste sentido, destacamos o Decreto nº 7.179 de 2010, instituindo o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. Já no ano 2011 tivemos o Programa *Crack, é possível vencer* com uma direção de trabalho gerida pela Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD) em que se previa a integração de ações em três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade. Foi em meio a estes novos planos de ação a partir do “pânico moral” em torno do crack que se expandiram as propostas da rede de atenção psicossocial que incluiu, também, os dispositivos da Atenção Básica em saúde como (tecnicamente) protagonistas das ações.

Infelizmente, paralelamente a isso e a partir de uma conjuntura e de forças políticas que ainda precisarão ser mapeadas (dentre elas o interesse de algumas instituições religiosas destinadas ao confinamento dos usuários de drogas, as comunidades terapêuticas brasileiras²⁰), estes avanços no campo específico da saúde mental (mais especificamente no que se refere ao fortalecimento dos Centros de

¹⁹ O que atualmente são chamadas de Unidades de Acolhimento/ Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil. O nome Casa de Acolhimento Transitório foi o nome dado no momento que o governo federal lançou um edital a ser concorrido pelos municípios para a implantação deste dispositivo de acolhimento psicossocial no ano de 2010 e integrante atual da Rede de Atenção Psicossocial. Tal dispositivo foi inspirado na chamada Casa do Meio do Caminho (CMC) do município de Recife (PE).

²⁰ Decidimos chama-las de “comunidades terapêuticas brasileiras” ou de “comunidades terapêuticas religiosas” para diferenciarmos das comunidades terapêuticas originadas na Inglaterra nos anos 40 como alternativa ao manicômio cujo nome é dado por Main num trabalho junto a Bion quando se referiram as mudanças que realizaram em Monthfield Hospital em Birmingham (UK) numa aposta de uma assistência mais democrática. As comunidades terapêuticas brasileiras estão, em sua maioria, vinculadas a diferentes instituições religiosas e segundo o Conselho Federal de Psicologia, através de um estudo nacional em que verificou inúmeras infrações aos Direitos Humanos, posicionou-se, no ano de 2015, contrário aos seus funcionamentos entregando um documento intitulado “Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia” ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). (Pesquisa realizada em janeiro de 2018 - <http://site.cfp.org.br/cfp-se-manifesta-contrariamente-a-resolucao-que-regulamenta-funcionamento-de-comunidades-terapeuticas/>)

Atenção Psicossocial) declinaram enquanto táticas de ação se comparadas aos avanços da Reforma Psiquiátrica no início dos anos 2000.

Foram os CAPS os dispositivos instituídos como operacionalizadores dos cuidados e das estratégias de Redução de Danos nos territórios desde o seu surgimento como política pública através da portaria do Ministério da Saúde de número 336 de 2002.

Aos poucos, a partir do ano de 2011, através das portarias que se seguiram e de suas operacionalizações e propostas federais, se retiraram os CAPS da condição de os principais articuladores da Rede de Atenção Psicossocial e centro das ações da atenção psicossocial. Verificamos este fato através da portaria da Rede de Atenção Psicossocial (portaria de número 3.088 de 23 de dezembro de 2011), surpreendentemente festejada por atores importantes da própria Reforma Psiquiátrica, onde deslocou-se para os serviços de Atenção Básica em saúde, mais especificamente para a Estratégia de Saúde da Família (que até então esteve alijada do protagonismo da construção destas ações vinculadas ao tratamento dos usuários de drogas) as novas portas de entrada para o acesso ao tratamento na atenção psicossocial colocando os CAPS como meros dispositivos de suporte técnico “especializado” dentre os serviços existentes e não o motor desta rede já em constituição desde a fundação da lei 10.2016 de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica.

O CAPS, em seu princípio, não é um serviço de saúde mental entre outros, mas uma lógica territorial de atenção, o polo de encarnação no território de uma política e de uma lógica de cuidado articulado em rede. Não é, portanto, concebível que o CAPS não seja, ele próprio, uma instância em rede. Ele é como uma aranha que retira de seu próprio ventre os fios que tecem a teia em torno dele, e esta teia é uma rede viva. Se ele for tomado como um ponto dessa teia, entre outros, estaremos colocando uma cinta em torno de cada um, impedindo que eles formem teias e se tornem serviços especializados em casos graves, por exemplo. Ele assim não poderá mais expelir esses fios, formar sua teia-rede, e uma rede artificial, morta, de náilon, será jogada sobre vários pontos assim concebidos e entupidos, fazendo crer que existe uma rede. É isso que faz a RAPS, que define o CAPS como serviço especializado e faz entrecruzamento protocolar e artificioso de várias redes, a RUE, por exemplo, que se encarregaria das urgências e emergências (ELIA & NICODEMOS 2016, p. 373).

Além desta polêmica trazida pela portaria de 2011 que supostamente instituiu uma Rede de Atenção Psicossocial (que já vinha se estabelecendo desde o início da Reforma Psiquiátrica), encontramos também nesta portaria o reconhecimento das

Comunidades Terapêuticas²¹ (em sua maioria, orientadas por discursos religiosos) como ponto integrante desta mesma Rede de Atenção Psicossocial. Desde então, abriu-se um precedente para a existência delas como um recurso possível de se lançar mão para os nossos usuários, mesmo sabendo que a maioria possui práticas reconhecidamente contra os princípios dos direitos humanos, como afirmou o *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*²² produzido pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2011 ao realizar visitas técnicas em 68 unidades em diferentes estados do Brasil. De maneira categórica, a partir das práticas analisadas, podemos afirmar que a existência de Comunidades Terapêuticas em nossa rede de atenção psicossocial, ao modo como elas se constituíram em nosso país, está na contramão das estratégias de Redução de Danos e, portanto, não deveriam compor uma teia que supostamente é orientada pelas práticas de baixo limiar de exigência para o tratamento do uso abusivo de drogas.

Ainda sobre o reconhecimento e a responsabilização dos dispositivos de Atenção Básica em saúde como possíveis portas de entrada da Rede de Atenção Psicossocial, não podemos deixar de destacar que de fato tal proposta seria inovadora, pois aponta para a ampliação da rede de assistência, desde que houvesse reais possibilidades técnicas para o acolhimento desta população (o que foi oferecido de modo tímido e descontínuo pelo próprio Ministério da Saúde ao longo destes anos, como, por exemplo, o Programa Caminhos do Cuidado²³) e que trabalham, muitas vezes, sem as possíveis parcerias dos CAPS ou de modo pontual diante dos casos limites.

Para ilustrarmos o que afirmamos, trataremos como exemplo o caso de uma médica de um dispositivo da Estratégia de Saúde da Família de um município que não

²¹ Em sua grande maioria de caráter religioso.

²² Relatório disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=426

²³ O programa em questão, realizado a princípio nos anos de 2013 e 2014, teve como proposta a formação de agentes comunitários de saúde e técnicos e auxiliares de enfermagem da Atenção Básica em saúde, mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família de todo o Brasil. Apesar da proposta pioneira, verificamos na prática que as precárias condições de trabalho destes profissionais fizeram com que muitos nos anos subsequentes abandonassem seus postos em busca de outros empregos com remuneração mais interessantes ou em outros lugares, o que produziu uma renovação de recursos humanos desqualificados para a lida com o uso abusivo de drogas através das estratégias de Redução de Danos. Além disto, os profissionais que permaneceram contaram apenas com encontros pontuais com os tutores responsáveis pelas formações, o que dificilmente sustenta uma prática cotidiana de atenção que requer supervisão e suportes frequentes e contínuos. Também observamos a falta de preparo dos profissionais de nível superior que compõem a rede de atenção básica em saúde através dos relatos dos próprios agentes comunitários de saúde, o que muitas vezes impediu que estes profissionais se exercessem de modo potente diante das situações.

iremos identificar²⁴. Tal profissional negligenciou a aproximação e o atendimento de um paciente usuário intensivo de cocaína numa cena em que o agente comunitário de saúde insistia para que ela o examinasse. Por medo ou algum outro motivo que desconhecemos, ao longo de uma cena que durou algumas horas (e três idas a Estratégia de Saúde da Família junto do ACS), o paciente veio a óbito por overdose (destacamos também que a mesma médica recusou-se a ir até o morto para realizar o atestado de óbito). Diante de uma cena como esta, estaríamos menos na direção da Redução de Danos e mais numa direção onde produzimos os danos pela pressa em implantar novas políticas sem o suporte devido e pelo medo dos profissionais pouco qualificados para a lida com situações como esta.

No caso da médica em questão, seu juramento de Hipócrates *Primum non nocere, A princípio não causar danos*, que poderia servir como direção de trabalho mais próxima a Redução de Danos – já que se um profissional reconhece este princípio hipocrático e sabe dos engodos que existem destinados aos tratamentos dos usuários de drogas, uma escuta bem sucedida poderia cursar seu fluxo sem grandes estragos com propostas de cuidado interessantes,—, foi absolutamente ignorado em nome da recusa de acolhimento de um usuário de drogas que insistia em ser escutado e tratado.

Como já não bastassem todos os impasses que vivenciamos na implantação e operacionalização das políticas de drogas do Ministério da Saúde orientadas pela Redução de Danos que descrevemos aqui, a partir do ano de 2016, ano do *Impeachment* da presidenta da república – também reconhecido como Golpe jurídico-parlamentar²⁵ por parte da população brasileira –, um cenário crescente e cada vez

²⁴ O testemunho desta situação foi realizado por uma tutora responsável pela formação em redução de danos de agentes comunitários de saúde, tal relato foi endereçado a mim na ocasião que cumpria a função de orientador neste programa de formação.

²⁵ Para sustentarmos a ideia de golpe, recorremos a Michael Löwy, filósofo e sociólogo do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), em seu artigo *Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil*, nos diz: “Vamos dar nome os bois. O que aconteceu no Brasil, com a destituição da presidente eleita Dilma Rousseff, foi um golpe de Estado. Golpe de Estado pseudolegal, “constitucional”, “institucional”, parlamentar ou o que se preferir, mas golpe de Estado. Parlamentares – deputados e senadores – profundamente envolvidos em casos de corrupção (fala-se em 60%) instituíram um processo de destituição contra a presidente pretextando irregularidades contábeis, “pedaladas fiscais”, para cobrir déficits nas contas públicas – uma prática corriqueira em todos os governos anteriores! (...)O que a tragédia de 1964 e a farsa de 2016 têm em comum é o ódio à democracia. Os dois episódios revelam o profundo desprezo que as classes dominantes brasileiras têm pela democracia e pela vontade popular” (2016, pp. 65-66). Já Ruy Fausto, doutor em Filosofia pela Universidade de Paris I e professor da USP, em seu artigo *Depois do Temporal*, em relação ao regime democrático no qual no encontramos atualmente afirma: “A vitória da extrema direita no Brasil se inscreve num movimento mundial de forças

mais desfavorável ao diálogo e de propostas promotoras de verdadeiros cuidados no campo da atenção psicossocial.

Em 1964, grandes manifestações “da família com Deus pela liberdade prepararam o terreno para o golpe contra o presidente João Goulart; hoje, multidões “patrióticas” influenciadas pela imprensa submissa se mobilizaram para exigir a destituição de Dilma, em alguns casos chegando a pedir o retorno dos militares...Formadas essencialmente por brancos (os brasileiros são em maioria negros ou mestiços) de classe média, essas multidões foram convencidas pela mídia de que, nesse caso, o que está em jogo é o “combate a corrupção”.

O que a tragédia de 1964 e a farsa de 2016 têm em comum é o ódio À democracia. Os dois episódios revelam o profundo desprezo que as classes dominantes brasileiras têm pela democracia e pela vontade popular (LÖWY 2016, p.66).

Classe dominante esta composta por latifundiários, religiosos e os donos dos oligopólios urbanos orquestraram a situação atual na qual nos encontramos e de grande ameaça as conquistas democráticas das últimas décadas, como o Sistema único de Saúde por exemplo. Em relação ao campo da atenção psicossocial com usuários de drogas, notamos o reaparecimento da voz manicomial da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o perigoso e crescente movimento pentecostal e neopentecostal interessado “no cuidado” desta população (no dinheiro oriundo das famílias e no incentivo do Estado neste tipo de modalidade de tratamento).

No Brasil, notamos uma crescente ocupação de cargos políticos por membros de diferentes religiões (mais especificamente por pastores pentecostais/neopentecostais) e o ressurgimento com maior potência de novas ações e propostas de internações em instituições religiosas/ comunidades terapêuticas. Há uma transformação dos dispositivos de tratamento em dispositivos de conversão da fé, numa tentativa de obtenção de mais fiéis. O púlpito é substituído por diferentes tipos de instituições que não apenas a tradicional igreja na tentativa de uma flexibilização do acolhimento de novos fiéis(incluindo aí os dispositivos de tratamento do sofrimento psíquico, neste caso, as Comunidades Terapêuticas religiosas), como nos diz a antropóloga Christina Vital da Cunha em seu livro *Oração de Traficante* (2015).

Foram introduzidas grandes inovações tais como o abandono do sectarismo, do ascetismo intramundano, da “velha mensagem da cruz” que pregava o necessário sofrimento do cristão na terrapara o posterior alcance das vida no paraíso. “Propuseram novos ritos, crenças e práticas, relaxaram costumes e

antiemancipatórias. Seu segredo não é a liquidação direta e imediata da democracia, mas sua ocupação. O bloqueio da alternância é sua pedra filosofal” (2019, p. 155).

comportamentos e estabeleceram inusitadas formas de se relacionar com a sociedade” (Mariano, 1999, p.8). É comum também observar pessoas dirigindo-se a “cultos para cantar e dançar ao som de bandas evangélicas de rock, *funk*, samba, lambada, axé music, etc., imitando coreografias usuais em danceterias e *shows* profanos (Mariano, 1999, p.7). Opõem-se às religiões de matriz africana, estimulam a expressividade emocional nos cultos, utilizam meios de comunicação de massa, enfatizam rituais de cura e exorcismo e buscam participar ativamente da vida política.

A “batalha espiritual” contra o Mal – que assume variadas formas sociais e religiosas – é um foco importante da ação de lideranças e fiéis evangélicos na contemporaneidade e se baseia na Teologia do Domínio. A ênfase é , pois, numa cosmologia acentuadamente dualista fundamentada na crença de que, na atualidade, vivemos e participamos de uma empedernida guerra cósmica entre Deus e Diabo pelo domínio da humanidade (CUNHA 2015, pp. 252-253).

Neste ponto de nossa discussão, precisamos considerar o projeto pentecostal/neopentecostal de ocupação dos espaços políticos realizados por inúmeras igrejas existentes no Brasil, fenômeno que observamos desde o Congresso Nacional, através dos parlamentares vinculados a determinadas religiões e que sustentam suas posições baseando-se na moral religiosa, até os discursos e metodologias do campo *psi*. Como exemplo, observamos no ano de 2017 a retomada das discussões em relação à “cura gay” a partir da decisão liminar do juiz federal Waldemar Claudio de Carvalho e da tramitação do projeto de lei de número 4931 de 2016, ambas as situações sustentadas por conservadores vinculados a igrejas.

O tratamento das drogas através das supostas Comunidades Terapêuticas assim como as propostas que se referem ao tratamento das orientações sexuais possuem pontos comuns já que ambas vinculam-se ao discurso moral religioso pentecostal e neopentecostal. Há um engodo presente neste discurso que busca tratar o intratável e homogeneizar os modos de gozo como se fosse possível todos gozarem do mesmo modo. Aliás, o totalitarismo não seria justamente isto? O não reconhecimento das múltiplas modalidades de gozo presentes no laço social e a extirpação das diferenças, sua segregação. A escolha de um gozo com a droga e a escolha objetual pelo mesmo sexo diz respeito às marcas presentes na vida de cada sujeito a partir de seus percursos de vida. A única coisa que podemos tratar é aquilo que emerge como sofrimento do sujeito e que nos é endereçado como demanda, sem desconsiderar a dimensão do desejo. Propor de antemão objetivos específicos para os tratamentos (o alcance da abstinência das drogas ou mesmo uma escolha objetual heterossexual) impede que o

sujeito trace o seu próprio caminho pelas vias do desejo e o fixa na própria demanda. Um equívoco clínico de saída.

Entretanto, sabemos bem das quantias milionárias que se montam ao redor desta fabricação de demandas insustentáveis e do parque manicomial a ser construído para atendê-las. Neste sentido, precisamos de cautela para não incluirmos nesta cúpula da religião com o sistema financeiro todas as ramificações religiosas existentes em nossa cultura brasileira, ponto sobre o qual iremos discorrer adiante ao falar do discurso religioso presente nos territórios de vidas de muitos sujeitos com os quais trabalhamos. O que queremos evidenciar aqui é que na atualidade política do Brasil, experimentamos ataques diretos às nossas propostas no campo da atenção psicossocial através da junção do discurso religioso com o discurso psiquiátrico, união chancelada, muitas vezes vezes, pelo discurso jurídico autorizando o retorno de práticas que vínhamos combatendo desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como ilustração deste cenário, temos um documento do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) que data do dia 19 de dezembro de 2017 onde se sugere claramente a alteração de documentos anteriores da política de drogas em que consta as propostas de Redução de Danos, desconsidera as produções científicas realizadas no campo da atenção psicossocial e valida o incentivo a internação em unidades hospitalares em detrimento as ações territoriais. Nesta mesma direção, surge um documento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que incentiva financeiramente o aumento das internações no campo da saúde mental com a ampliação dos leitos e o valor das diárias, propostas que não são sem o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria que desconsidera todas as outras entidades participantes da construção profissional e institucional da Reforma Psiquiátrica. Além disso, sugere-se também a ampliação das comunidades terapêuticas e propõe a construção de novas modalidades de CAPS –o CAPS IV, descrito como um dispositivo próximo as cenas de uso de drogas, e que nada mais é do que uma unidade de internação plantada no local do uso, é disfarçado pelo modo redundante como aparece no documento, já que temos clareza das funções dos CAPS previstas pelas portarias do Ministério da Saúde. Tais propostas ganham força discursivamente em nome do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, o que acaba, de algum modo, afirmando que anteriormente não havia propostas e ações potentes já existentes.

O que observamos nos últimos anos – de modo geral e sem nos determos em algumas experiências pontuais de sucesso – é um verdadeiro desastre que tem como

efeitos a produção de desassistência e, muitas vezes, uma nova drogadição dos usuários de drogas através da medicalização de seus sofrimentos e internações iatrogênicas. O aumento do uso de ansiolítico nas comunidades onde trabalhamos com a Equipe de Redução de Danos é algo notório através das falas dos próprios redutores de danos que, muitas das vezes, também fazem uso de ansiolíticos prescritos pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família²⁶ nos dias de tiroteios na comunidade. Podemos dizer que a guerra às drogas produz seus danos diretos e indiretos principalmente quando soma-se a uma realidade institucional precária dos serviços de saúde existentes nestes territórios de conflito.

Porém, dando um passo atrás na história do Brasil, antes da chegada ao ponto no qual estamos hoje – anteriormente ao Impeachment/Golpe de 2016 (já citado anteriormente e com suas devidas considerações) –, podemos situar neste processo histórico um marco que localiza um novo retrocesso ao discurso que vinha se constituindo sobre a Redução de Danos. Não podemos afirmar que a causa deste desastre se resume a este fator, mas a partir do lançamento da portaria do Ministério da Saúde de número 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que “institui” a Rede de Atenção Psicossocial, identificamos um desmonte das ações específicas do campo da saúde mental articuladas pelos CAPS, o que inclui as ações de redução de danos, e um retorno ao paradigma médico-sanitário já vencido anteriormente em muitos territórios (e isto não foi sem a articulação dos CAPS e suas direções clínicas que transbordam o discurso médico). Desde os anos 2000 vínhamos construindo um novo modo de se pensar a Redução de Danos no Brasil considerando as conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica e toda a sua tecnologia de operacionalização através das supervisões clínico-institucionais e dos projetos terapêuticos singulares. Com a afirmação de que a Atenção Básica em saúde teria uma equivalência no que diz respeito ao fazer específico dos dispositivos de saúde mental, em nossos cotidianos, percebemos uma banalização sobre o que é fazer redução de danos a partir dos dizeres de muitos profissionais dos serviços de Atenção Básica e mesmo do corpo técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Reduzir danos passou a ser

²⁶ No município de Niterói (RJ), o Programa Médico de Família substitui a Estratégia de Saúde da Família, o que não iremos problematizar neste momento mas ao mesmo tempo não podemos ignorar os seus efeitos já que a figura do médico é colocada como ponto central das ações. Notamos que este modelo encontra-se em transição há alguns anos mas ainda não perdeu as suas características de sua origem.

algo equivalente a minimizar os riscos à saúde do corpo, um retorno ao discurso médico-sanitário do qual já vínhamos nos livrando em nossas ações territoriais.

Os anos de 2011 e de 2012 foram decisivos para este retrocesso discursivo, para ilustrarmos iremos citar a mudança de nome do dispositivo Consultório **de** Rua para o nome de Consultório **na** Rua. Em um primeiro momento o Ministério da Saúde, na aposta de um maior alcance das estratégias de Redução de Danos, lançou um edital pela Coordenação Nacional de Saúde Mental implantando os Consultórios **de** Rua por todo território brasileiro²⁷. Estes deveriam se incluir nos cuidados das populações²⁸ em situação de rua (principalmente crianças, adolescentes e jovens adultos) com agravosa saúde em decorrência do uso abusivo de drogas, ações que deveriam também acontecer de maneira conjunta as ações já existentes dos CAPS-ad. Contudo, em 2012, através de uma portaria do Ministério da Saúde (portaria de nº122 de 25 de janeiro), os Consultórios de Rua – dispositivos que encarnavam a potência das ações de Redução de Danos no campo da saúde mental – passaram a ser alocados na gestão do Departamento de Atenção Básica em Saúde do Ministério da Saúde mudando seus nomes, então, para Consultórios **na** Rua. Aos poucos, os redutores de danos foram perdendo seu espaço de atuação sendo realocados neste dispositivo de saúde como meros coadjuvantes e não como um dos atores principais (e atualmente há inúmeros Consultórios na Rua sem a presença de redutores de danos, apenas agentes comunitários de saúde e agentes sociais de saúde). Além disto, a aproximação dos Consultórios de Rua dos CAPS-ad que permitiam a participação destes dispositivos nas supervisões clínico-institucionais, ou seja, inseria nas ações de redução de danos alguma dimensão clínica fundamental para que pudéssemos considerar não apenas o território sanitário e/ou de vida, mas também o território do sujeito e do inconsciente (quando estas supervisões eram realizadas por profissionais orientados pela psicanálise, o que no Brasil se tornou algo comum em alguns municípios brasileiros).

Para os que estão familiarizados com a estruturação dos equipamentos de saúde da Atenção Básica, o dispositivo de supervisão clínico-institucional é inexistente, o que nos faz desconfiar (ou mesmo afirmar) que seria possível algum tratamento que

²⁷ Dispositivos de saúde que incluíam em seu corpo técnico não somente as diretrizes da Redução de Danos, mas também um ator importante para a realização de suas ações: o redutor de danos.

²⁸ Falamos *populações* ao invés *população* em situação de rua por compreender que existem diferentes grupos que utilizam as ruas como local de moradia ou de permanência contínua tendo cada um deles suas especificidades (prostitutas, travestis, crianças, adolescentes, adultos, idosos, indivíduos com transtornos mentais, etc.).

considere aquilo que é específico de cada um que nos endereça alguma demanda (ou que mantemos alguma aproximação, mesmo sem uma demanda clara de cuidado que seja endereçada).

Mesmo assim, não deixamos de reconhecer a potência dos dispositivos de Atenção Básica em saúde a partir de sua capilaridade nos territórios de vida (muitas vezes territórios em constante conflito do tráfico com a polícia em nome da Guerra às Drogas) de cada sujeito, desde que estes trabalhos sejam realizados conjuntamente com os dispositivos CAPS, serviço regulador da rede de assistência como definido em 2002 a partir de sua portaria de fundação. Contudo, a Atenção Básica em saúde, na ausência de investimentos no campo da saúde mental para o surgimento de novos dispositivos CAPS nos municípios, inaugura o Núcleo de Apoio a Saúde da Família que funciona a partir da lógica de *matriciamento* ou *apoio matricial*, cunhado por Gastão Wagner em 1999, que nada mais é que o suporte técnico oferecido por profissionais especializados ao campo da atenção primária em saúde.

De modo equivocado, escutamos constantemente gestores de saúde e profissionais da Estratégia de Saúde da Família afirmando que na ausência de supervisão clínico-institucional como nos CAPS, os matriciamentos cumprem esta função, ledô engano. A supervisão clínico-territorial não se aproxima absolutamente de um saber-fazer especializado do campo da saúde mental, como se a função do supervisor e do matriciador pudessem se equivaler.

Pelo contrário, o supervisor de um CAPS (o que inclui em suas discussões as estratégias de redução de danos realizadas por este CAPS nos territórios ou conjuntamente com a Estratégia de Saúde da Família) sustenta um lugar de *desespecialização*²⁹ das ações permitindo a emergência de um saber inédito e que faz furo no emaranhado de saberes especialistas sobre um sujeito, este novo saber advém do sujeito do inconsciente e é por ele que iremos nos orientar em nossa direção de trabalho. Já o matriciador (ou aquele que oferece o apoio matricial) é aquele que já sabe o que fazer a partir de sua caixa de ferramentas técnica e por isto, conjuntamente a equipe de Atenção Básica, irá propor uma boa maneira de se fazer as coisas diante da ignorância daquele profissional que pouco sabe dos manejos do campo da saúde mental. O matriciador “especialista” faz uma dupla destituição neste ponto: destitui o

²⁹ A ideia de *desespecialização* existente nos Centros de Atenção Psicossocial foi retirada do texto Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS do psicanalista Luciano Elia (2015 p. 252).

sujeito a ser tratado assim como o saber do próprio matriciado que mesmo não sabendo nada das técnicas especializadas, muitas vezes, já possui um campo transferencial com o sujeito que se endereça a ele e que demanda o demanda ajuda. O supervisor privilegia as transferências que estão em jogo e o saber extraído a partir delas, que sempre é inédito, já o matriciador preocupa-se com a técnica que já se sabe. Obviamente que aqui falamos do lugar do psicanalista, já que há supervisões em alguns cantos deste país que se orientam por outras posições e se assemelham ao lugar do matriciador, o que por definição não faz cumprir a função da supervisão esperada por uma equipe de CAPS.

3.A CLÍNICA DO SUJEITO E O FENÔMENO TOXICÔMANO: ALGUNS IMPASSES CLÍNICO-TEÓRICOS

3.1 Desafios clínicos: entre o tratamento da toxicomania e o tratamento de sujeitos que realizam uso abusivo de drogas

Começaremos pelo ponto em que nos encontramos hoje na pesquisa clínica em psicanálise com os usuários de drogas e que se apresenta como um grande desafio aos analistas que se inserem no campo da atenção psicossocial: a importância da psicanálise na construção de operadores clínicos para o cuidado de sujeitos que fazem uso abusivo de drogas, principalmente no que concerne à potencialização das ações de Redução de Danos sem a fixação destes sujeitos em hipóteses classificatórias que mais se aproximam de uma psiquiatria contemporânea baseadas em comportamentos e fenômenos ou sugerem uma nova economia psíquica fora do campo da neurose e da psicose, como é o caso daqueles que sugerem a existência de sujeitos toxicômanos. Como veremos a seguir, é justamente por isso que utilizamos o termo “sujeito em uso abusivo de drogas” e não “sujeitos toxicômanos”, pois acreditamos que ainda hoje, considerando a maioria dos analistas que se dedicam ao tema, pouco sabemos a respeito desta clínica e há divergências importantes entre aqueles que teorizam esta clínica e traçam suas direções de tratamento.

Nas próprias palavras do psicanalista Jesus Santiago em seu livro *A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência*, sobre o uso do significante toxicomania:

É necessário admitir, em primeiro lugar, que esses fenômenos clínicos não constituem, propriamente, conceitos do campo freudiano. Postula-se, assim, que o termo toxicomania foi forjado pelo mestre, mestre que se personifica na figura do médico alienista do séc. XIX. Para a psicanálise esse termo tem um valor identificatório. Com efeito esse significante pode tornar-se, para certos sujeitos, objeto de uma escolha. Ser toxicômano consiste, então, num recurso diante do impasse de uma neurose ou, mesmo, de uma psicose. Esse aspecto identificatório manifesta-se, frequentemente, mediante o enunciado: “Sou toxicômano” (SANTIAGO 2001,p.185).

Que o sujeito chegue ao tratamento identificado com o significante “toxicômano” e diga que este é o seu ser, estamos de acordo. Contudo, o psicanalista não pode se fixar nos engodos do ser mas sim apostar em algo que vai na direção de

um sujeito, ainda que este se utilize de significantes para, muitas vezes, fundar um lugar para si no campo do Outro já que é num "entre significantes" que ele irá emergir. Se o psicanalista também identifica o sujeito ao "ser toxicômano", corre o risco de aprisioná-lo num engodo imaginário que pouco faz operar uma clínica.

Além disso, estamos em desacordo com este mesmo autor quando ele diz que "Enquanto efeito de discurso, a toxicomania consiste em mais uma das respostas do real, em momentos nos quais o Outro, com suas insígnias, não mais existe para orientar os rumos da vida" (SANTIAGO 2001 p.192). Como dissemos, não concordamos em identificar o uso abusivo de drogas ao termo "toxicomania" e também afirmara ausência do Outro, já que para muitos sujeitos, a partir do que experimentamos na clínica, o Outro é aquele que, muitas vezes, apresenta-se para o sujeito em suas múltiplas faces (não faltoso, com sua roupagem superegógica, oferecendo marcas identificatórias antigas em sua vida transgeracional, etc.) que podem levá-lo ao uso ou abuso de substâncias de modo frequente, intermitente ou pontualmente, em alguns momentos de suas vidas, diante do mal-estar. Portanto, seria impossível dizer "um sujeito toxicômano" tanto pela definição de sujeito em psicanálise quanto pelo ato de se intoxicar dos sujeitos.

Poderíamos enumerar outros pontos em desacordo com as qualidades atribuídas ao sujeito pelo autor como a recusa do sujeito em lançar mão de um gozo fálico ou mesmo de considerar que o significante "drogas" e o ato de intoxicação do corpo não possam se constituir como sintoma. Sobre este último ponto em desacordo, o autor afirma que: "Por outro lado, é a configuração artificial dessa montagem reparadora, inerente à toxicomania, que lhe dá a aparência de uma construção sintomática com características bastante próprias (SANTIGO 2001 p. 196).

Tanto a partir da escuta realizada por muitos de nós analistas aos sujeitos que fazem uso abusivo de drogas quanto pela experiência dos profissionais redutores de danos nos territórios, o uso de drogas, abusivo ou não, pode se referir a um endereçamento ao Outro, como um mediador do laço social, como função apaziguadora da invasão do Outro, etc. A experiência do uso de drogas não possui uma única causalidade e estes sujeitos, muito menos, apresentam-se com uma única lógica de funcionamento como se obedecessem a uma ordem nosológica da psiquiatria, ainda que haja especificidades psicossociais e clínicas entre os diferentes usuários e de acordo com as diferentes substâncias.

Eric Laurent, em seu texto *El objeto a como pivote de la experiencia analítica* (2008, pp.15-16), afirma que:

Existe também os tratamentos pelo objeto, por objetos de substituição. “Você é um dependente de heroína, vamos propor a Metadona ou o Subutex. Esta substituição é menos mortal, lhe dá acesso a um objeto legal, à direitos, a um status social”. É um modo de reescrever o sujeito separado de todo um discurso, num laço social. Deste modo, o terrível objeto cujo poder destrói todos os laços sociais permite paradoxalmente reunir o sujeito com o Outro. Este objeto é êxtimo ao sujeito, como consequência o inscreve de um certo modo no Outro³⁰.

Ainda que Laurent inclua as estratégias de Redução de Danos como aqueles que possibilitam a restituição do laço entre o sujeito e o Outro de modo mais interessante do que os tratamentos pautados pela abstinência como meta final, ele ainda sustenta – como fazem muitos psicanalistas que pertencem a Associação Mundial de Psicanálise (AMP) – que “o tratamento da adição, da toxicomania do sujeito, é um dos mais difíceis que existe” (*Ibidem* p.14).

Não há tratamento mais ou menos difícil quando estamos no campo da clínica psicanalítica pois é sempre de um sujeito que estamos falando em sua dimensão singular, com os significantes que o marcaram em sua relação com o Outro e a partir de seu lugar no campo do Outro. Cabe a nós inventarmos, diante de cada caso, as condições necessárias para que haja a instalação de um dispositivo de escuta que considere a transferência como motor do trabalho. Por este motivo, o consultório privado, nesta série de possibilidades de dispositivo, configura-se apenas como mais um lugar possível de escuta sem que haja qualquer privilégio deste lugar em relação aos demais (hospitais, CAPS, rua, serviços da Assistência Social, etc.).

É equívoco importante a oposição que muitos analistas formulam entre um fazer clínico com cada sujeito num dispositivo de atendimento *stricto sensu* (o consultório) e o trabalho no campo das políticas públicas. É certo que há especificidades em cada um destes campos e dispositivos clínicos (o consultório privado e o trabalho nos CAPS ou mesmo nas ruas), o que inclui o próprio modo como a demanda emerge e o psicanalista se oferece à escuta. O fazer clínico se exerce com todo seu rigor tanto nos espaços “tradicionais” de atendimento, como nos consultórios particulares, assim como nas instituições públicas e nos territórios de vida onde

³⁰ Tradução do próprio autor.

encontramos estes sujeitos em nossos itinerários de trabalho, sempre no um-a-um, mas não sem as consequências coletivas-institucionais deste trabalho.

Elia (2013, p.72) defende a ideia de que o dispositivo psicanalítico pode ser modificado em sua configuração (espacial temporal, a existência de outros sujeitos no espaço e no tempo), mas não apenas nela, e não na sua estrutura, que se traduz por suas exigências metodológicas (teórico-clínicas) e éticas, que implica tomar a palavra do sujeito em transferência como eixo principal da clínica (BARLETA 2016, p. 195).

Portanto, é o analista em seu desejo que servirá como mola mestra para fazer com que um dispositivo de escuta clínica se instale, esteja ele onde estiver e desde que ele sustente este seu lugar. Neste sentido, não existe sujeitos não tratáveis pelo dispositivo analítico mas sim resistências do próprio analista em sustentar o seu lugar de escuta. Não podemos nos esquecer que a resistência é sempre a do analista, como afirma Lacan ([1954-1955], 1997).

É possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional. Desde que haja analista, de um lado, e sujeito dividido, de outro. O analista não deve confundir seus critérios com critérios sociais. Assim, o elitismo é aqui demonstrado como *impossível* numa postura rigorosamente psicanalítica (ELIA 2000, p.28).

A partir da nossa experiência, ampliamos esta afirmação de Elia também às ruas e as comunidades onde exercemos o nosso fazer.

Freud, antes de Lacan, em *Linhas de progresso da terapia analítica* (cuja tradução correta e diretamente do alemão é *Caminhos da terapia psicanalítica*) já nos dizia que:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiram ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (...) Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 180).

Há uma clareza de Freud sobre o que estava por vir como desafio aos analistas, o que podemos incluir aqui uma clínica com usuários de drogas em instituições orientadas por políticas públicas. Além disso, ele deixa claro que mesmo neste contexto onde lidamos com sujeitos que demandam não apenas uma escuta mas também algumas garantias do Estado, estaremos lidando com a psicanálise em seu rigor – algo bastante aplicável aos sujeitos com os quais nos deparamos nos diferentes dispositivos de atenção psicossocial e que jamais nos demandariam qualquer coisa se nos encontrássemos em outros lugares da cidade, como em nossos consultórios privados, por exemplo.

Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material, à maneira do Imperador José. É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; (...) No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (*Ibidem*, p. 181).

Quando nos localizamos no campo da atenção psicossocial orientado pela Redução de Danos como estratégia de cuidado, não buscamos apenas os efeitos terapêuticos dos seus objetivos, buscamos algo que, apesar de se autorizar a partir deste lugar promotor de saúde escrito nas portarias de Redução de Danos, o nosso alvo não é a prevenção de doenças infecciosas (já que para isto há muitos profissionais dedicados) ou uma melhor maneira de se utilizar drogas, buscamos apostar num sujeito que só pode emergir a partir do nosso desejo de analista que destrincha os significantes e permite sua emergência possibilitando deslocamentos de sentido, um apaziguamento pulsional que de outro modo o levaria a uma direção mortífera com as drogas e um lugar mais interessante no campo do Outro. Sobre a nossa posição neste fazer institucional, Andrea Guerra afirma que:

Trata-se de operar com a psicanálise nos campos do mal-estar da civilização contemporânea. O principal efeito esperado por essa proposição é constituir a psicanálise como experiência original, levando a termo seus efeitos. Através dela também se diferencia a psicanálise da terapêutica.

Regido pela dimensão ética que, como vimos, condiciona o analista a não colocar sua pessoa em jogo na experiência analítica, mas antes sua falta a ser, um analista pode operar em qualquer circunstância em que sua presença for convocada, seja num hospital geral, seja num programa de controle de homicídios, seja num programa de liberdade assistida, seja numa intervenção

comunitária. A psicanálise se “estende” a diferentes contextos e “para todos”. Aliás, cabe uma pequena alteração gramatical aqui já que estamos a tratar da psicanálise: a psicanálise se aplica a cada um, a qualquer um que dela possa se utilizar (GUERRA, 2010, p. 97).

Sendo assim, a partir das considerações citadas acima de Lacan, Freud e Guerra, respectivamente, discordamos das afirmações promovem esta disjunção entre os campos clínico e o político. Para muitos usuários, o acesso à psicanálise só se faz possível quando nos autorizamos a trabalhar em meio a este emaranhado de mandatos políticos, sem nos confundirmos com eles mas também sem ignorá-los já que de uma certa maneira são eles que nos permitem trabalhar.

Em relação às diretrizes das estratégias de Redução de Danos, elas são de um certo modo um terreno fértil para partirmos em direção ao nosso fazer já que *a priori* não restringe as nossas ações através de metas, como fazem os lugares de tratamento orientados pelo objetivo da abstinência de drogas (lugar árido para que um analista trabalhe). A Redução de Danos enquanto estratégia de cuidados psicossociais é um terreno que oferece as condições mínimas para que um psicanalista opere o seu fazer.

Irene Greiser em seu livro *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica em os dispositivos jurídico-asistenciales* (2012 p.31), ao falar do trabalho psicanalítico com sujeitos considerados delinquentes em instituições públicas, afirma que o que está em jogo na psicanálise é a oferta de uma escuta que permita ao sujeito alguma responsabilização subjetiva pelo seus ditos e pelo gozo implícito nos atos – podendo ser aqui, no nosso caso, pelos atos repetitivos de uso abusivo de drogas.

Não há nada para curar sem o consentimento do sujeito. Por “cura” me refiro ao tratamento do gozo que pode oferecer um analista. Se isto tem efeitos de outro tipo, será por um de adição, de modo indireto, já que não se trata de uma terapia que tenha por objetivo limitado de que deixe de delinquir, ainda que em alguns casos isso possa ocorrer³¹.

Em relação ao tratamento do uso abusivo de drogas, poderíamos dizer o mesmo: o efeito dos tratamentos oferecidos neste atravessamento da psicanálise que perpassa as estratégias de Redução de Danos permite o acesso e alcança sujeitos que de outra maneira (através das imposições institucionais de alguns métodos que impõe a abstinência do uso de drogas como primeira condição para o início do tratamento) jamais poderiam se submeter a algum tipo de auxílio para aquilo que eles identificam como mortífero em suas vidas, seja algo nomeado como sendo os seus usos abusivo de

³¹ Tradução do próprio autor.

drogas ou não. Sujeito aqui como aquele inaugurado pela ciência, ou seja, trabalhamos com o mesmo sujeito suposto pela ciência, ainda que esta última o forçava em sua operação cartesiana. “A subversão própria à psicanálise, em relação ao sujeito que já estava colocado pela ciência desde o seu advento como ciência moderna, é ter criado as condições de operar com este sujeito” (ELIA 2010, p. 15).

3.2 A psicanálise, as estratégias de Redução de Danos e alguns impasses diante da noção de toxicomania

Desde o início dos anos 2000 traçamos algumas coordenadas clínicas através das discussões de casos de usuários de drogas que frequentam os CAPS-ad e outras instituições públicas, muitas vezes sob a luz de formulações teóricas pouco consistentes e que os nomeavam de toxicômanos. Porém, deparamo-nos hoje, a partir de um grande número de elementos clínicos recolhidos com muitos casos (e populações que até então não acessavam os dispositivos de saúde pública), com a insustentabilidade desta nomeação considerando que as devastações destes corpos dizem mais respeito às suas neuroses (ou às psicoses, dependendo do caso) e seus modos de gozo com o próprio corpo e menos uma economia de gozo específica com o objeto-droga.

Isto não significa que desconsideremos as propriedades tóxicas deste objeto. O próprio Freud aborda as especificidades da “intoxicação crônica” e cita sujeitos que utilizam a intoxicação para se livrarem de seus mal-estares ou do seu impasse sintomático. Contudo, isto não significa que verificamos em diferentes práticas clínicas orientadas pela psicanálise lacaniana a eleição por este objeto presente no campo da realidade como produtor do fenômeno de abolição do Outro e um gozo autístico, como assim o designam os autores que escrevem sobre as toxicomanias.

Para nós, psicanalistas orientados pelo ensino de Lacan, o que está em jogo será sempre o sujeito e o inconsciente enquanto estruturado como uma linguagem. Não há clínica de um “sujeito delinquente”, “sujeito cleptomaníaco”, “sujeito anoréxico” ou mesmo de um “sujeito toxicômano” pois um sujeito será justamente aquilo que emerge num ato de fala entre dois significantes. Neste sentido, delinquente, cleptomaníaco, anoréxico ou toxicômano só poderão ser apreendidos como fenômenos ou identidades que são efeitos de um percurso de um sujeito mas que jamais se confunde com ele, ou

seja, a qualidade de qualquer fenômeno não poderá dar conta da dimensão de cada sujeito, sendo este apenas contato um-a-um e tampouco a partir de um conjunto de iguais mas sim de significantes.

O sujeito é, portanto, sempre suposto. Não o encontramos na realidade, mas o supomos. Ou melhor, somos forçados a supô-lo a partir do momento em que reconhecemos a incidência do significante na experiência humana, esse átomo de simbólico que, por não ter em si mesmo significação alguma, convoca, no ser vivo, quando ele é falante (ou seja, quando é habitado pelo simbólico), a resposta que se chama sujeito. Somos forçados a supor o sujeito quando reconhecemos o significante porque na verdade é o significante (e não nós) quem supõe o sujeito. O sujeito é, pois, uma suposição do significante, que se impõe a nós (ELIA 2010, p. 70).

Portanto, não existe um sujeito toxicômano e sim um sujeito constituído por marcas singulares que tornam-se significantes (campo do Outro) e será a partir destes significantes que ele será suposto numa cadeia! Em psicanálise não trabalhamos com indivíduos (indivisos) mas sim com um sujeito dividido, “a ideia de uma unidade unificante sempre me deu a impressão de ser uma mentira escandalosa³²” (LACAN 1976, p. 202).

Tudo o que é linguagem é obtido desta alteridade, e é por esta razão que o sujeito é sempre uma coisa evanescente, que corre sob uma cadeia de significantes. Pois o que define um significante é o fato dele representar um sujeito não para um outro sujeito, mas para outro significante. Esta é a única definição possível do significante enquanto algo diferente do signo. O signo é algo que representa alguma coisa para alguém, mas para o significante é algo que representa um sujeito para outro significante (*Ibidem* p.206).

Já em relação ao objeto que se coloca em questão –e que nada tem a ver com o objeto-droga –, Lacan continua:

A questão do desejo está em que o sujeito evanescente anseia por reencontra-se através de algum encontro com esta coisa miraculosa definida pelo fantasma. O que o sustenta nesta busca é aquilo a que chamo de objeto perdido, de que falei no início – que é algo terrível para a imaginação. O que se produz e se mantém aqui – e que, em meu vocabulário, se chama objeto *a*, minúsculo, é muito familiar a todos os psicanalistas, já que a psicanálise se baseia na existência deste objeto peculiar. Mas a relação entre o sujeito obstado e o objeto (*a*) é a estrutura que sempre se encontra no fantasma que sustenta o desejo, na medida em que o desejo é tão-somente aqui o que chamei de metonímia de toda significação (*Ibidem* p.206).

³² Pesquisa realizada no [sitewww.lacanempdf.blogspot.com](http://www.lacanempdf.blogspot.com) no dia 23 de junho de 2019.

O analista sustenta um lugar diante um sujeito que nada tem a ver com uma relação dual, entre dois indivíduos, e muito menos interessa-se por um fazer em nome do “bem comum” daquele que o endereça alguma demanda.

O desejo se produz no para-além da demanda, na medida em que, ao articular a vida do sujeito com suas condições, ela desbasta ali a necessidade, mas também ele se cava em seu para-aquém, visto que, como demanda incondicional da presença e da ausência, ela evoca a falta-a-ser sob as três figuras do nada que constitui a base da demanda de amor, ódio que vem negar o ser do outro e do indizível daquilo que é ignorado em seu pleito. (...) Menos ainda que o nada que perpassa a ronda das significações que agitam os homens, ele é o rastro inscrito do transcurso e como que a marca do ferro do significante no ombro do sujeito que fala. É menos paixão pura do significado do que pura ação do significante, que para no momento em que o vivente, transformado em signo, a torna significante (LACAN 1958, pp. 635-636).

Portanto, não há nenhuma relação do sujeito com o objeto-droga a não ser através do campo do significante. A relação de um sujeito com o objeto-droga só poderá ser apreendido de maneira imaginária, como muitos psicanalistas o fazem, como suposto suturar a falta no campo do Outro. O objeto em questão para um sujeito está perdido e é causa do seu desejo e é com este objeto faltoso que um psicanalista irá operar na clínica.

Além disto, o passo a mais que Lacan nos oferece em sua releitura de Freud é justamente situar o falo como um dos significantes, ou melhor, como o significanteordenador deste campo para que a partir daí haja um sujeito que possa situar-se em relação ao seu desejo.

A grande virtude da leitura lacaniana é justamente aqui, a de situar o falo não como um órgão do corpo (o pênis como órgão material), não como um mero objeto imaginário (condição que o falo pode assumir, mas que não é sua condição primordial), nem mesmo como uma fantasia, mas como significante, como operador simbólico que permite ao sujeito situar-se quanto ao seu desejo, porque permite ao sujeito se fazerrepresentar em face daquilo que, enquanto tal, não tem representação no inconsciente: a diferença sexual, o sexo (ELIA 2010, p. 66).

Em relação ao falo, Diana Rabinovich (2005, p. 34) afirma que ele é o significante que designa o conjunto dos efeitos de significado, ele tem o privilégio de ser o significante que indica como a linguagem faz advir, permite o nascimento do desejo.

Verificamos que ao oferecer um espaço de fala para estes sujeitos (identificados equivocadamente como toxicômanos, já que não existe um sujeito dotado de qualidades sendo sempre ele suposto entre significantes) a partir da oferta da nossa presença e do

nosso desejo de psicanalista, rapidamente percebemos que o recurso tóxico utilizado pelo sujeito, em sua fala, desliza de modo que aos poucos nos aproximemos de suas encrencas em sua relação com o Outro. Em psicanálise, diferente das demais abordagens de atenção que oferecem alguma escuta aos sujeitos em situações de vulnerabilidade (muitas vezes nomeada de “escuta humanizada”), é da ordem do traumático que nos interessamos considerando que o encontro do vivente com o campo da linguagem sempre lhe traz algo de traumático lhe produzindo marcas.

O texto de Lacan que citamos anteriormente, proferido em Baltimore (Estados Unidos) em 1976, cujo título é *Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer*, aponta justamente a dimensão estrutural com a qual trabalhamos e que se constitui através de marcas oriundas de um Outro e que se constituem como significantes com os quais trabalharemos para a extração de um sujeito. É apenas nela e com ela (a estrutura) que iremos trabalhar sem que tenhamos algo a dizer sobre qualquer sujeito antes que ele possa nos endereçar sua fala. Deste modo, as nomeações dadas pelo Outro social nos interessará apenas como significantes que constituem uma série e será com eles (numa série de significantes) que iremos trabalhar sem cairmos na consistência imaginária de seus significados. Exemplo disto são os usuários do CAPS-ad que frequentemente chegam para os primeiros atendimentos nomeando a si próprio como “dependentes químicos”, “vagabundos”, etc a partir dos significantes oriundos deste Outro social que os marcou. A nossa operação é sempre a de menos descrever os fenômenos apreendidos para que com um diagnóstico fenomenológico/comportamental específico seja concluída a nossa tarefa e mais identificar de onde cada sujeito se representa em uma estrutura de linguagem em sua relação com o Outro (lugar do significante).

Deste modo, o diagnóstico que nos interessa está além dos fenômenos e comportamentos apresentados por ele mas sim de onde, numa estrutura, ele nos demanda algo. Será deste lugar de endereçamento e a partir da transferência que poderemos trabalhar e de onde iremos extrair um diagnóstico (estrutural), direção de trabalho e os trilhamentos de um sujeito.

Jesus Santiago, em seu livro *A droga do toxicômano* (op. cit., pp. 109-111), a partir de Freud, diz que a droga se apresentará como uma satisfação substitutiva, próprio à aceção clássica do sintoma freudiano, e por isso não deve ser concebida como uma solução estável e definitiva para o caráter insuportável do sintoma neurótico, ainda que adiante ele afirme que “(...) no ato toxicomaniaco, há, igualmente, essa estratégia de

prescindir do Outro sexo”. Mas seria isto possível para sujeitos neuróticos que utilizam a droga (mesmo que cronicamente) como recurso diante de seu mal-estar? Esta perguntanós a poderemos responder adiante quando abordarmos alguns casos clínicos.

Talvez, as duas últimas décadas e a aproximação dos psicanalistas de sujeitos que se encontram devastados pelas suas condições de vida, não apenas suas condições sociais de existência, que no entanto não podemos desconsiderar, permitiram que aos poucos pudéssemos traçar outros modos de leituras clínicas para este fenômeno do uso abusivo de drogas. Neste percurso histórico, a aproximação dos Consultórios de Rua aos CAPS-ad, somados às estratégias de Redução de Danos já em curso nestes serviços, permitiam uma reflexão clínica em articulação com esta política pública de modo que pudéssemos retirar novas consequências de nossas escutas e oferecermos novas contribuições, além desta que fixa sujeitos no nome de toxicômanos.

Foram nas duas últimas décadas, ao longo do processo de implantação dos serviços previstos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que muitos psicanalistas puderam se aproximar mais detidamente das discussões sobre a promoção do acesso ao cuidado inserindo-se nas equipes que se lançam nas regiões da cidade (nas cenas de uso propriamente ditas) que mesmo os CAPS com suas portas “abertas” não alcançavam, movimento este que permite desconstruirmos uma apreensão da psicanálise de uma prática “clínicista” descolada de um fazer político. A inserção de psicanalistas nas equipes técnicas dos CAPS e nas supervisões clínico-institucionais principalmente no momento em que houve uma aproximação dos debates sobre os Consultórios de Rua entre o ano de 2010 e 2011 quando começamos a nos deter cada vez mais sobre a população usuária de drogas que habitam as ruas das cidades. A aproximação de muitos psicanalistas orientados pelo ensino de Lacan às “cenas de uso de drogas” (expressão comum ao meio científico que desenvolve seus trabalhos sob as balizas da atenção psicossocial) fez com que a partir de experiências clínicas diversas, em inúmeros municípios brasileiros, permitiu afirmar que estes sujeitos, mesmo com usos importantes de drogas, através de seus percursos de vida apresentados em seus discursos, não resumem-se a sujeitos vítimas de um objeto tóxico que se acoplou às suas existências quase que como uma fusão sujeito e objeto-droga rompendo com o Outro sexo. Se este fenômeno aparece imediatamente em suas falas através da descrição de suas passagens ao ato, eles rapidamente saem de cena em seus discursos localizando um impasse de um sujeito com o Outro como sua problemática maior e que, a partir daí, fez com que o objeto-droga fosse utilizado

como recurso diante deste impasse. O que está em jogo no caso de sujeitos neuróticos é justamente esta dissimetria entre um sujeito e o Outro sexo onde não a relação sexual não é possível de se inscrever.

Nesta direção, os analistas, quando bem sucedidos, permitiram que as equipes pudessem se debruçar sobre o debate das problemáticas que envolvem a população em situação de rua em uso de drogas desconstruindo as leituras restritivamente sociais e que desconsideram a escolha do sujeito e seus modos de gozo, além de inserir uma dimensão Outra do corpo, ou seja, sua constituição na linguagem e que não se reduz a uma descrição restritivamente anatomopatológica e que requer intervenções protocolares da saúde (comuns aos serviços de Atenção Básica na prevenção de doenças e promoção da saúde). A escuta através da transferência, com todo o preço que se paga por aquele que se oferece a ela (o analista ou todo aquele que norteia sua prática por uma transferência com o discurso analítico, que não é igual à transferência apenas com a teoria psicanalítica), é o que produz uma diferença dos outros modos de intervenção comuns ao campo da Redução de Danos. A oferta e a troca de insumos, neste caso, nos serve mais como uma isca para promover uma aproximação do que uma ação terapêutica que se encerra em si mesma e que busca a promoção da saúde. O insumo principal que precisamos considerar numa primeira aproximação com estes sujeitos em seus territórios é a tomada da palavra por cada sujeito e seu endereçamento através de alguma transferência.

Após seis meses de experiência clínica e teórica em Portugal, país que possui uma política sobre drogas considerada modelo mundialmente e que tem a Redução de Danos como carro-chefe, afirmamos que as nossas ações brasileiras, ainda que cerceadas por diferentes obstáculos morais, de ordem criminal e com os constantes cortes orçamentários destinados ao Sistema Único de Saúde, ainda é um modo de se fazer Redução de Danos (pelo menos nos territórios em que vemos esta junção clínico-política acontecer de fato) mais interessante que os demais métodos que nos encontramos fora do nosso país, discussão que travaremos adiante, ao longo desta tese.

Na Redução de Danos, a troca ou a oferta de insumos menos danosos ao corpo, desde a oferta de seringas esterilizadas a cachimbos para o uso de crack (objetos inscritos a partir de saber médico sobre as infecções virais), não traduz aquilo que nos faz compreender e que diz respeito à nossa incidência sobre um corpo. O corpo na psicanálise, como já dissemos anteriormente, é constituído no campo do Outro – do significante – onde o que está em jogo não são apenas as infecções virais e

as “recaídas” do uso de drogas (como comumente nomeiam as retomadas do uso de drogas pelos usuários), já que este corpo apresenta-se como um lugar de gozo e é marcado pela extração de um objeto para que possa se constituir. A noção de objeto *a* é uma condição para que possamos pensar na constituição de um corpo e de sujeito que acontece a partir de uma operação dialética entre sujeito e o campo do Outro. Antes de considerarmos todos os objetos existentes no campo da realidade –e que possivelmente, a partir da nossa oferta, poderiam reduzir os danos causados pelo uso abusivo de drogas –, um psicanalista inserido numa instituição promotora de Redução de Danos precisa considerar, antes de mais nada, esta dimensão do objeto. Não há trabalho em psicanálise sem que consideremos o objeto *a*, objeto causa de desejo e, portanto, faltoso como já citamos. Sem esta noção seria impossível para a psicanálise lacaniana sustentar a noção de corpo, sujeito e desejo, como demonstra Lacan desde o Seminário livro 4, *A relação de objeto*, e o objeto *a* como apreendemos hoje a partir do Seminário livro 10, *A angústia* – ponto teórico que abordaremos adiante para falarmos da noção *passagem ao ato*, fenômeno crucial quando nos referimos a clínica com o uso abusivo de drogas.

Lacan em seu escrito *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*, sobre a dimensão da falta e sua relação com o sujeito enquanto aquilo que um significante representa para outro significante (já que só há cadeia significante se considerarmos esta dimensão de objeto perdido), revela que:

Quanto a nós, partiremos do que a sigla S (A) barrado articula, por ser antes de tudo um significante. Nossa definição do significante (não existe outra) é: um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante. Esse significante, portanto, será aquele para o qual todos os outros significantes representam o sujeito: ou seja, na falta desse significante, todos os demais não representariam nada. Já que nada é representado senão para algo.

Ora, estando a bateria dos significantes, tal como é, por isso mesmo completa, esse significante só pode ser um traço que se traça por seu círculo, sem poder ser incluído nele. Simbolizável pela inerência (-1) no conjunto dos significantes(LACAN 1960/1998 p. 833).

Podemos dizer que sem esta noção, permaneceríamos fígados pelo engodo imaginário de que se trata apenas de uma relação dual entre o profissional que promove a Redução de Danos e um indivíduo que decide a partir de seu querer continuar o seu uso de drogas ou fazê-lo de modo menos danoso para a sua saúde. Quando abordamos a noção de sujeito, quando apostamos nele neste trabalho, não

estamos no campo das relações duais/intersubjetivas. Ao apresentarmos o campo do Outro como território do significante, – o inconsciente lacaniano estruturado como uma linguagem –de onde extraímos um sujeito, consideramos que ao falarmos desta relação (entre um sujeito e o Outro) não estamos nos referindo a um campo que pressupõe apenas dois elementos desta estrutura em relação ou dois sujeitos em relação (como se fosse um sujeito e um outro sujeito). O campo da dialética com o qual trabalhamos pressupõe no mínimo quatro elementos básicos e distintos entre si: o objeto *a*, o sujeito, o falo e o Outro. Deste modo, a presença do analista convoca uma estrutura de operação que jamais poderia ser resumida numa relação entre duas pessoas que se encontram para trabalhar, o analista convoca a dimensão do Outro e um sujeito localizado numa estrutura clínica onde a pessoa do analista fica de fora.

O psicanalista será aquele que não desconsiderará os cuidados sociais e de saúde do corpo a partir das políticas psicossociais, mas introduzirá numa série de profissionais que trabalham a partir de transferência entre si e com um sujeito, um novo objeto, faltoso por excelência, e que por isto não é substituível, trocado, por outro menos danoso e que está no campo da realidade, como pressupõe as estratégias tradicionais de Redução de Danos – ainda que tenhamos que negociar com estes objetos para que consigamos, muitas vezes, alguma aproximação do sujeito: oferecendo preservativos, cachimbos, seringas, etc.

No texto *Redução de Danos e Psicanálise de orientação Lacaniana nas interações de usuários de drogas*, Paulo Vidal e Maycon Torres (2017 p. 59) apontam que:

(...) a RD esvazia o caráter imaginário criado na instituição ao trazer de fora a experiência que fura o ideal de cura. Entretanto, a RD afasta-se da psicanálise se considerada como criação de um novo ideal pelo uso regulado das drogas possível a todos.

O psicanalista introduz uma pequena diferença neste fazer redutor de danos através da noção de objeto perdido e de sujeito. Com esta pequena diferença, todo o resto desta prática reconfigura-se em seus efeitos.

Nas discussões em equipe, seja nos CAPS ad, nas equipes de Redução de Danos, nos Consultórios na/de Rua ou mesmo dentro de um hospital responsável pelo tratamento de usuários de drogas, o psicanalista introduzirá esta dimensão, a de um objeto que falta e que não é “trocável”, um impossível de se trocar para que se goze melhor, onde o objeto-droga, por vezes, tenta suturar fracassadamente uma hiância que

persiste por estrutura no próprio corpo do Outro. Não há objeto no campo da realidade que dê conta do objeto faltoso na estrutura neurótica, o objeto *a*, causa de desejo, ainda que o neurótico possa, num movimento de pura repetição, tentar suturá-lo até que alguns alcancem a morte (quando não encontra alguma regulação possível).

Aliás, Lacan ao falar sobre as três dimensões da falta de objeto em seu *Seminário 4, Segunda lição*, utilizará o termo “dano imaginário” justamente para se referir a frustração do sujeito – a diferenciando da privação e da castração – diante deste objeto faltoso. Lacan faz referência a algo nesta falta de objeto que é desejado sem que haja possibilidade de satisfação ou obtenção, um objeto não substituível por outro como prevê a Redução de Danos: “A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei”, um objeto real por mais imaginária que seja a frustração e que “(...) está ligada à investigação dos traumas, fixações, impressões provenientes de experiências pré-edípicas” (LACAN 1995, p.62).

Deste modo e considerando tais contribuições da psicanálise em relação ao objeto e ao corpo, podemos parafrasear a pergunta que Freud se colocou na conferência de 1916, *Psicanálise e Psiquiatria* – em relação aos efeitos do tratamento psicanalítico com um caso de delírio de ciúmes –, e perguntarmos: “pode a psicanálise ir além num caso como este”, neste caso, dos usuários de drogas atendidos pelas equipes orientadas pela Redução de Danos? Responderemos de igual modo a Freud a partir de nossa experiência clínica ao longo dos últimos anos: “Sim, ela realmente pode”.

3.3 Da passagem ao ato ao *acting out*: uma clínica possível a partir de uma instituição orientada pela Redução de Danos

Esta passagem da tese busca desdobrar a noção de objeto em psicanálise que apresentamos anteriormente de modo que possamos afirmar um fazer clínico-político no rigor que a teoria psicanalítica nos orienta. Temos o intuito de deixar claro que o acompanhamento do caso que iremos apresentar neste tópico só foi possível a partir de um terreno institucional orientado pelas estratégias de redução de danos que respeita as singularidades de cada usuário sem as exigências e os objetivos pré-estabelecidos e presentes em outros métodos de tratamento pautados pela abstinência e pânico moral em torno do abuso de substâncias. O caso em questão (acompanhado pelo autor no CAPS

ad Alameda, situado no município de Niterói (RJ) no ano de 2008, alguns anos antes de se tornar supervisor clínico-institucional desta mesma instituição) também evidencia que quando trabalhamos com sujeitos considerados “toxicômanos” por médicos, psicólogos e alguns psicanalistas, ao realizarmos nossas apostas clínicas a partir da transferência, rapidamente concluímos que a intoxicação cumpre apenas uma função não sendo o pivô das mazelas do sujeito.

A partir dos conceitos da teoria freudiana tomados a partir do retorno que a ela fez Lacan, apresentaremos uma estrutura do caso de modo que o interesse sobre o fenômeno do uso abusivo de álcool (assim como de outras drogas), tão presente nas discussões atuais nos serviços de saúde e da assistência social, deslocam-se para aquilo que verdadeiramente se coloca como a nossa aposta de trabalho: a operação da clínica sobre um sujeito. Contudo, antes da apresentação do caso, faremos um breve percurso teórico para situarmos nossas discussões, mais especificamente sobre a clínica onde um sujeito comparece na transferência a partir de diferentes atos.

Lacan em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958 p. 644) aborda de modo não diferenciado as questões específicas e que se referem aos fenômenos da passagem ao ato e do *acting out* – algo que ganhará outros desdobramentos somente em seu *Seminário X* (1962-63) quando desenvolve sua noção de objeto *a* e sua relação com a angústia. Contudo, em 1958 ao abordar o neurótico e o seu desejo, ele já faz uma afirmação importante em relação ao ato apontando que se trata de uma “saída estrangulada pelo símbolo”, ou seja, um ato que inscreve algo no simbólico e que se endereça ao Outro.

Em 1956/57, Lacan já se havia debruçado teoricamente sobre a relação de objeto em psicanálise, em seu *Seminário IV* (1956-57), mas sem relacioná-la tão claramente com o estatuto específico da passagem ao ato e do *acting out*. Nestes dois anos que precederam seu texto de 1958, ele pôde situar o objeto em psicanálise a partir de Freud, mais especificamente em seu lugar no Complexo de Édipo como uma falta na estrutura, um objeto perdido: “[...] é que um dos pontos mais essenciais da experiência analítica, e isso desde o começo, é a noção da falta de objeto” (LACAN 1956, p. 35).

O seminário sobre a relação de objeto se inaugura com uma afirmação taxativa: o objeto em psicanálise deve ser caracterizado como a falta de objeto. Esta afirmação paradoxal é indicativa do objeto para o qual aponta o desenvolvimento de Lacan sobre este tema, objetivo que é o estudo da formulação do objeto a partir da falta mesma, ou seja, da prevalência enquanto tal do objeto simbólico, do objeto perdido do desejo (RABINOVICH 2009 p. 121).

Foi no momento deste seminário também que Lacan abordou pela primeira vez as três dimensões da falta de objeto – simbólica, real e imaginária –, a partir da noção de frustração, privação e castração.

Não foi sem este percurso necessário que, mais tarde, em 1963, Lacan se deteve na relação entre o objeto *a* e a angústia como um sinal, condição *sine qua non* para a compreensão dos fenômenos da passagem ao ato e do *acting out*.

O objeto *a*, este ano, está no centro do nosso discurso. Se ele se inscreve no âmbito de um Seminário que intitulei de “a angústia”, é por ser essencialmente por esse o meio que se pode falar dele, o que também quer dizer que a angústia é sua única tradução subjetiva. (LACAN 1963, p. 113)

No *Seminário X*, lição IX, Lacan aborda a angústia como um sinal, como um fenômeno de borda no campo imaginário do eu, algo que o próprio Freud já havia mencionado em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926[1925]). Freud diz que este sinal surge no momento em que algo emerge como uma ameaça, como uma presença que não deveria aparecer. Será neste ponto, a partir da presença do objeto perdido, faltoso, onde há o surgimento da angústia como um sinal, que identificaremos a resposta do sujeito através de um ato.

Esta vez no perdamos de vista el vínculo con la angustia. Dijimos que tan pronto como discierne el peligro de castración, el yo da la señal de angustia e inhibe el proceso de investidura amenazador en el ello; lo hace de una manera que todavía no entendimos, por medio de la instancia placer-displacer.³³(FREUD 1926[1925]) p. 119);

Lacan em 1958 no seu *Seminário V* se debruça mais detidamente sobre este tema a partir de um artigo de Phyllis Greenacre que data do ano de 1950 (*General problems of acting out*) destacando a sua relevância para as investigações clínicas da época em torno dos atos dos sujeitos. Este artigo era tomado pelos psicanalistas e estudiosos da psicopatologia da época como uma importante referência na descrição do *acting out* marcando uma primeira diferença em relação aos atos criminosos.

³³ Tradução do próprio autor: Desta vez não perderemos de vista o papel desempenhado pela angústia. Dissemos que logo que se reconhece o perigo de castração, o eu dá o sinal de angústia e inibe o processo de investimento ameaçador no isso; ele o faz de um modo que ainda não compreendemos, por meio da instância prazer-desprazer.

Qualquer um que trabalhe com neuróticos graves fica ciente de quanto se expressam com linguagem corporal, seja através de tensão corporal involuntária, gestos, mudanças somáticas transitórias, ou o *acting-out*. Todas estas formas de comunicação, mesma na situação analítica, são particularmente difíceis de analisar e podem constituir obstáculos para a análise, provavelmente por pertencerem essencialmente a uma forma não verbal de pensamento e representam uma forma real de dificuldade na vida da criança em fazer esta transição. A capacidade de verbalizar e pensar em termos verbais parece representar um enorme avanço não somente na economia da comunicação, mas também na focalização das emoções associadas com o conteúdo do pensamento. Penso que se trata de uma consideração importante a ser feita para compreender os problemas do *acting-out* (GREENACRE 1950, p. 455-467).

Lacan, sobre este mesmo assunto, oito anos após Greenacre realizar suas considerações sobre o *acting out*, nos diz que:

Enquanto a proeza é um exercício, uma façanha, um passe de mágica destinado a dar prazer ao Outro, que, como lhes disse, não está nem aí para ela, o *acting out* é outra coisa. É sempre uma mensagem, e é nisso que nos interessa quando se produz numa análise. Ele é sempre dirigido ao analista, na medida em que este, em suma, não está muito mal situado, mas também não está inteiramente em seu lugar. Em geral, ele é um *hint* que o sujeito nos dá e que, às vezes, pode ir muito longe, que às vezes é muito grave (LACAN 1958, p. 433-434).

Mas foi apenas cinco anos mais tarde, em 1963, que Lacan realiza a devida diferenciação teórica entre os fenômenos da passagem ao ato e do *acting out*. Será sobre estas mesmas coordenadas oferecidas pelo ensino de Lacan que abordaremos o caso clínico a seguir. Na clínica com usuários de álcool e outras drogas, precisamos compreender o ato a partir destes mesmos referenciais considerando que o objeto que está em jogo, não é o objeto-droga, como já situamos anteriormente. Será a partir de um outro objeto, o objeto *a*, algo que traz consigo uma dimensão real, que poderemos construir uma leitura sobre a estrutura que está em jogo em relação ao ato de se intoxicar e aos demais atos decorrentes dos estados de intoxicação.

Lacan, para falar sobre o ato na clínica, no rigor do ensino de Freud, resgatou em seu *Seminário 10* o caso *Dora* (a bofetada no Sr K) e o caso da *Jovem homossexual* (ao atirar-se da ponte) apresentando a estrutura de cada uma destas passagens ao ato diferenciando-as do fenômeno do *acting out*. Nenhum dos dois casos se refere a sujeitos em uso de drogas, mas ambos revelam o funcionamento da estrutura do ato.

Diferentemente do *acting out*, a passagem ao ato apresenta-se a partir de duas condições: a primeira é uma identificação com o objeto *a* e a segunda resulta do confronto do desejo com a lei. No caso da Jovem Homossexual, Lacan revela que:

Aqui, trata-se do confronto com o desejo do pai, sobre o qual se constrói toda a conduta dela, com a lei que se faz presente no olhar do pai. É através disso que ela se sente definitivamente com o *ae*, ao mesmo tempo, rejeitada, afastada, fora da cena. E isso, somente o abandonar-se, o deixar-se cair, pode realizar (LACAN 1963 p. 125).

Neste seminário, Lacan também identifica a passagem ao ato do próprio Freud neste último caso, ao evadir-se da cena, nas palavras de Lacan, sem tomá-la pela mão para não deixá-la cair. A paciente de Freud cai, atira-se, passa ao ato numa tentativa de suicídio precipitada pelo objeto-olhar que se presentifica através do olhar de seu pai na rua. O objeto-olhar a faz cair.

Sobre este episódio, Colette Soler (2012 p. 69) faz alguns comentários sobre a posição de Freud no caso:

Não é uma interpretação, é um fato! Ele a deixa cair! Ele a ejeta e a envia a outro lugar. Ele mesmo passa ao ato; é uma passagem contratransferencial. Vocês sabem que não usamos muito a contratransferência, mas essa noção é válida para designar todas as falhas do desejo do analista, contratransferenciais.

É a partir da relação entre o objeto *a* e a angústia que Lacan nos diz que em algumas ocasiões há uma “saída de cena do sujeito para o mundo”, como ele mesmo define a passagem ao ato, e em outras, o endereçamento do sujeito ao Outro através de uma cena, de um *acting*, podendo ser pela via da transferência. Ambos são compreendidos como respostas do sujeito diante da angústia, que nada mais é do que presença do objeto que se coloca à sua frente sem qualquer véu. Entretanto, há diferenças importantes entre tais atos na clínica e que sua compreensão torna-se necessária para a construção de uma direção de trabalho.

[...] o *acting out*, bem, ele é o começo da transferência. É a transferência selvagem. Não é preciso análise, como vocês desconfiam, para que haja transferência. Mas a transferência sem análise é o *acting out*. O *acting out* sem análise é a transferência. Resulta daí que uma das questões formuladas acerca da organização da transferência – refiro-me com isso a sua *Handlung*, seu manejo – é saber como se pode domesticar a transferência selvagem, como fazer o elefante selvagem entrar no cercado, como pôr o cavalo na roda para fazê-lo girar no carrossel. (LACAN 1963, p.140).

Ou, a partir de Freud em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914, p. 155):

Ocasionalmente, pode ocorrer ainda que não se tenha tempo de conter, com a transferência, as pulsões selvagens, ou que o paciente, numa ação de repetição, desprenda-sedo laço que o ata ao tratamento³⁴.

Sônia Alberti (2009) desdobra esta dimensão do atona clínica diferenciando-a em cinco possibilidades de leitura através dos termos originais utilizados pelo Freud ao longo de sua obra: *Aktion, Handlung, Akt, Tat e Agieren*. Para avançarmos em nossa leitura clínica, iremos nos deter não apenas na dimensão do ato citado por Lacan acima, como um *Handlung* – ação que se relaciona ao acúmulo de energia dirigida para um objetivo, de modo mais complexo que uma ação específica, mas que não necessariamente pode ser considerado um ato—,mas em sua apresentação como *Agieren*.

[...] o *Agieren* implica o fato de que o analisando esteja onde ele repete sem rememorar como sujeito. Trata-se de um ato em que o analisando não pode falar do lugar onde esteve até então. Esse lugar é bem definido por Freud como o lugar onde o analisando exerce a política do avestruz, onde rejeita o inconsciente, no qual há muito tempo age apenas por meio de *Handlungen*, tais como as definimos anteriormente.

Quando o sujeito entra em análise, o desejo de saber se instala por amor ao analista; o *Agieren* é um ato que tem como efeito a instalação da verdade em direção ao “eu não sou”. A partir disso, a mudança do sujeito se efetuará. Freud confirma tal hipótese, ao escrever que o ideal é que o sujeito aja (*Agieren*) apenas na transferência, furtando-se de fazê-lo no exterior (ALBERTI 2009, pp. 65-78).

Será a partir do trânsito do sujeito entre uma saída da cena para o mundo e o endereçamento a partir da transferência que iremos avançar nesta discussão através do caso Camille.

3.4 O caso Camille

O presente caso traz à tona uma discussão em torno da dimensão do ato e seu endereçamento ao analista. Ao longo de seu percurso clínico, levantaram-se inúmeros questionamentos para os componentes da equipe que o acompanhava – uma equipe de

³⁴Tradução do próprio autor

um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas –, ora situando o seu uso abusivo de álcool como a causa de seus atos que o levavam às diferentes situações de risco, ora afirmando que diante da gravidade de suas passagens ao ato, estávamos lidando com um sujeito psicótico. O ato neste caso dificilmente era lido clinicamente pela equipe como um endereçamento possível e sim como mais uma “recaída” produtora de “novas encenças”. O que verificávamos ao longo dos três anos de acompanhamento do caso foi a presença de algo de insuportável que ele nos trazia, a partir de suas histórias, e que despertava um horror nos próprios integrantes da equipe produzindo uma espécie de “inchaço imaginário”, ou seja, ficções que colocavam em questão se este sujeito realmente possuía um endereçamento ao seu tratamento. Identificamos que este insuportável, muitas vezes, impediu uma leitura clínica mais rigorosa, produzindo, inclusive, avaliações diagnósticas confusas– e portanto direções de tratamento equivocadas – e até mesmo direções de trabalho que poderiam expulsá-lo do seu tratamento no CAPS³⁵. Foi a partir de uma leitura psicanalítica, junto ao supervisor da equipe e de outros integrantes tocados pela formação analítica, que nos foi possível sustentar uma direção de apostas onde os atos do sujeito, que a princípio eram tomados como infrações sociais, exclusivamente, puderam ser lidos a partir da transferência. Vamos ao caso:

Camille³⁶, uma mulher de 40 anos de idade, chegou ao CAPS encaminhada do Conselho Tutelar a partir de atos repetitivos de violência contra si, contra sua filha Elina, de 15 anos (Camille possuía duas filhas gêmeas), e contra seu companheiro Mateus, padrasto de suas filhas. No encaminhamento do Conselho Tutelar havia relatos de que Camille já havia tentado esfaquear seu companheiro e uma de suas filhas, sempre em momentos em que estava severamente embriagada. Por conta destas situações, Camille perdeu a guarda de suas filhas podendo encontrá-las somente nos finais de semana.

Em suas primeiras entrevistas, a paciente afirmava que sua “bebedeira” (sic) começou aos 15 anos de idade e se intensificou após trair seu antigo marido com seu companheiro atual, “bebia por sentir culpa”. “Não conseguia transar com Mateus por conta da culpa de estar traindo meu marido e por isso bebia, mas já me separei e

³⁵ Alguns dos psiquiatras da referida equipe compreendiam o caso como um de transtorno de personalidade anti-social, o que imediatamente os fazia pensar na impossibilidade de um tratamento na instituição. Compreendiam seus comportamentos como dissimulações e uma satisfação em produzir sofrimento ao outro.

³⁶ Todos os nomes aqui apresentados são fictícios.

continuo a beber”. Camille dizia não se lembrar de absolutamente nada quando estava bêbada, mas afirmava que sabia que precisava “responder ao social” pelas suas ações e por isto estava lá.

Ao longo dos atendimentos, Camille dizia gostar de Mateus e da ajuda financeira que ele disponibilizava. Contudo, assumia uma posição de horror ao relatar as investidas sexuais de Mateus em sua direção: “ele abusa de mim, enfia o dedo em mim, faz me sentir uma prostituta”. Chorava copiosamente ao falar sobre estas cenas, que se repetiram em seus atendimentos durante muito tempo. Nos intervalos entre os atendimentos com seu analista, frequentemente, dizia ter bebido demais e agredido Mateus, sem lhe restar qualquer lembrança do ocorrido. “Eu só sei porque me contaram”.

Ao longo das reuniões de equipe, ao relatarmos o caso de Camille, não foram raras as vezes em que os profissionais anunciaram a importância de uma internação imediata para ela ou uma nova denúncia ao Conselho Tutelar. Os que apostavam na internação sustentavam a hipótese de que Camille era “psicótica” diante da gravidade de seus atos (como se a gravidade do fenômeno em si pudesse determinar a estrutura com a qual lidamos na clínica de um sujeito: neurose ou psicose). Já os que apostavam na realização de uma nova denúncia diziam que ela não tinha interesse em se tratar e que já havia “passado dos limites com o álcool quando agrediu sua filha adolescente e tentou esfaquear o companheiro”. Mostrávamos aos profissionais que sua problemática não estava restrita ao uso abusivo do álcool e nem à psicose, mas sim a uma outra coisa que ela tentava dizer a cada vez que retornava. Apostávamos em seu endereçamento ao analista.

Observávamos que o caso Camille produzia um mal-estar enorme e recorrente entre os profissionais, além de suscitar que os mesmos dessem respostas precipitadas. Suas passagens ao ato convocavam os membros da equipe também a realização de atos (internar, denunciar, etc.), atos com o intuito apenas de evitar o mal-estar que ela produzia, retirá-la de nossas vistas. Não seria isto algo semelhante à passagem ao ato de Freud no caso da *Jovem homossexual*? Precisávamos nos deter nos significantes que ela nos trazia a partir da oferta de nossa presença com ela, nosso ato deveria ser na direção de se apostar num sujeito.

Camille, aos poucos, incluía seu analista na trama de seu embaraço, tentava, com muito esforço, colocar seus atos em palavras, mas não lhe restavam lembranças.

Seguimos aqui com Lacan:

Observa-se que o analista, no entanto, dá sua presença, mas creio que a princípio ela é apenas a implicação de sua escuta, e que esta é apenas a condição da fala. Aliás, por que exigiria a técnica que ele a fizesse tão discreta, se assim não fosse? É mais tarde que sua presença se faz notar(LACAN 1958, pp. 624-625).

Na sequência deste texto, Lacan diz que:

À medida que se desenvolve uma análise, o analista lida alternadamente com todas as articulações da demanda do sujeito. Mas só deve, como diremos mais adiante, responder aí a partir da posição da transferência(*Ibidem*, p. 625).

Em seu *Seminário XI*, lição X, ao falar da presença do analista, nos adverte que:

Em meu Relatório de Roma, procedi a uma aliança com o sentido da descoberta freudiana. O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante(LACAN 1964, p. 121).

Como nos diz Freud (1914), o trabalho de elaboração das resistências se apresenta como árduo para o sujeito em tratamento e uma prova de paciência ao analista. Portanto, deveríamos fazer nossas apostas de maneira cuidadosa e paciente, sem pressa e ao mesmo tempo sem negligenciar a gravidade dos fatos. O cuidado aqui se referia também a não nos deixarmos cair numa ficção, um entendimento da transferência pela via imaginária, interpretando seus atos ou vislumbrando uma reeducação diante dos seus riscos. Podemos retomar Lacan (1958, p. 617) em suas advertências sobre a transferência em que comenta um caso acompanhado por Ruth Leibovic no qual uma interpretação precipitada da transferência produziu um *acting out* endereçado à analista:

A questão que podemos levantar é a do limite entre análise e a reeducação, quando seu próprio processo é norteado por uma solicitação preponderante de suas incidências reais. Coisa que se vê ao comparar, nessa observação, os dados da biografia com as formações transferenciais: a contribuição do deciframento do inconsciente é realmente mínima. A ponto de nos perguntarmos se sua maior parte não permanece intacta no enquistamento do enigma que, sob o rótulo de perversão transitória, é objeto dessa instrutiva comunicação.

O que tínhamos naquele momento era que Camille retornava aos atendimentos com seu analista mais de uma vez ao longo das semanas, sempre trazendo uma urgência em seus gestos e palavras. Camille retornava para falar de seu sofrimento diante das investidas sexuais de Mateus e de algo que era insuportável para ela e que a fazia se embriagar mais e mais: “estava me sentindo uma prostituta outra vez, fui beber

e não lembro mais de nada” (sic). Cientes de que “o estado de enfermidade do paciente não pode cessar no início de sua análise, e que devemos tratar sua doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual” (FREUD 1914, p. 167), apostamos naquilo que ela poderia falar sobre sua experiência, já que havia uma demanda sendo endereçada.

Num dado momento onde disse se parecer com sua filha, referindo-se a esta como “a outra”, a agrediu pela primeira vez desde que iniciou seu tratamento. Nesta situação, uma fala de seu analista pareceu ter operado algum efeito de corte em seu movimento de risco, fala esta que a situava como agressora de sua filha e não de uma outra.

A partir deste momento, Camille começou a chegar visivelmente alcoolizada nos atendimentos, dizendo pensar em matar seu companheiro. Não realizava qualquer associação entre os investimentos sexuais de Mateus dirigidos a ela e uma suposta parceria sexual entre a sua filha e seu companheiro. Chegou a ir ao encontro de seu analista, em outra instituição onde ele trabalhava, para dizer: “Estava em casa bebendo perfumes e sofrendo muito, pensei em matar Mateus com veneno, mas lembrei que posso falar contigo sobre essas *coisas estranhas*, pois enquanto eu falo eu não faço besteira”. Camille passa a endereçar sua bebedeira antes de passar ao ato, de sair da cena.

Sobre este sentimento de estranheza, Colette Soler (2012 p. 64) faz um retorno a Lacan (*Seminário 10*) localizando justamente o ponto de onde esta estranheza surge: nesta relação entre as duas partes que constitui o corpo, lugar do Outro, entre a e $i(a)$. Quando o olhar que não está no campo de visão aparece. Neste momento surge a angústia enquanto um sinal.

Camille denunciava que o olhar de Mateus sobre ela, assim como suas investidas sexuais, lhe eram insuportáveis. Foi a partir deste momento do seu tratamento que as passagens ao ato começaram a ganhar o estatuto de endereçamento ao seu analista, a partir da transferência, e uma série de lembranças começaram a surgir. Isto acontecia ao mesmo tempo que se dizia se sentir “deprimida” por ter tais recordações.

Lembrou-se de uma cena de que havia se esquecido: pediu para que sua filha, que estava de calcinha na sala junto dela e de Mateus, pegasse um objeto que estava embaixo do sofá “para testar o olhar de Mateus”. Disse que naquele momento havia confirmado que ele olhava para sua filha “como um homem e não como padrasto”. Localizou neste momento o início de uma série de passagens ao ato dirigidos a ele.

Passou a nomear-se de “mãe” e não mais de prostituta: “Eu sou uma mãe que vira uma fera se mexem com minhas filhas” (sic). Na sequência traz outra lembrança: “Minha mãe era assim. Minha mãe era prostituta, ela levava os homens para casa comigo lá. Uma vez um dos homens mexeu comigo dizendo que gostaria de se deitar “com essa menorzinha”. Essa menorzinha era eu, minha mãe virou uma fera e o expulsou”.

Em relação às suas identificações, também trouxe outra lembrança, agora se referindo ao seu pai: “Eu ia visitar meu pai quando ele estava num hospício. Sinto medo de terminar minha vida como ele, louca num hospício”. Sua identificação ao pai lhe produzia um horror em relação à possibilidade de terminar como ele, “por isto venho me tratar”.

Sobre a identificação, Freud (1921 p.99) em seu texto *Psicologia das massas e análise do eu* afirma que:

A psicanálise conhece a identificação como a mais precoce exteriorização de uma ligação afetiva com outra pessoa. Ela desempenha um papel na pré-história do Complexo de Édipo.³⁷

Na sequência deste texto, Freud desdobra as três modalidades possíveis da identificação: a identificação com o pai, em que ele diz que pode ser a precursora de uma vinculação de objeto; a identificação onde a escolha de objeto regrediu para uma identificação – e ele faz referência à tosse de Dora semelhante à tosse do pai –, ou seja, o sujeito toma emprestado um traço isolado de seu objeto amado; e a identificação pelo sintoma onde há um ponto de identificação entre dois egos, um ponto de identificação que está reprimido.

As recordações sobre as cenas da infância permitiram colocar em palavras algo que antes aparecia apenas através dos atos que a colocavam em diferentes situações de riscos. Passou a chegar alcoolizada, com roupas absolutamente curtas, uma cena endereçada ao analista onde falava de suas identificações e construía um sentido diante do insuportável. Alguma retificação de Camille estava em jogo, as passagens ao ato cessaram, mas ainda havia um longo trabalho pela frente.

As idas e vindas de Camille à instituição, assim como seu comportamento de risco com o abuso do álcool, só foi possível de ser suportado pelos profissionais a partir desta leitura topológica de um fazer clínico no terreno das estratégias de redução de

³⁷ Tradução do próprio autor

danos, um fazer clínico-político indissociável. A partir deste caso, deixamos claro que as contribuições da clínica psicanalítica tanto em sua prática quanto em sua teoria assim como a afirmação de que um caso como este jamais chegaria em outro dispositivo que não um dispositivo de tratamento orientado pelas estratégias de redução de danos no campo da atenção psicossocial público.

O caso Camille destaca que na clínica com sujeitos que possuem uma direção mortífera com o abuso de drogas, tratamos sempre o impossível diante de algumas apostas possíveis sem que sejamos capturados pelos ideais de cura, mesmo sendo estas ideias os da redução de danos que, ainda que sejam menos “superegóicos” que os que exigem a abstinência do uso, também produzem suas armadilhas imaginárias.

3.5 Questões de gênero e as barreiras de acesso

Além das especificidades deste caso e de todo aparato imaginário presente no sofrimento de Camille, é impossível não identificarmos as violências presentes na clínica e na biografia deste sujeito por conta de sua condição de gênero, algo semelhante à situação de Daniele Toledo contada em seu livro *Tristeza em pó* (2016), e que será abordado mais adiante nesta tese para situarmos outros tipos de violência.

Sendo assim, a partir do caso Camille, decidimos destacar outras formas de violência e que se referem à população de mulheres e meninas adolescentes que realizam uso abusivo de álcool e outras drogas em nosso país.

Ainda que a psicanálise desde Freud trabalhe com o conceito de sexualidade e a partir de Lacan a noção de sexuação, as questões de gênero aqui também precisam ser consideradas já que há discursos que se produzem no laço social a partir das concepções de homem e mulher (descritos pela ciência, e de uso eminentemente sociológico) em nossa cultura produzindo marcas nas histórias de vida de cada sujeito. O sujeito não possui gênero, mas sofre as consequências das marcas advindas do Outro social num mundo ainda bastante misógino.

O caminho que conduz um sujeito a interpretar seu próprio sexo e seu gênero, a partir de seu ser, não possui nada de natural ou mesmo como produto exclusivo dos determinantes culturais, como diz os estudos de gênero a partir de Judith Butler. A psicanálise considera que é o campo da linguagem que nos traz a matéria-prima para que cada sujeito possa vir a se reconhecer através dos significantes e as primeiras

marcas que lhes são oferecidas pelo Outro para que só assim obtenha uma posição na partilha dos sexos. Para nós analistas, quando falamos de gênero estamos nos referindo ao campo dos significantes de onde cada sujeito poderá montar o seu repertório discursivo sobre si e de onde ele poderá escolher um ou outro significante para se representar, sempre numa incompletude de ser aquilo que afirma se reconhecer.

Deste modo, ainda que não façamos uma longa discussão sobre o lugar da mulher em nossa sociedade, não podemos ignorar a existência de uma diferença social específica e que incide sobre o lugar do sujeito no campo social definindo os lugares de mulheres e homens cisgênero, homens e mulheres transgênero, (ou outro gênero existente) de modo que tal diferenciação, muitas vezes, é responsável pelas marcas que estes sujeitos trazem em seus dizeres sobre seus sofrimentos e lugares no Outro. O lugar da mulher em nossa sociedade pode e deve ser pauta das discussões do Sistema Único de Saúde assim como dos psicanalistas.

O número reduzido de mulheres que acessam os serviços de atenção psicossocial, mais especificamente os CAPS, não nos pode deixar confortáveis na crença de que há menos mulheres que realizam usos abusivos de drogas do que homens. O que verificamos em nossas incursões no campo das drogas, em diferentes territórios, no Brasil e em Portugal, é a maioria maciça de homens nas cenas de uso e um número reduzido de mulheres. Em algumas “bocas de fumo” da cidade de Niterói e do Rio de Janeiro, sabemos através das nossas usuárias e informantes que há códigos específicos quando há a aproximação de mulheres para a compra de drogas, como, por exemplo, a não necessidade em alguns pontos de venda delas permanecerem nas filas em frente ao estabelecimento. Muitas vezes elas acessam a droga através de mais mediadores do que o de costume para os homens, algo que encarece o preço das drogas, como é o caso da contratação de “moto-táxis” que realizam toda a negociação enquanto elas permanecem distantes do ponto de vendas.

Também observamos um número escasso de mulheres ocupando algum posto na hierarquia do comércio varejista de drogas seja como “vapor”, “olheiro” ou mesmo do “dono da boca”³⁸. O que escutamos de muitas de nossas pacientes, principalmente

³⁸ As expressões fazem parte da gíria carioca em relação aos principais cargos do comércio varejista de drogas nas favelas sendo o “vapor”, aquele que faz a ponte entre os usuários e a boca de fumo, muitas vezes terceirizando a compra através de algum dinheiro sobre o preço da mercadoria (alguns cumprem também a função do “olheiro”, o “olheiro”, aquele que vigia ao redor da cena do comércio para saber se há a aproximação de algum inimigo (policiais ou traficantes de outra facção) e o “dono da boca”, aquele que é o principal responsável pelo comércio numa dada região e que melhor se beneficia dos ganhos obtidos, além de ser respeitado pelos demais membros e garantir que algumas leis estabelecidas por ele

das adolescentes que acompanhamos na ERIJAD, é uma impossibilidade de acessarem estes postos a não ser por “procuração”, ou seja, quando recebem o *status* de mulher de alguém que está inserido na hierarquia e que por conta disto também lhe é atribuído poder – nada muito diferente do que acontece ainda hoje em nossa cultura fora deste circuito social. Com as mulheres (ou as adolescentes) que realizam uso abusivo de drogas e que já se encontram em situação psicossocial precária, verificamos a função de prostituta no tráfico para a obtenção da droga mantendo relações sexuais com vários homens por noite. Além disso, não são raros os estupros coletivos como forma de punição diante de alguma dívida e a raspagem de seus cabelos para que todos naquele território saibam de suas infrações, algo como se fosse para servir de exemplo as demais mulheres que “vacilam”.

Segundo os dados divulgados através pesquisa nacional sobre o uso de crack realizada pela FIOCRUZ no ano de 2013:

Estas usuárias estão gravemente expostas à violência sexual (44,5% relataram ter sofrido esse tipo de violência) e à ausência de apoio social na gestação (50% das entrevistadas engravidaram ao menos uma vez durante o período de uso regular de crack) (BASTOS & BERTONI 2014 p.149).

Além disto, temos:

Uma proporção relevante de usuários (20,31% [95% 18,33-24,63]) referiu ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à entrevista. Ao contrário (e, aparentemente, de forma complementar) do observado quanto ao relato de ter dado/fornecido dinheiro ou drogas em troca de sexo, a proporção de mulheres que recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo foi significativamente maior que a de homens que referiram tal prática (48,36% [95% 40,28-56,52] e 13,00% [IC95% 10,65-15,79], $p=0,000$, respectivamente). Dentre esse grupo de mulheres, a parceria sexual com 10 ou mais parceiros nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi relatada por 22,60% (IC95% 15,73-31,35) das entrevistadas, dado preocupante ao considerar que 32,60% (IC95% 18,05-51,50) das mulheres que receberam dinheiro ou drogas em troca de sexo relatou não ter utilizado preservativo nos 30 dias anteriores à entrevista (*Idem* p. 149).

Em relação à violência contra as mulheres, ainda que a pesquisa citada seja referente ao uso de crack e considerando que tais usuários, em sua maioria, são

funcione na comunidade, tendo a pena de morte como punição para as infrações mais graves. Vale destacarmos que aqueles consumidores de drogas que não se dirigem aos territórios onde há o comércio, lidam com outras formas de obtenção da droga através de outros mediadores que muitas vezes revendem por preços mais caros e fazem entregas à domicílio, ou seja, outros participantes do comércio não descritos nas categorias que mencionamos.

poliusuários (como afirma a própria pesquisa), a violência presente na relação entre as mulheres e os homens do tráfico nas favelas é notória. Ainda assim, não temos dados suficientes para afirmarmos que estas relações de violência (incluindo os diferentes tipos de violência que não apenas a violência sexual) acontecem numa escala maior do que em outros grupos/classes sociais e territórios em nossa sociedade, já que sabemos da subnotificação destas situações, principalmente entre a população de classe média. Entretanto, as políticas públicas de proteção aos direitos da mulher e as ações psicossociais podem e devem manter diálogos constantes para a elaboração de estratégias específicas (e não especializadas) para este público, incluindo nesta seara as estratégias de redução de danos para mulheres. Infelizmente notamos que este diálogo ainda é bastante tímido ou inexistente nos serviços de atenção psicossocial brasileiros, o que nos faz refletir sobre a grandiosidade do que já fazemos, mas o pouco caminho que percorremos entre os diferentes desafios colocados.

Em relação à questão da acessibilidade aos serviços, identificamos a partir dos diferentes equipamentos onde trabalhamos (nas cidades de Niterói, Rio de Janeiro e Campo Grande) que as mulheres acessam pouco os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de drogas ou mesmo os serviços (não itinerantes) da Atenção Básica em saúde com alguma demanda que se relacione aos seus usos de drogas. Provavelmente, e a partir do que escutamos de muitas delas, o uso *indo* das mulheres e o seu não acesso aos cuidados se referem às situações de violência e aos estigmas que sofrem (são consideradas mulheres fáceis, objetos sexuais, etc.) e que se tornam barreiras de acesso quase que intransponíveis. Quando falamos da situação das mulheres gestantes encontramos ainda outros estigmas, principalmente pela concepção imaginária do que é “ser mãe” presente em nossa cultura³⁹ e que contrasta com a imagem de uma mulher usuária de drogas, psicóticas ou em situação de rua. Aliás, nos casos de gestantes ou puérperas que acompanhamos, a dedicação dos profissionais se dirige quase que única e exclusivamente aos bebês negligenciando totalmente estas mulheres que também necessitam de cuidado, de modo mais grave ainda é quando isto acontece com usuárias de drogas adolescentes.

³⁹ Em nossa dissertação de mestrado defendida neste mesmo programa de pós graduação com o título de *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*, trabalhamos o caso Bianca como um caso paradigmático e que trazia consigo as questões que envolviam a gestação na adolescência com uso de drogas, em destaque os dizeres advindos do Outro social e atribuía a ela algumas marcas que a destituía do lugar de mãe de um filho, o que gerou na perda do seu primeiro filho para a adoção.

Ainda que não tenhamos dados quantitativos em mãos, é notório que a maioria dos acessos de mulheres aos cuidados acontecem nos dispositivos itinerantes, ou seja, naqueles que se dirigem aos territórios e às cenas de uso, como é o caso dos Consultórios de/naRua (obviamente que os Consultórios de Rua e os Consultórios na Rua produzem consequências diferenciadas a partir de suas coordenadas de orientação, o primeiro orientado principalmente pelas coordenadas que concernem ao campo psicossocial e o segundo pelas coordenadas presentes no campo da Atenção Básica em saúde, conforme a política pública vigente). Proporcionalmente aos serviços “estáticos” (o que é um equívoco já que os CAPS foram constituídos como serviços de base territorial, ainda que poucos funcionem assim), os serviços itinerantes – ou aqueles que conseguem sustentar uma itinerância –, acessam um número maior de mulheres.

Com as nossas evidências clínicas, não podemos de modo algum afirmar que isto se deva a algum tipo de rechaço das mulheres em relação às propostas de tratamento ou mesmo à transferência. Segundo Colette Soler em seu livro *O que Lacan dizia das mulheres*, em relação ao campo da psicanálise, nele se verifica, inequivocamente, que as mulheres são mais facilmente atraídas pelo laço transferencial (SOLLER 2005 p.218). Obviamente que a autora estava advertida de que todas elas (as mulheres) só poderiam ser tomadas uma a uma, mas ainda assim arrisca, com o seu rigoroso percurso em Lacan, nesta afirmativa, algo que nós também observamos em nossa clínica.

Os obstáculos ao acesso aos cuidados, muitas vezes, impedem que elas consigam se dirigir aos serviços como os homens e algumas delas, inclusive, relatam impedimentos por parte de seus próprios parceiros. Como exemplo, temos um caso acompanhado pela equipe do Consultório na Rua no ano de 2012: uma paciente com aproximadamente 30 anos, realizava uso abusivo de drogas, sorologia positiva para o HIV e com um claro quadro de retardo mental. Ela residia nas ruas do centro da cidade do Rio de Janeiro, em nosso território de abrangência, e tentamos inúmeras vezes nos aproximarmos com sucesso já que seu companheiro a impedia que chegasse até a nossa equipe. Ela sofria inúmeras violências nas ruas, incluindo as do seu companheiro, e não conseguia relatar absolutamente qualquer angústia sobre a situação em que se encontrava, o que tínhamos eram relatos curtos e desimplicados em relação a sua condição gravemente vulnerável. Certo dia, diante da sua ausência recorrente do local no território onde a encontrávamos muitas vezes, descobrimos por outros usuários que

seu companheiro a obrigava a manter relações sexuais com outros homens para que obtivesse dinheiro.

Como dissemos anteriormente, os psicanalistas podem e devem se debruçar sobre esta questão que é a violência estrutural existente em nosso país contra as mulheres. Isto diz respeito diretamente sobre seus sofrimentos e suas possibilidades de acesso aos tratamentos oferecidos no campo público dos cuidados. Trazemos conosco, neste ponto de nossa escrita, a questão sobre o porquê da resistência da maioria dos analistas sobre as especificidades relacionadas aos gêneros de seus pacientes (ou mesmo sobre as questões raciais que os envolvem)? Creio que nesta altura podemos concluir que nossas intervenções e transmissão também precisam acontecer no interior do meio psicanalítico e não apenas nos serviços públicos de saúde.

Curioso também é notarmos que ainda que encontremos poucos pacientes do gênero feminino nos CAPS, elas estão em número proporcional ao dos homens dentro dos ainda existentes hospícios, desde os tempos de Freud. Sobre esta constatação, temos a fala da psicanalista Paula Land Cury, professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense durante a mesa de abertura, no dia 26 de julho de 2018, na ocasião do lançamento do livro *A loucura sem avesso: saúde mental no Brasil*.

Certo dia, um aluno me conta que leu em Freud sobre a sua ida para Salpêtrière. Havia lido o Relatório de Freud sobre seus estudos em Paris e Berlim, e o texto intitulado Charcot. Achei interessante ter me dito isso, mas não entendi que nexos tinha com a disciplina de estava lecionando – pois falo de políticas de saúde intersetoriais. Indaguei-o. Então vem o meu espanto diante do verbalizado. O rapaz me contou que ficou chocado em saber do número de mulheres que habitavam aquele hospital, e de forma rápida diz: bem diferente do que vejo hoje! Para ele, a partir de sua experiência, os dispositivos são masculinos. São os homens os habitantes destes. As mulheres sideram. Ou apenas vão aos dispositivos simplesmente para pegar remédios, ou vão acompanhando seus familiares. De fato, disse ele, não ocupam! Mas, por quê? Olha-me, pensa, mas não ousa avançar e questionar o fato de estar de portas abertas não significa dar acesso, que há uma estrutura social que impõe as mulheres barreiras a mais. Parecia que para ele, este seria um fato dado, sinais dos novos tempos! Simplesmente assim! (CURY 2018).

Sabemos que o confinamento e a segregação não são apenas aquilo que se passa dentro das instituições asilares, ela pode acontecer nos demais espaços da cidade, inclusive nos CAPS. As putas, mulheres trans, donas de casa, militares, dentre outras categorias de mulheres, com ou sem uso de drogas, sofrem os efeitos destes discursos que as impedem de galgar lugares e acessar territórios na cidade. Em relação aos dados da pesquisa que trouxemos, eles traduzem mais do que o impedimento de acesso aos tratamentos na vida das mulheres (e gostaríamos de afirmar a palavra impedimento pois

os obstáculos são notórios e assim contrapomos a ideia de “não adesão” das mulheres) mas sim a condição da mulher em nossa sociedade.

As vulnerabilidades decorrentes desta condição endossam o sofrimento de cada sujeito e as colocam numa posição ainda mais marginal do que a da maioria dos homens, além de produzirem consequências diretas em relação aos seus modos de consumir drogas e aos modos de obtenção destas substâncias. Sendo assim, faz-se urgente a necessidade de elaborarmos (com elas) novas estratégias de redução de danos e uma escuta que permita decantarmos não apenas as especificidades de cada caso mas também a importância de estratégias que sirvam às mulheres em seus laços sociais, no modo como elas são tomadas pelo Outro social e pelos outros, assim como elas lidam com as situações de violências existentes em seus cotidianos.

4.CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO CAMPO POLÍTICO DAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

4.1 Os psicanalistas e a Redução de Danos: uma breve história de algumas apostas ao redor do mundo

Como já citamos, nem Freud e nem Lacan se detiveram nas especificidades da clínica psicanalítica com usuários de drogas. Ainda assim, a psicanálise sempre permeou de algum modo esta discussão e contribuiu através de suas coordenadas de trabalho para a possibilidade de atendimento destes sujeitos numa perspectiva onde cada sujeito traz consigo suas possibilidades e posições diante do uso de drogas, o que impede que pensemos em programas de tratamentos pautados numa conclusão absoluta, a abstinência. Aliás, terrenos de trabalho pautados única e exclusivamente na manutenção da abstinência de drogas é um terreno bastante infértil para um fazer clínico sendo possível apenas uma ortopedia psiquiátrica e comportamental.

Além disso, no que tange a invenção do dispositivo clínico fora do *setting* tradicional de consultas – uma exigência para quem trabalha neste campo –, Antônio Lancetti em seu livro *Clínica Peripatética*, demonstra sua experiência na construção da produção de acesso à escuta aos usuários de drogas no campo da saúde e como esta nova possibilidade de atendimento se conjugou ao surgimento da Redução de Danos no Brasil. Sobre esta possibilidade de dispositivo de escuta aos sujeitos que jamais acessariam um serviço de saúde, cujo propósito é o acesso a uma escuta clínica, ele tece breves comentários sobre a psicanálise afirmando que o próprio Freud pode se deslocar de seu *setting* tradicional de atendimento para conseguir acompanhar alguns de seus casos afirmando com isto a possibilidade de uma clínica com uma população que não sustenta uma modalidade tradicional de atendimento clínico e que requer do analista uma invenção e uma oferta de sua presença⁴⁰.

Freud também analisou pacientes andando, como foi o caso de Gustav Mahler. O grande compositor, que sofria de uma loucura da dúvida, enviou vários telegramas a Freud ora solicitando análise ora para desmarcar os encontros, o que levou Freud a tomar uma atitude ativa, intimando-o (LANCETTI 2012 p.27).

⁴⁰ Apesar da referência a clínica feita por Lancetti em seu livro *Clínica peripatética* de modo bastante relevante, tal livro aponta muito mais para uma inclusão cidadã nos termos psicossociais do que uma inclusão pautada na experiência do sujeito do inconsciente.

Além da inspiração de Freud citada por Lancetti onde, numa posição de oferta de sua presença, atendeu Mahler (ainda que este não seja um usuário de drogas, mostra-nos que esta disposição *peripatética* é mais extensa em suas possibilidades, abrangendo situações pouco triviais que tenham em comum a dificuldade do sujeito aderir ao enquadre tradicional do *consultório* sem com isso deixar de ocupar seu lugar no *dispositivo* analítico, que não deve assim coincidir imaginariamente com o primeiro), podemos citar outra experiência com psicanalistas que inventaram modos de atendimento que se diferenciavam dos atendimentos tradicionais de sua época produzindo novas possibilidades clínicas.

Ainda que não possamos aqui esgotar todos os nomes de psicanalistas que fizeram parte desta série de responsáveis pela invenção de novos dispositivos de cuidado aos usuários de drogas, e que recusavam os modelos tradicionais (manicomiais) de assistência pautados única e exclusivamente na abstinência, citaremos como marco trabalho de Claude Olievstejn na França, na década de 70 do século XX. Ele foi fundador da *Centre Médical Marmottan* em Paris e influenciou, na década de 80, alguns dos principais pensadores brasileiros do campo da Redução de Danos como, por exemplo, o Dr. Antônio Nery Filho, Dartiu Xavier da Silveira e o próprio psicanalista Jésus Santiago, já citado por nós anteriormente. Ainda que sua leitura clínica pautasse numa dinâmica psíquica exclusivamente descrita pela toxicomania (terminologia de que discordamos por fixar o sujeito numa categoria psicopatológica), sua metodologia de tratamento no hospital *Marmottan* ressignificou o tratamento dado pelos psiquiatras naquele momento histórico incluindo uma dimensão mais próxima a dimensão psicossocial que temos hoje por considerar o sujeito no laço social, não o tomando apenas do seu lugar de doente intoxicado pelas drogas.

A partir do que recolhemos em nossa estadia em Portugal no nosso estágio doutoral (entre abril e outubro de 2017), através dos nossos diálogos com o professor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Prof. Dr. Luís Fernandes, tivemos notícias da primeira experiência da Europa Continental em relação à oferta de metadona para usuários de heroína – estratégia comum da Redução de Danos nos dias de hoje em vários países europeus, nos Estados Unidos e no Canadá. Tal medicação foi inserida por um psicanalista e psiquiatra, Dr. Eduíno Lopes (supervisor do Prof. Dr. Luís Fernandes nos anos 80), na cidade do Porto (Portugal), durante os anos 70, numa clínica de internação para usuários de drogas. Dr.

Eduíno, que também era chamado de “Doutor Heroíno” pelo seus alunos, devido à inovação por ele trazida à Europa a partir de sua experiência nos Estados Unidos, participou da formação de muitos profissionais do país onde utilizou sua técnica de oferta da metadona. Naquela ocasião esta estratégia estava vinculada à construção de espaços de discussões clínicas pautadas em referências da psicanálise (kleiniana), algo diferente do que acontece hoje em Portugal onde, apesar de ser considerado um “país modelo” no campo das políticas sobre drogas, apresenta uma preocupação prevalentemente sanitária - e não clínica - quanto ao o tema da Redução de Danos, sendo as discussões clínicas ausentes no cotidiano das equipes responsáveis pela administração da metadona nas ruas. A proposta de Eduíno com a oferta metadona, segundo o Prof. Dr. Luís Fernandes, era justamente permitir uma aproximação dos usuários apostando na construção de um laço transferencial sem exigir que se mantivessem abstinente da droga, mas compreendendo que o seu uso cumpria uma função em suas vidas, como já nos advertia Freud em 1930⁴¹ ao falar da função da droga diante do mal-estar na cultura.

No Brasil, ao buscarmos as produções textuais de psicanalistas lacanianos sobre suas participações clínicas e contribuições na história da construção dos cuidados de usuários de drogas atravessados pela lógica da redução de danos, encontramos produções de modo pontual. Encontramos apenas alguns artigos nas plataformas brasileiras específicas de busca acadêmica e a tese de doutorado da Dra. Cynara Teixeira Ribeiro, defendida no ano de 2012 no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, cujo título é *O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada pela redução de danos: perspectivas a partir da psicanálise*. Apesar de muitos analistas lacanianos citarem a redução de danos em suas produções, dedicam-se mais a escrita sobre “a clínica da toxicomania” sem considerar os atravessamentos psicossociais que dizem respeito às suas posições bem como permitem o acesso dos sujeitos aos tratamentos.

A inserção de psicanalistas nos serviços públicos de saúde mental no Brasil, incluídos no fazer e na política de redução de danos aconteceu, principalmente, a partir dos anos 2000 e permitiu tal aproximação clínica e algumas construções teóricas, ainda

⁴¹*O homem da metadona*, entrevista concedida pelo professor Luis Fernandes da faculdade de Psicologia da Universidade do Porto ao site *Público*. <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/o-homem-da-metadona-1687906>. Algumas das informações aqui apresentadas foram colhidas em diálogo com o próprio professor Luis Fernandes na cidade do Porto (Portugal) e em troca de e-mails.

em curso, para o cuidado de uma população inacessível ao tratamento analítico (ou mesmo inacessível a qualquer tipo de tratamento para suas vulnerabilidades em que haja presença do consumo de substâncias). Tal aproximação segue a direção apontada por Freud que já mencionamos em seu texto *Linhas de Progresso da Terapia Analítica* (1919) – título cuja tradução correta diretamente da língua alemã seria *Caminhos da terapia psicanalítica* – ao se referir a fusão do ouro puro da psicanálise com o cobre da sugestão direta sem que criemos uma prática tendenciosas mas sim analiticamente rigorosa. Nosso desafio, então, é permitir que haja uma extensão da psicanálise (não confundir com uma *psicanálise em extensão*) para esta população considerando o estatuto público do inconsciente. Neste caminho, a Redução de Danos é um terreno propício para investirmos em nosso fazer, um ponto de partida que podemos conjugar com o nosso lugar de fazer clínico.

4.20 uso de drogas como redução do mal-estar na cultura e alguns desafios clínicos: de Freud aos dias de hoje

Caso ousemos reler a história de modo retroativo, Freud em seu ensaio pré-psicanalítico sobre a cocaína de 1884 (*Über Coca*) já apontava sobre as inúmeras tentativas de tratamento dos morfinômanos e alcoolistas de sua época a partir de algumas apostas terapêuticas que incluíam a substituição das drogas através da prescrição da cocaína⁴² (alguns casos de sucesso e outros não). Este momento de dedicação específica ao tratamento de usuários de drogas foi o único que notamos em seu percurso, assim como também na Carta 79⁴³ de 1887 (p.323), onde Freud arriscou algumas palavras sobre o assunto comparando a masturbação ao “vício primário” de cada sujeito:

...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. O papel desempenhado por este vício na histeria é imenso, e talvez aí se encontre, no todo ou em parte, o meu grande obstáculo, que ainda resiste.

⁴² Droga que teve seu comércio e uso proibido apenas em 1906.

⁴³ Os ditos de Freud na carta 79 é um desdobramento do que ele já havia mencionado na Carta 55.

Num Freud ainda médico, identificamos algumas de suas contribuições que aos poucos puderam ser retomadas ao longo dos textos psicanalíticos afirmando que as compulsões (incluindo os vícios tóxicos) possuem uma relação direta com os impasses da sexualidade do sujeito. Sobre estes primeiros estudos freudianos sobre as drogas e, principalmente, sobre os efeitos da cocaína como intervenção terapêutica, Julia Reis (2011, p. 252) diz que:

Em “Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud 1877-97” (Freud, 1897, p. 225), encontramos uma retomada dos primeiros 15 anos de estudos de Freud, que foram voltados para as ciências físicas. Esse texto relembra que os experimentos realizados com a cocaína confirmaram o notável efeito estimulante e a ação suspensiva de fome, sede e sono. Por esses estudos, Freud se empenhou em oferecer indicações para o uso terapêutico da droga, como, por exemplo, o uso da cocaína durante a supressão da morfina. A expectativa era que a “anestesia” promovida pela cocaína encontrasse outras aplicações. No ano seguinte, publicou dois artigos sobre esse mesmo tema: “Contribuições para nossos conhecimentos sobre os efeitos da cocaína”, em que tratava dos efeitos da cocaína no aumento da força muscular, e “Sobre os efeitos gerais da cocaína”. Escreveu ainda “O relatório sobre a cocaína de Parke”. Seu último artigo dessa série, intitulado “Comentários sobre a dependência da cocaína e o medo da cocaína”, data de 1887 e consiste em uma resposta frente às críticas que vinha recebendo sobre a prática do uso terapêutico de cocaína para alívio da abstinência de morfina. Em sua defesa, ele afirma que a dependência da cocaína só se manifestava em viciados em outras drogas, por isso a própria cocaína não podia ser responsável por causar o vício.

Chassaing em seu livro *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies* retoma Freud no manuscrito H (carta enviada a Fliess) e, segundo o pai da psicanálise, “o alcoólatra nunca confessa que a bebida o deixou impotente. Qualquer que seja a quantidade de álcool que ele suporte, ele rejeita essa noção intolerável. É a mulher quem é responsável, de onde parte o delírio de ciúme, etc.” (CHASSAINNG 1988, p.29). Já em 1986, no manuscrito K, Freud faz uma relação importante entre a ideia obsessiva e as compulsões dizendo que outros sintomas secundários são formados quando a compulsão se relaciona com os impulsos dirigidos contra a ideia obsessiva e cita a embriaguez (dipsomania) como um deles (*Ibidem*).

Em seu texto que precedeu o clássico *O sonho da injeção de Irmãcujo* título é *O papel da sexualidade na etiologia das neuroses* (1898), Freud faz uma equivalência entre a falta da satisfação sexual e o vício em narcóticos.

No texto *Os chistes e sua relação com o inconsciente*(1905) Freud deixará claro que o homem é um incansável caçador de prazer e o uso do tóxico cumpre a função de compensação das inibições.

O Bierschewefel e o kneipzeitung evidenciam por seus próprios nomes que o senso crítico, repressor do prazer *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, decido 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 criança, tendo de novo o prazer de dispor de seus pensamentos livremente sem observar a compulsão da lógica (FREUD 1905/1996, pp.123-124).

Já no ano de 1908 em seu texto *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*, Freud irá falar de um estatuto tóxico das neuroses, algo que em 1915, ao falar das neuroses atuais, ele irá desdobrar.

Cuidadosa observação clínica permitiu-nos distinguir dois grupos de distúrbios nervosos: as neuroses propriamente ditas e as psiconeuroses. Nas primeiras, os distúrbios (sintomas), com efeitos seja no funcionamento somático, seja no mental, parecem ser de natureza *tóxica* comportando-se da mesma forma que os fenômenos que acompanham o excesso ou a escassez de certos tóxicos nervosos. Essas neuroses – comumente agrupadas sob a denominação de ‘neurastenia’ – podem resultar de influências nocivas na vida sexual, sem que seja necessária a presença de taras hereditárias (FREUD 1908/1996, p. 172);

Em 1912, Freud faz uma aproximação entre a escolha do objeto amoroso e a escolha do vinho entre os bebedores crônicos destacando que o tipo de vinho também não é substituído tão facilmente pelo sujeito que o elege como sua bebida favorita (CHASSAING 1998, p. 34).

Freud em sua *Conferência XXIV O Estado neurótico comum*(1915-16) ao explicar a distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses fala da influência das substâncias tóxicas destacando os efeitos delas sobre as neuroses atuais, algo que pelo grau de sua importância, decidimos citar este trecho na íntegra:

Agora, entretanto, devo chamar a atenção dos senhores para a decisiva diferença entre os sintomas das neuroses ‘atuais’ e os das psiconeuroses, das quais o primeiro grupo, as neuroses de transferência, nos manteve tão ocupados até agora. Em ambos os casos, os sintomas se originam da libido, e constituem, portanto, empregos anormais da mesma; são satisfações substitutivas. Mas os sintomas das neuroses ‘atuais’ - pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função - não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo (como, por exemplo, os sintomas histéricos, entre outros), como também constituem, eles próprios, processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais que já conhecemos. Assim, realmente são a mesma coisa que há tanto tempo acreditava-se serem os sintomas psiconeuróticos. Mas, sendo assim, com podem

elescorresponder a empregos da libido, que reconhecemos como força que opera na *mente*? Bem senhores, isto é algo muito simples. Permitam-me lembrar-lhes uma das primeiras objeções levantadas contra a psicanálise. Foi dito, então, que esta se ocupava em encontrar uma teoria puramente psicológica dos fenômenos neuróticos, e que isso era uma causa perdida, de vez que as teorias psicológicas jamais poderiam explicar uma doença. As pessoas haviam optado por esquecer que a função sexual não é uma coisa puramente psíquica, da mesma forma como não é uma coisa puramente somática. Influencia igualmente a vida corporal e mental. Se, nos sintomas das psiconeuroses, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na atuação *psíquica* da função sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses 'atuais' as consequências *somáticas* diretas dos distúrbios sexuais.

A clínica médica deu-nos uma indicação valiosa para uma interpretação desses distúrbios, uma indicação que foi objeto de considerações por vários investigadores. As neuroses 'atuais', nos detalhes de seus sintomas e também em sua característica de exercer influência em todo sistema orgânico e toda função, mostram uma inconfundível semelhança com os estados patológicos que surgem da influência crônica de substâncias tóxicas externas e de uma suspensão brusca das mesmas - as intoxicações e as situações de abstinência. Os dois grupos de distúrbios se aproximam mais intimamente por meio de condições intermediárias, tal como a doença de Grave, que sabemos ser, também ela, devida à ação de substâncias tóxicas, porém de toxinas não introduzidas no corpo, mas originadas no próprio metabolismo da pessoa(FREUD 1912/1996, p. 388).

No ano de 1930, em o *Mal-estar na cultura*, Freudfoi categórico ao mencionar a intoxicação do corpo como o recurso maisimportante, o mais eficaz, apesar de ser o mais estúpido utilizado pelos homens, diante do mal-estar intrínseco na relação entre os homens que formam o pacto civilizatório.

Freud nunca abordou as especificidades de uma clínica com sujeitos que fazem uso abusivos de drogas, mas ao mesmo tempo jamais deixou de citá-las ao longo do seu trabalho deixando contribuições fundamentais.

Deste modo, quando falamos em Redução de Danos e nos colocamos a escutar os usuários que apresentam algum tipo de problemática envolvendo o abuso de substâncias tóxicas e que nos endereçam alguma demanda, caso estejamos advertidos por Freud, podemos dizer que a intoxicação já é por si só uma tentativa do sujeito em reduzir os danos oriundo do mal-estar diante do Outro da cultura. Portanto, a droga como uma *satisfação substitutiva*, como ele afirma em 1930, pode cumprir uma função para cada sujeito e não funciona, a princípio, como a causa de sua desgraça, como o senso comum apreendeu a partir dos postuladosda medicina contemporânea e sua pseudociência psiquiátrica dos manuais atuais de psicopatologia, a droga neste

texto fundamenta de Freud aparece destacada por ele como uma solução do ma-estar e não como sua causa, *a priori*.

Aliás, sabemos pelos relatos de terceiros e pelas nossas experiências com substâncias tóxicas que elas podem muito bem nos servir em qualquer momento para descontração e interação com outras pessoas sem que isso se configure um uso abusivo e problemático, o que irá depender de como isto é feito e em que contexto estamos utilizando. Apesar disto, não afirmamos que um uso frequente mas não abusivo, por exemplo, de maconha – droga que já foi legalizada o uso em diferentes países para fins medicinais e/ou recreativos – não produza algum tipo de dano, caso venha a ser feito um uso contínuo e em doses cada vez maiores. Contudo, encontramos na clínica pacientes neuróticos e psicóticos que realizam usos “medicinais” por conta própria diante da angústia ou mesmo das alucinações auditivas afirmando a redução de seus sofrimentos. Um uso que muitas vezes é muito menos danoso em comparação ao uso de ansiolíticos e antipsicóticos e seus efeitos colaterais visíveis.

Ainda que saibamos disto, ficamos constrangidos inúmeras vezes na clínica em sustentarmos que a solução singular de cada sujeito diante de seu mal-estar possa passar pelo seu uso de *cannabis*, seja ele através da incidência da substância no organismo ou mesmo através do “efeito significativo canábico”, e vemos que a nomeação de usuário de drogas para muitos sujeitos psicóticos é uma saída possível para sua estabilização através da construção de seu delírio. Encontramos alguns destes sujeitos no CAPS ad Alameda (aliás, é comum que grande parte das supervisões aconteçam em torno das situações delicadas destes pacientes diante dos sujeitos neuróticos usuários de drogas) que ao se identificarem com o significante “drogado”, antes mesmo de chegar aos seus tratamentos, já faziam um trabalho artesanal com seu delírio em torno do uso de drogas. Exemplo disto é o paciente Thiago⁴⁴ que durante as crises em que escuta vozes de comando diz estar sofrendo os efeitos da “abstinência” afirmando a cada momento que seu problema não é loucura e sim uso de drogas.

Sobre o uso da maconha, mesmo nos estudos da neurociência, não há qualquer evidência de que o uso da maconha venha a ser mais prejudicial que o uso dos psicofármacos de última geração.

⁴⁴ Nome fictício.

Maconha afeta o corpo de modo sutil – modulando, ajustando – e, portanto, não mata. Ela não atinge o tronco encefálico, a região na base do cérebro que controla o coração e a respiração, e, por isso, é simplesmente incapaz de causar óbito, ao contrário do álcool e do tabaco. Não há dose letal conhecida para maconha: por mais que a pessoa consuma, é impossível morrer disso. Nesse ponto, ela apresenta grande vantagem em relação a quase tudo o que existe na farmácia (aspirina, por exemplo, mata todos os anos 8 mil pessoas só na América do Norte) (BURGIERMAN 2011, P.95).

O uso de drogas lícitas ou ilícitas não determina absolutamente nada em relação aos riscos que corremos ou a um processo patológico que está em jogo, e o uso de drogas pode inclusive ser benéfico quando sabemos e reconhecemos o momento certo de lançarmos mão dele, inclusive hoje há estudos em curso sobre os efeitos de alucinógenos e de outras drogas em diversos tipos de sofrimento psíquico e neurológicos, além dos próprios efeitos da maconha diante de determinadas síndromes ou efeitos indesejáveis dos antirretrovirais e pacientes em tratamento de câncer.

Na psicanálise, estamos muito mais preocupados em apreender o lugar de um sujeito diante da castração e a função que o objeto droga cumpre em sua dinâmica psíquica do que avaliarmos os efeitos químicos de uma substância no nível cerebral. Não fazemos isto por negligência ou irresponsabilidade, mas pelo fato de que temos evidências suficientes para afirmar que a problemática do uso de drogas é muito menos um problema de “dependência química” do que aquilo que pode vir a ser devastador para um sujeito e que se liga ao campo do gozo. Mesmo assim não desconsideramos que um organismo está em jogo nesta problemática do uso de drogas, mas a partir de Freud e Lacan consideramos uma dimensão outra que transborda a anatomia descritiva sustentada pela medicina, falamos aqui do conceito de pulsão como conceito fundamental para apreensão deste corpo na clínica, como Luciano Elia irá demonstrar em seu livro *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*.

Se a pulsão é o ponto de explosão do espaço psicofísico, é que ela rompe com a unidade individual. Não há, a partir de sua incidência a menor possibilidade de se pensar o corpo como este seria pensável num tempo logicamente anterior ao ponto de incidência pulsional. Do ponto de vista lógico, a pulsão tem, no plano do saber, um lugar determinado: ela explode a unidade psicofísica individual, *cellulamater* das ciências psicobiológicas. Isto significa que, após este advento – que é o advento da psicanálise no mundo – e evidentemente no interior do campo psicanalítico, o corpo só poderá ser pensado pulsionalmente, como corpo-efeito do investimento pulsional (ELIA 1995, p.96).

O autor, além de sustentar um não reducionismo organicista para as questões do corpo na clínica, neste mesmo livro ele também não adota uma possível compreensão

sociológica do indivíduo, como alguns “bem intencionados” do campo da atenção psicossocial tentam fazer para escapar do totalitarismo médico na atualidade. Afirmamos que o corpo, a ser rigorosa e simultaneamente distinguido do organismopsicobiológico e da produção meramente sociocultural, constitui-se na psicanálise como uma instância que entretém relações íntimas com o campo do Outro, portanto, com o significante.

Quando não predominam os preconceitos bio-psicologizantes oriundos do positivismo, substituem-nos as suposições sociologizantes, que procuram amparar a sua crítica na crença de que a psicanálise teria seus fundamentos nas correntes individualistas (francesa, representada por Louis Dumont, inglesa, David Lukes ou alemã, por Georg Simmel). Ora, na passagem do indivíduo psicobiológico para o individualismo sociológico não saímos do universo individual, porquanto o que é tomado como unidade de base do pensamento sociológico, na perspectiva considerada, é o indivíduo. Permanecemos metodológica e conceitualmente, no mesmo lugar. (ELIA 1995, p. 97).

A problemática que precisamos considerar com os nossos pacientes é o que se passa na ordem desua economia pulsional, e não algo que se refere a ordem química. A busca pela satisfação de cada sujeito não diz respeito especificamente aos mecanismos neuronais do cérebro, quando nos deparamos com sujeitos que tentam alcançar uma satisfação absoluta e ininterrupta com o seu uso de drogas ou com o uso de qualquer objeto oferecido pela cultura, sabemos que é deste mecanismo e economia pulsionais que estamos falando.

Sobre a satisfação que nos referimos a partir da psicanálise, Jacques-Alain Miller em seu texto *Lacan e a Políticos* diz:

Freud inaugurou outra coisa: o reconhecimento e a aceitação da “carne”, isto é, das pulsões, e o fato de que elas devem satisfazer-se, havendo, na falta disso, mal-estar, doença, neurose, sintoma. De modo mais preciso, elas encontram no sintoma uma satisfação substituta, enquanto não são reconhecidas e aceitas (MILLER 2005 p.10).

Podemos dizer que, neste sentido, o papel do analista e do profissional que se orienta estritamente pelas diretrizes da redução de danos se diferenciam consideravelmente. O analista, advertido por Freud, mesmo aquele que trabalhe nas equipes do campo das políticas de atenção psicossocial, sabe que a força com a qual precisará lidar no manejo com cada sujeito diz respeito à força pulsional e não da química de uma substância. Freud em seu texto *Observações sobre o amor*

*transfere*ncial (1915), demonstra que a transferência é a condição deste trabalho e que o nosso fazer se propõe a uma espécie de “amansamento” desta força pulsional. É claro que um psicanalista tem de encarar as coisas de um ponto de vista diferente” (FREUD 1915 p.178) dos demais profissionais mas também fazer com que os demais considerem, num coletivo profissional, de que a transferência é o motor deste trabalho. Algo que não significa que todos deveriam compreender a teoria sobre a transferência mas experimentá-la em ato com cada sujeito e recolher os efeitos de uma escuta a partir dela junto de um analista (supervisor, outro integrante da equipe, em reuniões in

sterinstitucionais, etc.).

Em muitos casos em que observamos um uso problemático de drogas, este fenômeno relaciona-se diretamente a uma desregulação do campo pulsional, momento em que há uma tentativa por parte do sujeito de cumprir o impossível para a realização de um programa de vida pautado pelo princípio do prazer numa busca pela felicidade permanente e que pode produzir devastações psicossociais graves e até a morte.

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 lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. (...) Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de **causar danos** (FREUD 1930, p. 86, GRIFO DO AUTOR).

Portanto, a intoxicação, aparece e reaparece no texto de Freud muitas vezes, mas ele nunca se dedicou à transmissão de uma clínica sobre casos de usos abusivos de substâncias tóxicas. Ao longo de sua obra, de maneira resumida, podemos dizer que o recurso tóxico surgiu possibilitando o apaziguamento do mal-estar assim como um “causador de danos”, mas não sem considerar a localização de um sujeito no laço social com o Outro, onde sua posição é determinante na causa que o faz buscar o tóxico como recurso. Destarte, a “mania de tóxicos”, ou, como alguns preferem chamar, a “toxicomania” (termo que interrogamos contundentemente já que não podemos substituir uma compreensão diagnóstica estrutural por uma baseada no fenômeno), só pode ser compreendida como um “fenômeno de superfície”, digamos assim, já que o que está em jogo diz respeito sempre ao sujeito do inconsciente e sua relação com o gozo, sujeito este que é **desprovido de qualidades** (ELIA, 2000). Como já asseveramos, este sujeito emerge entre significantes, como nos afirma Lacan, ele é o que um significante representa para outro significante, portanto, não podemos dizer que haja um “sujeito toxicômano”.

Identificar um sujeito ao nome de toxicômano, aliená-lo a isto, só poderá produzir o pior, já que o nomeia e o fixa em algo que, além de ser uma categoria fenomenológica, não nos diz absolutamente nada sobre sua posição de sujeito numa estrutura (sua resposta diante da castração)e, muitas vezes, faz com que ele apenas responda a partir do lugar para o qual o denominamos – e consequências ainda mais graves acontecem também quando nos referirmos assim aos adolescentes em uso de drogas que justamente estão neste processo de construção de algumas de suas identificações e um novo lugar possível no campo do Outro.

Portanto, nos serviços de saúde mental quando realizamos os nossos encaminhamentos ou decidimos que um sujeito dê continuidade ao seu tratamento na instituição em que trabalhamos, precisamos considerar que o nome álcool e drogas quando acompanhada sigla CAPS pode ou não produzir efeitos clínicos mais ou menos interessantes, como já mencionamos no caso de alguns psicóticos.

Neste sentido, quando abordamos o tema dos encaminhamentos na rede de atenção psicossocial, o clínico advertido pela psicanálise, – e isto também se refere à redução ou à produção de novos danos sobre um sujeito –saberá que é o responsável para que esta cola de significantes no corpo de um sujeito pela via da identificação não ganhe consistência. Um sujeito que se dirige a um serviço de atendimento para usuários de drogas, mesmo quando orientado pela redução de danos e sem a presença de um discurso hermético sobre este fenômeno, de um certo modo, recebe do Outro social a confirmação de que sua problemática advém daí e não de sua posição de sujeito (e muitos deles já chegam se nomeando assim: “sou um sujeito dependente de drogas”). Nossa função como clínicos, nestes casos, é mais produzir uma *desidentificação* e não o contrário, pois sabemos dos perigos que uma cola identificatória pode produzir em determinados sujeitos que até então não se reconheciam como “dependentes químicos”. Isto também é um modo de reduzirmos danos.

4.3 A resistência, antes de mais nada, é a do próprio analista: alguns embaraços clínico-políticos na atenção psicossocial com usuários de drogas

Nos serviços nos quais nos localizamos, aprendemos com a prática clínica e a partir das advertências das portarias ministeriais sobre a Redução de Danos que, muitas vezes, sujeitos não nos demandam absolutamente nada que diga respeito ao tratamento de seu sofrimento psíquico e que se refira ao seu uso abusivo de drogas (internações, medicações específicas para lidar com seu uso abusivo, psicoterapias, etc.), mas há outras demandas que precisamos acolher, não para respondê-las numa correspondência absoluta, mas para trabalharmos a partir daí através da palavra e do objeto que falta para se suprir o impossível da demanda, já que enquanto sujeitos não estamos no campo das necessidades a serem supridas.

Como afirmamos no tópico anterior, ao não nos fixarmos ao fenômeno do uso de drogas, a nossa posição é uma posição de abstinência, posição esta descrita por Freud e que se refere a qualquer ao tratamento de qualquer sujeito que nos endereça uma demanda de trabalho analítico. O que cada um nos endereçará como sua problemática a ser tratada e quais os caminhos que iremos percorrer com cada sujeito, a priori, nada sabemos. Não podemos partir do princípio que sujeitos que realizam algum uso abusivo de drogas localizará neste seu modo de gozar o ponto de onde irá nos endereçar alguma demanda.

Mas notamos, cotidianamente, que esta posição é de extrema complexidade, mesmo para alguns analistas experientes, já que o fenômeno que está em jogo produz inúmeras identificações imaginárias a partir de um gozar do próprio corpo que estes sujeitos demonstram “a céu aberto” (expressão que não tem o mesmo sentido de “inconsciente a céu aberto”, que Lacan empregou a respeito da psicose). Como nos ensina Lacan, cada sujeito tem um corpo, diferentemente de uma compreensão de que somos um corpo. Deste modo, cada sujeito poderá utilizá-lo a seu gosto para extrair satisfação mesmo que esta seja, muitas vezes, mortífera.

De modo ilustrativo, citamos o filme escocês *Trainspotting* (BOYLE, 1996) cujo início é marcado por “viciados” em heroína denunciando este modo de gozar presente na vida dos neuróticos hoje fixados na obtenção de satisfação imediata através de seus *gadgets*.

Escolha uma vida. Escolha um emprego. Escolha uma carreira – escolha uma família! Escolha a porra de uma TV grande! Escolha uma máquina de lavar, carros, discman, abridora de latas eletrônica. Escolha uma boa saúde, baixo colesterol, plano de saúde dentária. Escolha parcelas fixas para pagar. Escolha uma casa – escolha seus amigos! Escolha roupas, acessórios. Escolha um terno feito do melhor tecido. Escolha bater uma punheta num domingo de manhã pensando nessa merda de vida. Escolha sentar no sofá pra ficar vendo programas de auditório. Comer um monte de porcaria e acabar apodrecendo. E no fim do caminho escolha uma família e filhos que vão se envergonhar de você por causa desse sentimento egoísta de que você o pôs no mundo pra substituí-lo. Escolha o seu futuro. Escolha a vida⁴⁵.

Quando desconsideramos a nomeação de “toxicômanos” para referir-nos aos sujeitos que fazem algum uso abusivo de drogas, não desconsideramos que há especificidades clínicas na atualidade e que estas se referem ao sintoma neurótico e seus modos de gozar. O processo neoliberal que captura os meios de produção e os objetos da cultura incide igualmente sobre o *modus operandi* da neurose e da psicose já que o inconsciente não é uma entidade que se constitui fora da cultura, ele recebe as marcas do Outro da cultura (de seu tempo histórico) e isto irá incidir na posição de cada sujeito diante do Outro, cuja especificidade - que define inclusive a estrutura que assim se constitui dependerá do modo como cada sujeito terá extraído da massa sígnica que o terá afetado (preche de significações culturais de determinada ordem social) os elementos significantes que constituirão o que chamamos de posição subjetiva inconsciente. Este aspecto será desenvolvido adiante.

Os personagens de *Trainspotting*, neste sentido, denunciam que a neurose na atualidade, muitas vezes, permanece numa errância em meio aos objetos oferecidos pela cultura neoliberal, supostoferecerem cada vez mais satisfação. Os personagens ao qual nos referimos sabem disto e elegem a droga como o objeto de gozo, ainda que mesmo este objeto jamais venha a suprir a dimensão de falta onde localizamos o objeto *a*. Escutar esta denúncia a cada sujeito que nos chega não á tarefa fácil para os profissionais e nem mesmo para o analista que se encontra entre eles.

Nos dias atuais constatamos, a partir da simples experiência, que há uma nova crise, que atingiu desta vez os próprios fundamentos do sentido na cultura, Isso, naturalmente dificulta a função do intérprete, da qual tem dependido o psicanalista. Não é que a produção de sentido já nãoocorra, senão que se tornou mais difícil situar a alteridade capaz de enunciá-lo ou legitimá-lo. Um exemplo bem simples são os anúncios publicitários, que, ao

⁴⁵ Tradução do próprio autor.

mesmo tempo que são saturados de sentido, escondem a origem da injunção superegógica ao consumo, de forma que parece anônima, e o desejo que neles opera possa ser tomado pelo sujeito como genuinamente seu. É uma espécie de curto-circuito: o comportamento visado deve ser um efeito quase imediato de estimular o consumo, sem passar ou passando o mínimo por uma pergunta do tipo “mas para quê?” ou “por que eu?” (BARROS 2015 p. 106-107)

Não estamos de acordo com os dizeres dos psicanalistas que afirmam que o mundo atual é um mundo sem castração, sem *Nome-do-Pai*, de modo quase apocalíptico repetindo suas palavras de ordem nostalgicamente. Na atualidade continuamos a falar de neurose e psicose ainda que com especificidades que se referem à cultura contemporânea, assim como acontecia nos tempos de Freud.

Percebemos que em alguns clínicos e profissionais, a partir do que esses sujeitos produzem neles, alguma coisa da posição de escuta analítica se perde caindo no campo da contra-transferência que produz grandes resistências e os fazem adotar posições arbitrárias e higiênicas. Sabemos com Lacan (1964) que a resistência, antes de ser do sujeito em trabalho analítico, é do próprio analista, contudo, com casos como estes que apresentamos até aqui, isto se evidencia chegando até a sua expulsão do tratamento⁴⁶ (mesmo numa instituição orientada pela Redução de Danos), como verificamos em algumas situações que testemunhamos.

Quando trabalhamos sem cuidar dos efeitos da contra-transferência, que Lacan designou como a soma dos preconceitos do analista (e para o cuja neutralização a supervisão psicanalítica das equipes é fator fundamental), não conseguimos ir muito longe num trabalho clínico e expulsamos o sujeito em nome do nosso horror ou através de uma paixão pela identificação onde nos reconhecemos no outro, como é de costume acontecer nos grupos anônimos (Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos).

Os grupos de A.A. e de N.A. funcionam semelhantemente aos grupos descritos por Freud em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921) tendo como paradigma o exército e a igreja (e não é à toa a presença de um discurso religioso nos 12 passos que seguem e a ideia de combate as drogas). Para lembrarmos, Freud nos diz neste escrito que tais grupos se formam de modo que um líder encontra-se reconhecido pelos membros do grupo através de uma identificação precisa e que está vinculada ao ideal de eu de cada indivíduo. Como efeito, Freud destacará a perda da personalidade

⁴⁶ Destacamos que a expulsão do sujeito já está dada de saída no trabalho e é trabalho do analista inseri-lo a partir do campo da linguagem através da metodologia psicanalítica de operação.

individual consciente e uma posição de regressão semelhante a uma atividade mental ocorrida na horda primitiva. Neste caso, o pai primevo é o ideal do grupo, que dirige o eu no lugar do ideal de eu (BARLETA 2016, p.103).

Aqueles membros do grupo, cujo ideal do eu não se corporifica em uma pessoa sem objeção, acabam por ser arrastados com os demais pelo fenômeno da ‘sugestão’, ou seja, por meio da identificação. Com essa explicação sobre a estrutura libidinal dos grupos, Freud afirma a distinção entre o eu e o ideal do eu e a dupla espécie de vínculo que isso possibilita: a identificação e a colocação do objeto no lugar do ideal do eu (*Idem Ibidem*).

Diferentemente dos efeitos nocivos que os trabalhos realizados pela via da identificação também podem causar (efeitos de expulsão e segregação de sujeitos), a contra-transferência também promove seus efeitos nefastos como já citamos e que pode culminar no impedimento de que um dado sujeito se trate, como vimos acontecer inúmeras vezes no próprio CAPS-ad. Podemos citar como exemplo, a partir de um trabalho de supervisão clínico-institucional que realizamos no interior do Brasil, um caso de um jovem usuário de crack que, antes da chegada do supervisor, era visto pela maioria dos profissionais como um simples jovem rebelde que não queria se tratar e não obedecia as regras do serviço de saúde. Ele relatava à psicóloga que ficava “invernando⁴⁷” com o crack após ter sido expulso de casa pela própria mãe e que desde então não consegue mais ficar sem a droga. Contudo, mesmo assim, insiste em ir ao CAPS várias vezes da semana e, muitas vezes, pede para permanecer na convivência do serviço mesmo após esta estar fechada para circulação no período da noite. Este jovem poderia invernar todo o seu tempo com o crack, mas escolhe ir ao CAPS⁴⁸ e insistir em sua permanência e proteção. Não seria este um apelo do sujeito para que fosse acolhido e escutado de uma outra maneira que não apenas como alguém resistente ao tratamento, um rebelde? Ele insiste no CAPS, ele pede ajuda, apesar de não interromper seu uso de drogas. Apesar disso, muitos técnicos naquela ocasião resistiam à presença deste usuário, achavam que este jovem “não tinha jeito” e concluíam que a resistência estava do lado do sujeito e não dos próprios técnicos.

⁴⁷ Gíria da região brasileira onde este trabalho aconteceu e que significa um uso contínuo e abusivo de drogas.

⁴⁸ O CAPS ao qual nos referimos é um CAPS ad III, ou seja, possui acolhimento noturno para os usuários.

A resistência localizada do lado dos profissionais, efeitos da contra-transferência diante destes sujeitos, faz correremos o risco de sermos capturados, no dia-a-dia do nosso trabalho com sujeitos, a partir de um insuportável que emerge em seus dizeres a partir de seus modos de gozo com a droga. Muitas vezes, inclusive, o posicionamento equivocado dos profissionais (promotor de violências) produz nos sujeitos situações de agressividade. Sobre isto, Lacan em seu *Seminário V* nos dirá que a identificação imaginária está relacionada diretamente a questão da agressividade – neste mesmo Seminário, Lacan retoma a *Massenpsychologie* de Freud para falar dos três tipos de identificação, no que não nos deteremos neste momento para não nos desviarmos do tema principal, mas damos aqui a indicação de um trecho de suas considerações.

Se a violência distingue-se em sua essência da fala, pode colocar-se a questão de saber em que medida a violência como tal – para distingui-la do uso que fazemos do termo agressividade – pode ser recalcada, uma vez que postulamos como princípio que só pode ser recalcado, em princípio, aquilo que revela ter ingressado na estrutura da fala, isto é, a uma articulação significante. Se o que é da ordem da agressividade chega a ser simbolizado e captado no mecanismo daquilo que é recalque, inconsciência, daquilo que é analisável, e até, de maneira geral, daquilo que é interpretável, é por intermédio do assassinato do semelhante que está latente na relação imaginária (LACAN 1958, p. 471).

Também é comum os profissionais sentirem uma espécie de “fissura⁴⁹” com a tema do uso de drogas de seus pacientes não colocando em suspensão o fenômeno e ansiando que o sujeito fale rapidamente sobre isto (numa espécie de “fale-me mais sobre a droga”) e esteja disponível para abrir mão deste recurso ou colocá-lo em questão. Permanecem surdos diante do inédito que pode surgir em seus endereçamentos e no transcorrer de seus ditos. Um princípio clínico fundamental (esteja o analista onde estiver: no consultório, nas ruas, no CAPS, etc.) é sempre o de acolhermos a demanda do modo como ela pode nos chegar, sem restrições pré-concebidas, trilhamentos pré-formatados e saberes pré-concebidos. Acolher a demanda não significa atendê-la prontamente acreditando que iremos suturá-la, já que ao fazer isso, obturamos as vias do desejo. Isto não significa que não haja respostas e um silêncio pode ser uma resposta, como nos lembra Lacan na abertura de seu escrito pioneiro *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1953).

⁴⁹ Expressão utilizada para descrever o fenômeno da ansiedade que acontece com alguns usuários de cocaína diante da interrupção do uso onde apresentam agitação, pensamentos e sonhos com a droga.

O não pedido para tratamento do uso de drogas não significa que não haja demandas para uma escuta e algumas respostas a serem dadas. Muitas vezes, estas demandas chegam até nós através de pedidos por bens e cuidados sociais (pedidos por documentos, carteiras de trabalho, etc.), como nos revela a nossa clínica assim como a pesquisa realizada pela FIOCRUZ no ano de 2013 com os usuários de crack em suas “cenas de uso” em todo o Brasil: a demanda por tratamento para o abuso da droga é um fator secundário diante das devastações de suas condições sociais. Com a escuta analítica, damos um passo a mais ao inserir uma outra possibilidade de escuta, uma escuta que entende que as questões destes sujeitos não resume-se a um problema apenas socioeconômico, ainda que isto tenha importantes atravessamentos e precise que cuidemos com eles de maneira que os impliquem.

Apostamos num além destas demandas, na implicação de um sujeito diante de sua condição atual, algo que só acontece se trabalharmos pela via da transferência. “Quando não o fazemos, o trabalho torna-se em vão. A transferência já é, em si mesma, um campo aberto, a possibilidade de uma outra articulação significativa, diferente da que encerra o sujeito na demanda” (*Idem* p. 441). Isto significa que a construção da transferência como motor do trabalho é uma condição para que possibitemos que cada sujeito sustente sua demanda conosco de modo que suas palavras ganhem alguma consistência e produza invenções diante de suas mazelas. Oferecemos em primeiro lugar uma escuta atenta ao que se diz, a cada palavra endereçada pela via do amor de transferência, algo que raramente algum destes sujeitos já vivenciou em seus percursos e, portanto, podemos surpreendê-los pelos seus efeitos que são verificáveis em nosso trabalho.

Nossa aproximação destes sujeitos (diretamente ou através da supervisão de outros profissionais) faz com que acolhamos estas demandas numa aposta de algo que está para além desta “represa de demandas” – a partir da extração de um saber que é inconsciente e que singulariza cada sujeito e que pode fazer barreira a um gozo desenfreado – e algumas vezes, para que o trabalho aconteça, precisamos manejar com estes objetos que respondem aos cuidados sociais (ou com os insumos para o uso de drogas menos danosos para a saúde do corpo).

Se nos países europeus e no Canadá a questão médico-sanitária ganhou força nas ações de Redução de Danos com a distribuição de insumos e cuidados das infecções sexualmente transmissíveis, no Brasil, os nossos usuários deixam claro que não é disto que se trata ao falar de seus sofrimentos e de seus usos de drogas mas os "usuários

brasileiros" só podem deixar isso claro por causa da incidência, na comunidade profissional brasileira, de um efeito importante do discurso psicanalítico e aí estamos além de cada profissional em sua singularidade, e precisamos invocar a dimensão de uma discursividade coletiva ou cultural que porta a referida incidência no Brasil.

A dimensão pulsional aparece claramente em seus relatos pela via de uma devastação de seus corpos (considerando que falamos de um público restrito de usuários de drogas já que a maioria não se apresenta deste modo, algo que também é confirmado pela pesquisa da FIOCRUZ já citada) e/ou através da violência do tráfico, da polícia, nas ruas, na comunidade, etc.. Suas preocupações principais circulam menos em torno do uso de drogas e mais a partir do que poderão fazer com eles ou o que eles poderão fazer com o outro diante da violência sem regulação presente no laço social. O que verificamos em nossa clínica é a possibilidade de cada sujeito inventar alguma regulação desta dimensão de gozo a partir do uso da palavra sobre aquilo que é impossível de dizer. Algumas vezes é a partir de um “nada tenho a dizer” que uma sugestão, a partir da nossa presença unida à oferta de objetos-signos da cidadania (retirada de documentos, alimentos, etc.), que permite, num passar do tempo, inserir palavras onde *a priori* havia apenas *passagens ao ato* através da instalação de uma transferência. Tomamos aqui as palavras emprestadas de Jean Oury, em seu livro *O Coletivo* (2009 p. 27) adaptando, obviamente, ao nosso tema, já que o autor referia-se ao seu fazer numa instituição psiquiátrica na França, *La Borde*:

A eficácia é poder favorecer esta dimensão da passagem de um sistema a outro, de um lugar a outro, de uma pessoa a outra. No fim das contas, é ter acesso a esta distinguibilidade que é posta em prática. (...). O sentido é o fenômeno de passagem de um discurso a outro (por oposição a significação). Esta passagem de um discurso a outro é algo que privilegia uma dialética das demandas. Estamos aqui num plano de análise, que pode ser uma análise coletiva.

É justamente quando nos colocamos a escutá-los (a partir da transferência) ou durante a supervisão de outros profissionais que demandam auxílio para que possam manejar as transferências, que encontramos os maiores desafios nisto que Oury nos atentou e chamou de passagem.

Para retomarmos nossa discussão anterior sobre a Atenção Psicossocial na Atenção Básica, não podemos deixar de dizer que é este o principal ponto de recuo da maioria dos serviços (o que não exclui que este mesmo impasse também aconteça em muitos CAPS). A proposta da Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde

permanece como um grande ideal irrealizável, justamente por desconsiderar uma estrutura clínica de trabalho atravessada por supervisões e espaços de trabalho entre muitos onde a transferência é o seu motor e uma direção de intervenções apontadas por cada sujeito. Nestes serviços com responsabilidades sanitárias territoriais, a aposta no sujeito permanece secundária ou inexistente, algo inconcebível se trabalhamos numa direção clínica.

Para que possamos ilustrar o que apresentamos até aqui, citaremos o caso Alex, caso acompanhado numa unidade da Atenção Básica (na sede do Consultório na Rua e que se localizava num posto de saúde) no qual, diante do insuportável que ele nos trazia em suas falas e no modo como ele se endereçava à equipe (com falas e ações agressivas) a equipe cogitou seu impedimento de entrada no prédio onde nos reuníamos e tínhamos alguns consultórios. Nossa posição foi a de sustentar que Alex só conseguia se endereçar daquela maneira e que isto não significava fazer o que elequisesse conosco:

Alex tinha 29 anos quando o acompanhamos na equipe do Consultório na Rua entre os anos de 2012 e 2013. Com o passar do tempo e a partir de um grande horror que ele produzia na equipe com suas histórias de violência e seu humor intempestivo, os profissionais decidiram que ele seria atendido apenas pelo psicólogo e não pelos demais profissionais.

Sua escuta se iniciou antes das restrições impostas, após uma avaliação médica onde se identificava a necessidade de um tratamento oftalmológico impossível de se realizar diante de seu uso abusivo de cocaína que o fazia esquecer de algumas datas de exame. Nossos encontros se davam na rua, no hospital geral (onde permanecia internado durante alguns dias após brigas) e na unidade básica de saúde, sede do Consultório na Rua. Alex, ao iniciar seu endereçamento a equipe, começou a apresentar-se bastante agressivo chegando a agredir um enfermeiro e ameaçar agentes comunitários de saúde (ACS) e a médica que o assistia. Entretanto, conseguia endereçar-se a mim reconhecendo a importância de falar sobre suas encrencas. Dizia odiar a equipe, mas gostava de falar ao psicólogo por este ser “um docinho” e não lhe fazer exigências. A entrada no tratamento de um psicólogo orientado pela psicanálise junto da oferta de uma escuta clínica passou a circunscrever seus ataques de ódio traduzindo seus atos agressivos em palavras e atuações endereçadas.

O que a princípio se apresentava na sequência do ódio às pessoas ao seu redor através de explicações onde dizia não confiar em ninguém, era o uso abusivo de

cocaína: “fico escaldado na rua porque comprei drogas e não paguei”, fulano “quer me pegar porque peguei a mulher dele”, “não sou de levar desaforo pra casa, sou maloqueiro e dou porrada mesmo”. Após um longo período de escuta, Alex passou a falar de sua infância e de uma cena que dizia ter sido traumática: “fui abusado sexualmente aos seis anos de idade” – e é justamente a escuta daquilo que é traumático para um sujeito que marcará a diferença entre as demais escutas tão mencionadas pelos outros profissionais de formação humanista e médica. Além disso, contava sem grandes explicações que veio do Espírito Santo para ficar longe de seu filho e de sua mãe (de sua própria mãe e da mãe de seu filho).

Alex não falava da cocaína como um grande problema em sua vida. Com o passar do tempo conseguiu um emprego numa construção (pedreiro) e alugou um quartinho numa espécie de cortiço. Aos poucos diminuiu consideravelmente seu uso de cocaína e passou a se endereçar não mais com ódio, mas sim bastante angustiado dizendo ter “pensamentos horríveis e insistentes”. A equipe, naquele momento, estava satisfeita pois conseguiu realizar aquilo que chamamos de “reinserção social”. Verificamos, contudo, que o que as políticas sociais identificam como “um caminho do bem” (reduzir o uso de drogas ilícitas, inserção no mundo do trabalho, residir fora das ruas, etc.), neste caso, era o seu pior caminho. Com o passar dos atendimentos, identificamos que o uso de cocaína cumpria uma função importante em sua economia psíquica na falta de uma outra regulação possível para algo que era insuportável para ele.

Alex dizia que tais pensamentos apareceram à medida que diminuiu seu uso de drogas e que estes pensamentos estavam relacionados à sua “fuga” do Espírito Santo para que não ficasse perto de seu filho, para que não fizesse nenhum mal a ele. Falava que agora estes pensamentos eram disparados ao ver uma criança de nove anos, filho de uma vizinha que brincava no cortiço. Afirmava que este pensamento era “proibido” e que se mataria caso cedesse a este impulso sexual. Em meios aos seus relatos, ao falar de seu uso de cocaína e do medo que tinha de retornar ao uso abusivo e, conseqüentemente, retornar às ruas, o relacionava ao significante “ilegal”: “não quero ficar ilegal de novo”. Entre o “proibido” e o “ilegal”, Alex apostou no ilegal como uma possibilidade diante do impossível e do insuportável, já que estes eram os dois únicos caminhos que ele se colocava sendo o proibido um tabu insuportável que o levaria à morte. Alex, semanas depois reaparece afirmando precisar de ajuda, pois

voltou para as ruas, para as brigas e para o uso abusivo de cocaína, os pensamentos insuportáveis desapareceram, retomamos o seu tratamento.

O caso Alex ilustra as encrencas e os embaraços com os quais lidamos ao nos colocarmos a escuta de sujeitos em extrema situação de vulnerabilidade nos mais variados espaços da cidade. Vale dizer que tal vulnerabilidade não se refere apenas à falta de recursos sociais, de bens, ou diante da intensa exposição às substâncias químicas, mas sobretudo a um excesso de gozo sem regulação (algo que pode compor com a falta de recursos materiais mas não o determina). Portanto, ao falarmos das estratégias de Redução de Danos e a presença de um fazer do analista em terrenos psicossociais, apostamos que as intervenções das equipes de saúde através da oferta de objetos para a diminuição do impacto das drogas no corpo assim como as estratégias de ofertas de objetos signos de cidadania se fazem apenas como o início de um longo trabalho.

4.4 O Proibicionismo e suas consequências: clínica e Redução de Danos nas trincheiras da guerra às drogas

Para fundamentarmos a nossa discussão em torno da relação e das contribuições da psicanálise na seara das políticas sobre drogas, mais especificamente sobre as consequências das ações de Redução de Danos quando articuladas a um fazer clínico, partiremos da seguinte afirmação: os danos causados pelo uso de drogas está menos relacionado aos possíveis efeitos químicos e danosos ao corpo e mais à uma cultura proibicionista⁵⁰. A partir desta afirmação, deixamos as seguintes questões para serem respondidas ao longo da nossa trajetória de pesquisa: podem as políticas e as estratégias de redução de danos se ocuparem destes outros danos causados pelo discurso político-criminal sobre o uso de drogas? Como a psicanálise pode ser uma aliada fundamental neste processo de descriminalização dos usuários contribuindo para a construção de outra cultura sobre as drogas?

Desde logo afirmamos que para que exista uma discussão clínica consistente e com consequências políticas ao campo, outros saberes, como a Criminologia, do Direito Penal, as Ciências Sociais e a Antropologia precisarão participar desta discussão. Muitos dos estudos destes outros campos de saber apontam os efeitos nocivos da criminalização

e da patologização dos usuários de drogas, efeito também desta cultura proibicionista e das engrenagens punitivas que constituem o Estado brasileiro.

Como consequência de uma cultura proibicionista e das leis de criminalização dos usuários ao redor do mundo, um dos principais pesquisadores sobre o tema em Portugal, Jorge Quintas, em seu livro *Regulação legal do consumo de drogas: Impactos da experiência portuguesa da descriminalização*(2011), afirma que, em relação às metodologias legais punitivas sobre os consumidores, os danos podem ser maiores que o próprio consumo tanto no nível individual quanto no nível macrossocial. O autor afirma que no domínio da saúde verificamos uma inibição do acesso aos tratamentos, o que faz com que os usuários, diante do agravamento dos quadros clínicos, acabem tendo que recorrer a níveis mais complexos da saúde pública, evitáveis se os níveis básicos fossem acessados desde o início, o que é inibido pelo temor do usuário a uma ordem proibicionista e punitivista; no domínio do funcionamento econômico e social percebemos que o estigma da ilegalidade produz danos na “autoestima”, na reputação e na empregabilidade dos consumidores de drogas; no domínio da segurança e da ordem pública identificamos danos causados pelos meios de se obterem as drogas na presença de uma lei punitiva que produz situações complexas e perigosas; no domínio da justiça criminal observa-se o congestionamento dos processos nos tribunais e a superlotação das prisões, ou seja, altos-custos e consequências nefastas para o cidadão (QUINTAS 2011 p. 46-47).

Salo de Carvalho em seu livro *A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06* (2010), constrói uma discussão importante sobre as leis atuais brasileiras relacionadas às drogas, em especial a Lei 11.343/06, na qual os cuidados aos usuários de drogas ainda pautam-se no poder judiciário travestido por um suposto princípio de cidadania. A nova lei nacional alterou alguns pressupostos da Lei 6.368/76 – lei instituída no decorrer da Ditadura Militar brasileira cujo caráter é declaradamente punitivo e orientado pela criminalização dos usuários – colocando em destaque um caráter sanitário em torno do uso de drogas pautado na prevenção, mas que permanece com relações íntimas com o Direito Penal. Identifica-se na lei de 2006, claramente, um discurso jurídico em torno do uso de drogas apesar de uma suposta distinguibilidade entre os usuários de drogas e os comerciantes de drogas ilícitas demonstrando a importância da oferta de tratamentos e da prevenção.

Contudo, a não clareza da lei e os atravessamentos subjetivos que preenchem suas zonas obscuras autorizam as mais variadas interpretações sobre aqueles que portam

consigo alguma substância de uso ilícito. Estas interpretações são atravessadas por discursos que endossam e respondem ao racismo e a segregação da miséria já existente em nosso país e que, muitas vezes, tem o policial – responsável pela abordagem dos indivíduos – como seu principal ator cotidiano e que nomeia a cena com o portador de drogas ilícitas como “flagrante”. Os maiores danos provocados pelo uso de drogas inicia-se sempre neste discurso que autoriza a polícia (em destaque a polícia militar) a travar uma infinita guerra aos usuários que, muitas vezes, mesmo afirmando sua condição de usuário, é destituído de sua palavra e estigmatizado como mais um ator componente do tráfico de drogas, “pois é preciso mostrar serviço”.

Deste modo, verificamos reiteradamente a dubiedade e um hiato do Estado brasileiro quando o assunto é o consumo de drogas ilícitas: por um lado há um aparato estatal pautado pelo poder punitivo e sanitarista cujo seus pilares são altamente morais e por outro lado, uma política pública localizada no setor da saúde pública que preconiza a Redução de Danos como norteadora das ações em saúde como, por exemplo, a portaria de número 1.028 de 01 de julho de 2005.

Ao analisarmos as propostas previstas nas portarias de Redução de Danos, identificamos claramente seu fazer **antiproibicionista** diante dos danos e dos riscos que encontramos naqueles que realizam usos abusivos.

A cooperação desses usuários e as experiências inovadoras que nutrem os engajamentos de militantes e profissionais, de fato especializados na escuta e na aceitação de estratégias nem sempre toleradas ou concebidas como legais, correspondem a ações em contramão aos sentidos de vários dispositivos institucionais, especialmente do aparelho estatal dos poderes públicos, como as ações jurídicas e policiais (NEVES & SANTOS 2011, p. 33).

Neste ponto encontramos uma zona de tensionamento entre a operacionalização das estratégias de Redução de Danos e todo o restante do aparato legislativo nacional sobre as drogas, o que produz algumas consequências desastrosas, principalmente, por exemplo, na execução das propostas de alguns setores do cuidado público, como, por exemplo, na Saúde (regido pelo SUS) e no Desenvolvimento Social (regido pelo SUAS).

Podemos dizer que os profissionais responsáveis pelo cuidado dos usuários de drogas, deste modo, encontram-se numa trincheira onde há duas forças que se contradizem e discursos antagônicos que a atravessam, assim como atravessam o senso comum e endossam os apelos morais considerando as muitas décadas de existência de

uma política de criminalização. A principal guerra com a qual nos deparamos todos os dias está menos dentro das favelas e mais entre os discursos promotores destas leis (ou que a perpetuam) e que autorizam a troca de tiros em todos os espaços da cidade, principalmente nas regiões onde o Estado mostra-se ausente. Há um extermínio desta população em jogo, população composta, principalmente, por pessoas pobres e negras⁵¹. Portanto, podemos dizer que de modo velado esta guerra também se traduz como um extermínio étnico já iniciado no Brasil nos anos 20 do século passado através de discursos e práticas eugênicas que eram reconhecidas pelo Estado como legítimas (isto para não citar os três séculos de escravidão de africanos que tivemos perpetuada até o século XIX, sendo o último país a abolir a escravidão). Segundo o psicólogo José Moura Gonçalves Filho em seu texto *A dominação racista: o passado do presente* (2017), observamos que:

O racismo é, eminentemente, um fenômeno histórico, e os fenômenos históricos são eminentemente sociais. É uma luta de grupo contra grupo. A humilhação de um negro é praticada de modo nunca destinado apenas a ele. O ataque a “um negro” é sempre “aos negros”. O ataque racista deve valer a muitos, a todos os negros. É um ataque exemplar, contra um grupo, e que representa os interesses do grupo atacante (FILHO 2017 p. 148).

Neste caso, o grupo ao qual nos referimos é o Estado brasileiro, composto, em sua maioria, por homens brancos e um grupo pentecostal e neopentecostal crescente ocupando, cada vez mais, cadeiras no Senado Nacional. As drogas, através da política de criminalização de seus usuários – uma criminalização específica, destinada aos moradores das periferias, já que os filhos abastados desta nação não sofrem estes mesmos efeitos –, neste caso, os primeiros (os moradores das periferias) participam apenas em sua condição de *Pharmakós* (como na medicina anterior a Hipócrates em que a cura era realizada através da magia por uma transferência simbólica do mal) e não de *Pharmakón*, distinção que o espanhol Antonio Escohotado estabelece em seu livro *História Elementar das Drogas* (2004). O autor afirma que *Pharmakós* refere-se ao

⁵¹O tema do racismo é timidamente abordado pela psicanálise. Necessitaria de um trabalho amplo para que pudéssemos desdobrá-lo a partir das nossas experiências clínicas. No Brasil temos o livro da psicanalista Neusa Santos Souza de 1990, *Tornar-se Negro*, como trabalho pioneiro na abordagem desta problemática na perspectiva analítica. Atribuímos este desinteresse pelo tema por parte dos analistas em decorrência da elitização da psicanálise no Brasil e no mundo tendo seus praticantes, em sua maioria, composta por homens e mulheres brancos oriundos das classes abastadas e descendentes de europeus. O tema do racismo entre os analistas emergiu, nas últimas décadas do século XX, principalmente, pela inserção de analistas em ONGs e serviços públicos de saúde para o atendimento da população mais pobre. Contudo, ainda, a teorização do tema mostra-se de maneira tímida em nossas produções acadêmicas.

bode (expiatório), aquele que absorve a impureza alheia e que, no caso desta guerra a qual nos referimos, serve de artefato para justificar as chacinas cotidianas de determinada parte da população considerada impura aos olhos do discurso racista que, no Brasil, opera com toda sua força mas que consegue se esconder nas entrelinhas da macro e da micropolítica mas com seus efeitos notórios. Esta situação é exemplarmente testemunhada pelo delegado de polícia, Orlando Zaconne, em seu livro *Indignos de vida* (2015) ao relatar os discursos que autorizam, através dos operadores do Direito, a morte destas pessoas, o que Zaconne nomeará de “política de extermínio”. Ao abordarmos o tema da violência, retomaremos esta discussão.

Deixaremos em suspenso esta discussão que iniciamos para retomar a dubiedade das concepções políticas e legais presentes nos equipamentos públicos diante da lei de drogas brasileira. Verificamos também que tal dubiedade é produtora de inúmeros equívocos e impasses na condução da atenção aos usuários de drogas no setor da saúde. Presenciamos isto cotidianamente, por exemplo, nas supervisões no CAPS e no trabalho da ERIJAD (Equipe de Referência Infanto-Juvenil para atenção ao uso de Álcool e outras Drogas) quando nos deparamos com a judicialização de alguns comportamentos dos usuários de drogas e da nossa posição diante deles, principalmente quando falamos da atenção aos adolescentes que fazem uso abusivo de drogas. Não foram raras as vezes que promotores de justiça afirmaram “ser proibido” falar em redução de danos com alguns de nossos pacientes da ERIJAD, contudo, junto à Equipe de Redução de Danos conseguimos sustentar a presença de redutores de danos dentro da instituição responsável pelo cumprimento da semiliberdade das medidas socioeducativas.

Ainda assim, subvertendo o autoritarismo sem fundamento legal e, muito menos clínico, dos promotores de justiça na cidade de Niterói (RJ), promovemos dentro do CRIAAD (Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente), há três anos e sendo realizado de 15 em 15 dias, um grupo de redução de danos com os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (semiliberdade). Através do trabalho da ERIJAD entre os anos de 2009 e 2015, verificamos um uso problemático de drogas por muitos adolescentes que passavam por lá e relatos de que haveria uso de drogas dentro da própria instituição, assim como a ocorrência de relações sexuais entre os adolescentes (fato negado pelos responsáveis do nível central da rede socioeducativa do estado do Rio de Janeiro, como verificamos em alguns encontros públicos).

A equipe de redução de danos, então, disponibilizou dois redutores de danos que, surpreendentemente, reúnem quinzenalmente em torno de diferentes temas

adolescentes que se utilizam das palavras para falar de seus conflitos nas comunidades e para o esclarecimento de dúvidas sobre sexo e o uso de drogas. Dizemos “surpreendentemente” pois o que tínhamos recolhido antes do grupo acontecer eram apenas “evasões” (fugas constantes da instituição e o agravamento das medidas socioeducativas, muitas vezes, para o regime de internação) e a recusa, por parte dos adolescentes, de endereçarem suas questões aos técnicos da instituição (psicólogos e assistentes sociais). Havia um fantasma de que suas falas poderiam ser utilizadas para a confecção de relatórios que iriam para os juízes de seus processos. Com os redutores de danos, a partir de um pacto de sigilo estabelecido com os adolescentes, pôde-se verificar que as drogas perpassam seus laços sociais, menos pelo uso e mais pela oferta de um lugar no campo do Outro social que lhe oferece marcas dentro de uma hierarquia no grupo de adolescentes das comunidades, a marca de trabalhador do tráfico de drogas. É a partir destas marcas que muitos discutem os perigos que correm, as suas relações sexuais com as meninas, os conflitos com outras facções, sobre as infecções sexualmente transmitidas, etc. Tudo isso com a garantia de que nada do que falam se transformará em relatórios para um juiz que certamente (através dos discursos que os atravessam e das leis atuais sobre drogas) obedece aos preceitos que irão, mais tarde em suas vidas adultas, criminalizá-los seja através dos seus usos ou vendas de drogas ilícitas. Estes adolescentes sabem bem os estigmas que carregam consigo e suas consequências, e não é à toa que um dos adolescentes que acompanhamos através da ERIJAD disse a psicóloga da instituição de internação que preferiria “ir para tranca⁵² do que falar” com ela.

Os redutores de danos, quando orientados pela clínica, estão atentos aos efeitos das identificações às marcas que carregam consigo e, através das palavras, muitas vezes nas discussões, conseguem permitir que cada sujeito possa se nomear de outras maneiras, através de um deslocamento das identificações, que não apenas com os significantes “foras da lei”, ou “bandidos”, como costumam se reconhecer de maneira

⁵² Tranca é o nome utilizado para o quarto na instituição de medida socioeducativa destinado aos adolescentes que correm risco ou colocam outros em risco dentro da instituição de internação. Apesar do SINASE (Sistema Nacional Socioeducativo criado a partir da Lei nº 12.594 de 2012) prevê a melhoria das condições de estadia dos adolescentes nestas instituições, assim como a garantia dos direitos humanos e do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990), ainda hoje encontramos práticas punitivas semelhantes ao sistema penitenciário e dos velhos equipamentos brasileiros destinados à esta população específica.

eufórica. O trabalho supostamente educacional⁵³ de prevenção aos ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) relacionada ao consumo de drogas, neste caso, surge apenas como uma espécie de isca para que se instale um dispositivo de fala e que desloque seus dizeres em torno das drogas e da prática sexual apenas como um lugar do crime e do sexo irresponsável. Como podemos verificar nesta passagem, os redutores de danos também se encontram nesta fronteira entre as políticas de criminalização das drogas (e os discursos que as sustentam) e os marcos legais que nos autorizam a existir como uma equipe de Redução de Danos e a execução de suas estratégias de cuidado. A Redução de Danos para estes adolescentes surge então como uma possibilidade de se utilizarem das palavras para se renomearem de outros modos deslocando-se de suas identificações aos significantes impostos anteriormente pelo Outro e adotados de modo irrefletido e imediato por eles, experiência inédita para a maioria deles.

Só nos foi possível dar início a este trabalho através dos princípios da Atenção Psicossocial e através das nossas orientações clínicas sustentando uma posição de escuta em meio a este tensionamento (que nomeamos de trincheira), entre um discurso de cuidado (o da Redução de Danos e a escuta analítica atravessada pelas supervisões clínico-institucionais com os redutores) e um discurso pautado no controle dos corpos e punitivista em relação às drogas, motivo pelo qual se justificaria a permanência da maioria dos adolescentes que ali se encontravam. Embora as medidas socioeducativas não estejam pautadas pelos mesmos regimentos que sustentam o parque penitenciário brasileiro – já que ela, em seus preceitos, busca a reinserção de adolescentes ao meio social considerando que o ato infracional não é comparável a pena infringida por um adulto –, a nossa experiência demonstrou, ao analisarmos as histórias de vida de muitos sujeitos que acompanhávamos pela ERIJAD, que o cárcere era o destino certo para muitos, já que suas passagens pelas instituições socioeducativas não produziam qualquer marca diferencial em seus percursos de vida (motivo pelo qual se justificou a implantação do grupo de redução de danos no CRIAAD de Niterói). Além disso, é preciso também dizer que na prática as instituições de medida sócio-educativa pouco se diferenciam de uma penitenciária.

A passagem da adolescência para a vida adulta não alterava, na maioria dos casos, suas posições no laço social deixando-os fixados às identificações anteriores. O

⁵³Falamos educacional pois a redução de danos surge nesta concepção de oferta de insumos e educação dos pares. Não é à toa que em países como Portugal, este profissional é chamado de “educador de pares”.

tráfico de drogas (mais do que o uso de drogas) aparece nas falas destes sujeitos como um lugar possível, talvez o único, para que obtenham o reconhecimento deste Outro social atribuindo a eles algum acesso a um poder em suas comunidades (principalmente ao poder que o autoriza um comando para os demais sujeitos de sua comunidade e diante das mulheres que se encantam por uma suposta marca fálica). A vida no crime, mesmo com os riscos de morte, segundo estes sujeitos, compensa pois lhes oferece um lugar de poder, diferentemente do lugar oferecido pelo Estado que apenas os inclui enquanto sobreviventes das margens sociais deixando-os na penumbra do acesso aos direitos sociais mais básicos (educação, saúde, etc.). Neste sentido, faz diferença intervirmos nesta compreensão legal sobre o porte de drogas, principalmente para o uso próprio, pois é a partir deste uso, ainda na adolescência, que muitos iniciaram seu percurso como “foras da lei”. Contudo:

Embora perceptíveis substanciais alterações no modelo legal de incriminação, notadamente pelo desdobramento da repressão ao comércio ilegal em inúmeras hipóteses típicas e pelo processo de descarcerização da conduta de porte para uso pessoal, é possível afirmar que a base ideológica da Lei 11.343/06 mantém inalterado o sistema proibicionista inaugurado com a Lei 6.368/76, reforçando-o. Neste sentido, alógica discursiva diferenciadora iniciada na década de 70 é consolidada no novo estatuto, em detrimento de projetos políticos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir de políticas públicas de redução de danos (CARVALHO 2010, p. 68).

A psicanálise, neste sentido, unida a um fazer antiproibicionista num terreno atravessado pela Redução de Danos, apesar de apostar num futuro (ainda distante) em que possamos contar com uma lei nacional que descriminalize o porte e o uso de drogas, nos oferece operadores conceituais para que possamos sustentar um fazer nesta trincheira que mencionamos, ou seja, que possamos não recuar apesar das adversidades com as quais nos deparamos. O campo de batalha nesta guerra, com baixas todos os dias, requer de nós coragem para enfrentarmos os desafios institucionais cotidianos, menos no fogo cruzado das brigas entre as facções ou das invasões da polícia nas comunidades e mais naquilo que se apresenta na ordem do discurso e que é tão mortífero quanto os tiros de fuzil. A nossa arma opera no caso a caso e aposta numa pequena diferença no laço social, o que para muitos tem o efeito de permitir uma sobrevivência a partir de um lugar no campo do Outro menos mortífero.

5. UMA PRÁXIS CLÍNICO-POLÍTICA NAS TRINCHEIRAS DA GUERRA ÀS DROGAS

5.1A guerra às drogas e a produção dos corpos abjetos

É verificável, tanto no acompanhamento de adolescentes quanto no de adultos, que esta ambiguidade no âmbito da legislação produz consequências diretas no manejo clínico cotidiano com os usuários de drogas que vão desde a suas não aproximações dos serviços de saúde e de seus atores – pois acaba por funcionar como uma barreira de acesso não física mas sim discursiva, como já dissemos – até o modo como se autorizam ou não a falar sobre suas vidas pautadas no consumo de drogas ilícitas ou no comércio ilícito.

Contribuindo com este cenário temos a Secretaria Nacional sobre Drogas, a SENAD, ainda hoje, submetida ao Ministério da Justiça e não ao Ministério da Saúde. Apesar disso, a SENAD sustenta em suas discussões e cursos oferecidos (como o SUPERA, por exemplo, que possui parceria com a Universidade Federal de São Paulo) a expressão “redução de danos” como uma possibilidade de atenção aos usuários de drogas, algo que dentro desta lógica na qual ela se encontrademonstra mais uma vez a ambiguidade do entendimento que é a política de drogas no Brasil. Estratégias antiproibicionistas não podem ser comportadas dentro de uma lógica proibicionista, de um discurso penal sobre as drogas, a não ser como resistência e corrosão desta lógica, que é a nossa aposta. Entretanto, esta ambiguidade política perpetua este lugar que reconhecemos anteriormente como uma trincheira, onde os profissionais se encontram e tensionados em suas práticas encontrando obstáculos constantes num fazer, por excelência, anticriminal que é o fazer redutor de danos.

Sabemos que produzimos poucos efeitos quando nossa resistência ao discurso criminalizante vigente se orienta apenas por uma tomada de posição revolucionária-militante com bandeiras em punho, ainda que esta resistência tenha o seu lugar na política. Contudo, apostamos numa prática que, a partir de uma hiância neste saber vigente sobre as drogas e sustentado pelas leis criminais, permita tomá-lo pelo seu avesso sem que o conflito se resuma apenas a um conflito ideológico entre dois saberes que se opõem. Não é à toa que Lacan em seu Seminário XX nos diz que:

A revolução copernicana não é de modo algum uma revolução. Se o centro de uma esfera é suposto, num discurso que é apenas analógico, constituir o ponto-chave, o fato de trocar esse ponto, de fazê-lo ser ocupado pela terra ou pelo sol, não tem nada em si que subverta o que o significante centro conserva por si mesmo. Longe de o homem – o que se designa com este termo, que não é senão o que faz significar – ter sido jamais sacudido pela descoberta de que a terra não está no centro, ele a substitui muitíssimo bem pelo sol (LACAN 1973 p. 58).

Esta passagem do ensino do Lacan teoriza aquilo que a equipe de Redução de Danos sustenta dentro da instituição socioeducativa, do CRIAAD em Niterói. O nosso fazer, os seus melhores resultados verificados na prática do cuidado dos adolescentes, encontram-se mais no detalhe daquilo que manejamos com os seus dizeres sobre suas condições de vida e menos numa posição de denúncia sobre o funcionamento institucional, ainda que em algumas situações denúncias aos órgãos responsáveis precisem ser feitas.

Para oferecermos uma outra ilustração do que afirmamos ser a nossa aposta de intervenção, resgataremos uma situação ocorrida no Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro as vésperas da Copa do Mundo de 2014: ao trabalharmos com um grupo de mais ou menos dez pessoas (algumas delas com seus familiares) que permaneciam numa praça com grande circulação de pessoas, após um período de tempo em que íamos e vínhamos levando materiais de cuidado pessoal e avaliando suas condições de saúde através dos vínculos estabelecidos com os técnicos da equipe, certa vez, em meio a um dos nossos atendimentos em que escutávamos suas histórias de vida, fomos surpreendidos por uma van cinza com o nome da Secretaria de Desenvolvimento Social da prefeitura do Rio de Janeiro. O veículo havia chegado com o intuito de levar aquelas pessoas para o abrigo localizado no bairro de Santa Cruz (distante do centro da cidade e de seus territórios de vida). Este abrigo destinava-se as pessoas em situação de rua e era conhecido por todos como “Abrigão de Antares”. Eram levados para lá, principalmente, aqueles que realizavam algum uso de drogas ilícitas e estavam em situação de rua, em especial aos que se encontravam no centro da cidade e próximos aos locais onde futuramente haveria grande circulação de turistas.

Estávamos diante de internações forçadas com roupagens de cuidados de saúde. O que identificamos na prática eram ações orientadas pela Segurança Pública, e prova disto era a constante presença da guarda municipal nestas ações junto dos profissionais da Secretaria de Assistência Social. Naquele momento, decidimos nos posicionar ao

lado daquelas pessoas afirmando que apesar de todos estarem vinculados a mesma prefeitura, divergíamos sobre o assunto das propostas de cuidado e das condutas adotadas. O programa chamado “Rio Acolhedor” tentava esconder a verdadeira intenção daquela abordagem dos profissionais: internar⁵⁴ compulsoriamente aquelas pessoas retirando das ruas tudo aquilo que denunciaria ao mundo as desigualdades sociais presentes em nosso país durante os jogos do mundial de futebol⁵⁵.

A nossa resistência enquanto equipe da atenção psicossocial era, acima de tudo, cuidar com cada sujeito das transferências estabelecidas deixando claro que este Outro do Estado não é único e se constituem por discursos diferenciados dando lugares distintos a eles.

Naquela mesma época, acompanhamos ambulatorialmente uma mulher usuária de cocaína que chegou à unidade de Atenção Básica (no posto de saúde em que localizava a sede do Consultório na Rua) encaminhada da própria Secretaria de Assistência Social com a demanda de tratamento para a “depressão”. Ao avaliarmos sua situação clínica, identificamos que a mesma não sofria de uma suposta depressão e sim vivenciava o luto da perda de um filho de 10 anos atropelado por uma viatura da mesma secretaria que a trouxe até nós. Destacamos que este atropelamento ocorreu após o menino fugir de uma ação realizada para a internação forçada dos usuários de crack na região da Avenida Brasil. A tragédia ganhou repercussão da mídia – um dos títulos da reportagem era *Menino morre durante operação de combate ao crack no Rio*, veiculada pelo jornal G1⁵⁶ – que o tomava como usuário da droga e fazia menção ao uso de drogas de sua mãe (sem explicitar uma possível culpa da mesma sobre o cuidado do seu filho, mas insinuando, já que, em destaque, dizia que o menino estava fora de casa há nove dias) desconsiderando todo os aspectos psicossociais que envolviam os diferentes

⁵⁴ Internação em nossa legislação é um ato médico realizado em instituição hospitalar, o que também gerou grandes problemas a Secretaria de Desenvolvimento Social diante dos órgãos jurídicos.

⁵⁵ Dois anos mais tarde, em agosto de 2016 durante os Jogos Olímpicos no Rio de Janeiro, a partir da minha experiência no campo da saúde mental com a população em situação de rua, fui convidado pela revista alemã *Kompass Stadtmagazin* para dar uma entrevista cujo título foi *Soziale Ungerechtigkeit Bei Den Olympischen Spielen in Brasilien* (Injustiça Social Nos Jogos Olímpicos no Brasil), onde através do trabalho realizado tanto na ERIJAD quanto no Consultório na Rua e a partir daquilo que eu recolhia com cada caso, demonstrei os equívocos orquestrados pela gestão pública e a segregação de enormes contingentes populacionais tanto pelos recolhimentos compulsórios quanto pela desapropriação de populações vulneráveis no centro da cidade do Rio de Janeiro.

<https://issuu.com/stadtmagazinkompass/docs/7-8-16> (acesso em 19 de junho de 2018)

⁵⁶<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/01/menino-morre-atropelado-durante-operacao-de-combate-ao-crack-no-rio.html>(consulta no dia 07 de julho de 2016)

membros daquela família, além da falta de rigor na afirmação de que o garoto assassinado pela prefeitura poderia apresentar outros tipos de comprometimentos psíquicos, elementos que apareciam nas falas desta mãe ao contar a trajetória de vida de seu filho.

Destarte, identificamos uma evidente culpabilização daqueles que circulam em territórios de comércio ilegal de drogas ou que fazem seu uso, algo que esta presente nos variados discursos da cidade e que se respalda numa política de criminalização. Onde estava o Estado ao longo da vida destas pessoas até que este menino fosse morto no meio da Avenida Brasil por um carro da própria prefeitura? Ele não correu em meio à avenida porque estava intoxicado, segundo sua mãe e a partir das falas do seu irmão que estava presente na cena, ele correu para não ser capturado pela prefeitura e acabou sendo morto por ela. Acidente? Não podemos considerar que esta situação refira-se apenas a uma fatalidade cotidiana sem responsáveis legais.

O pêndulo estabelecido entre as graves sanções previstas aos sujeitos envolvidos individual ou organizadamente com o tráfico de drogas e a sutil implementação de medidas alternativas de terapêutica penal para usuários e dependentes manifestam a lógica histórica da dupla face do proibicionismo: obsessão repressiva às hipóteses de comércio ilegal e idealização da pureza e da normalidade representada socialmente por condutas abstêmicas (ideal da abstinência). Assim, o aumento desproporcional da punibilidade ao tráfico de drogas se encontra aliado, bem como potencializa, o projeto moralizador de abstinência imposto aos usuários de drogas (*Idem* p. 69)

A condição de usuária de cocaína fez com que esta mãe, de modo implícito no discurso midiático, fosse culpada por negligência, já que o menino circulava pela cidade com seu irmão mesmo contra a vontade dela. A culpa pela morte do filho aparecia em seu relato assim como nos dizeres de sua vizinhança principalmente por ser considerada também usuária de drogas. O discurso vigente localiza no uso de drogas, principalmente quando o que está em jogo é o uso de crack e/ou cocaína, a causa de todos os males.

A psicanalista Andrea Guerra em seu texto *A clínica e a política na interface da questão das drogas* (2017), retoma a história do neurocientista Carl Hart apresentada no livro *Um preço muito alto* (2014) e diz:

O cientista atesta, com sua história de vida – jovem negro de família com sete irmãos, morador da periferia, resgatado das drogas pela avó e pelas irmãs –, a possibilidade de existir a seu modo, convivendo com drogas. Paradoxo. Desmistifica verdades científicas com a coragem de quem assume a impossibilidade de um mundo sem restos, sem drogas. Como lembra Zizek, ‘o problema hoje é que, quando há caos e desordem, as pessoas perdem seu mapeamento cognitivo. Então é uma disputa aberta para ver qual interpretação vai vencer’, diz ele (GUERRA 2013 p. 13).

O discurso da cultura proibicionista somado às ações de higienização social dos espaços públicos presente na cidade do Rio de Janeiro, assim como em outras metrópoles do mundo, formula políticas e autoriza o extermínio e a segregação de parte importante dos usuários de drogas, em destaque os moradores das periferias, favelas, em situação de rua e/ou negros (em especial quando estes se encontram nas cenas de uso de crack).

A verdade, todos os resultados dessas políticas – o desperdício do potencial dos que estavam por trás das grades, o dilaceramento das famílias, a violência constatada no tráfico de drogas e até os altos índices de desemprego entre homens negros – logo eram atribuídos à própria natureza do crack. Eu mesmo cheguei a concordar com esse ponto de vista quando estava na faixa dos vinte anos, muito embora, como veremos, minha experiência me devesse ter levado a questioná-lo (HART 2014 p. 28)

Portanto, quando estudamos a história das leis sobre drogas no Brasil não podemos alijar a importância de outras disputas presentes nos espaços públicos e que foram constituídas historicamente promovendo profundas desigualdades sociais com inúmeros tipos de segregações e controle dos corpos nos espaços da cidade. O problema do uso de drogas no Brasil tem relações estreitas aos problemas enfrentados por outras minorias, ou, melhor dizendo, da maioria (e não minoria) da população, daqueles que enfrentam toda sorte de privação em suas vidas. O problema do uso de drogas no Brasil não pode ser pensado também como um fenômeno destacado das constantes lutas de classes – assim como também não há possibilidades de desconsiderar os necessários diálogos com o movimento negro, o movimento de mulheres e a população LGBT marginalizada (em especial as travestis que trabalham como profissionais do sexo nas ruas) e que tem relações diretas com o consumo de drogas por pertencerem a algum tipo de território específico da cidade, todos estão em constante risco de morte em meio à guerra.

Os números do combate ao tráfico de drogas deixam muito evidente o sentido que a política de guerra às drogas tem no contexto carioca. O número de autos de resistência no Rio de Janeiro, no ano de 2007, chegou à marca alarmante de 1.330 casos, segundo informações do Instituto de Segurança Pública (ISP), autarquia ligada ao governo do Estado. Esses números são justificados por José Mariano Beltrame, secretário de segurança do Estado do Rio de Janeiro, como efeito do combate ao tráfico de drogas. Nesse cenário, as chamadas mega-operações policiais, como a ocorrida no Complexo do Alemão, em 27 de junho de 2007, que registrou oficialmente 19 pessoas mortas, estão inseridas na lógica do extermínio e na incorporação

do “inimigo interno” diante de uma política de segurança militarizada (MACARETA, DIAS & PASSOS 2014 p.20).

Podemos citar como exemplo os aglomerados populacionais das favelas dominados pelo poder do tráfico de drogas na ausência dos cuidados oferecidos pelo Estado. Para esta parte da população, o Estado surge primeiramente através da força policial com ações de “pacificação” em nome do combate às drogas. O que observamos são verdadeiras chacinas em nome da proteção social, como denuncia o documentário da diretora Theresa Jessouroun, *A Queima Roupa*, lançado no ano de 2014. Neste documentário também evidencia-se como o próprio Estado entretém relações íntimas com o narcotráfico de modo que se faça circular montantes de dinheiro não apenas nas mãos dos supostos traficantes das favelas, que nada mais são do que a ponta desta série comercial que está para além das fronteiras brasileiras, mas também nas mãos da própria polícia, empresários, etc.. Deste modo, experimentamos no Brasil um paradoxo onde ler de modo binário (polícia e cidadãos contra o narcotráfico) a problemática das drogas que experimentados todos os dias, mostra-se como ingenuidade ou mesmo cinismo. O Estado brasileiro (e seus estados), com suas relações íntimas com o narcotráfico, transformou-se num “**narcoestado**” onde o suposto “poder paralelo” não é tão paralelo assim e o objetivo de exterminar e isolar massas populacionais inteiras esteve presente muito antes da nossa suposta democrática.

A história do Rio de Janeiro assim como a história de todo o Brasil é marcada por inúmeros episódios de chacinas dos pobres. O discurso que autoriza o extermínio desta população tem relações diretas com as nossas origens históricas e que são legitimados por inúmeros governos até os dias atuais. Tal discurso atravessa o laço social e traduz aquilo que presenciamos nas instituições destinadas aos pobres, desde os hospitais públicos até os serviços de cuidados sociais e presídios. Fato este que se traduz no Golpe jurídico, midiático e parlamentar que culminou com a destituição da presidenta no ano de 2016 através do *impeachment* retirando o Partido dos Trabalhadores (PT) do poder, que na última década fomentou modos de inserção dos mais pobres nas universidades e mesmo nos modos de vida de consumo de bens (eletrodomésticos, passagens aéreas, etc.) através de programas sociais. Apesar dos muitos equívocos cometidos pelo Partido dos Trabalhadores ao longo de suas gestões do campo da Atenção Psicossocial, em específico ao campo do cuidado daqueles que realizam usos abusivos de drogas (pois além da Coordenação Nacional de Saúde Mental ter regulamentado através de uma portaria – portaria de número 131 de 26 de janeiro de

2012 – a existência das Comunidades Terapêuticas Religiosas e tê-las incluídas na Rede de Atenção Psicossocial, além de não ter retirado a Secretaria Nacional sobre Drogas, a SENAD da submissão ao Ministério da Justiça), é inegável a produção de acesso dos mais pobres aos serviços de saúde, às universidades públicas bem como ao consumo de bens duráveis jamais acessíveis a esta população. Mesmo assim, constatamos ao longo do tempo que governo algum impediu que o extermínio dos mais vulneráveis fosse impedido na história do nosso país, tendo apenas sutis diferenças quantitativas de um governo para o outro, o que recrudescer a partir de 90 com a expansão da Guerra às Drogas, binômio que conjuga as duas mais poderosas indústrias do mundo capitalista contemporâneo: a de armamentos e a de fármacos - drogas, e que, assim, pode ser interpretada com uma pequena modificação no conectivo: guerra e drogas - eis em que o capital investe mais e do que mais lucra na contemporaneidade!

Apesar deste extermínio evidente dos mais pobres e de sua segregação na cidade, as práticas institucionais existentes de controle dos corpos e o exercício do poder do Estado aparecem não apenas através desta via mais óbvia, a da polícia. O exercício deste poder surge também travestido de outros discursos, em nome do bem, como é o caso da assistência social, da assistência à saúde, da garantia de direitos, da educação, etc. Este modo de operação do Estado é minuciosamente descrito através da crítica política de Michel Foucault ao nos apresentar o conceito já mencionado, o *biopoder*, principalmente, em seu livro *História da Sexualidade I A Vontade de Saber*.

Este biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário tanto de seu esforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torna-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de biopolítica, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizados por instituições bem diversas (a família, o exército, a escola, a polícia, a medicina individual, ou a administração das coletividades), agiram nos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam (FOUCAULT 1988, p. 132-133).

Como exemplo paradigmático desta situação, temos a biografia da Daniele Toledo, *Tristeza em Pó* (2016), também conhecida nacionalmente como “Monstro da Mamadeira”. Daniele, oriunda de família pobre de Taubaté (SP) e ex-usuária de

cocaína, em seu livro, apresenta sua história de vida onde descreve como através de um boato realizado por um médico que a estuprou, conseguiu produzir uma suposta verdade divulgada pela mídia e sustentada através dos saberes médico e jurídico. Daniele é acusada injustamente por assassinar sua filha de um ano de idade e vai parar na cadeia devido às provas ilícitas forjadas a mando do estuprador de Daniele. Naquela ocasião, uma das reportagens nacionais que veiculava a notícia como título “mãe mata covardemente a filha com overdose de cocaína”, além de repercussão através da mídia internacional: *New York Times* e demais jornais europeus.

As marcas já existentes no corpo de Daniele através do estigma, descritas em seu prontuário médico como “usuária de cocaína”, fez com que as acusações sobre o suposto ato assassino de sua filha Victória (o leite da mamadeira com cocaína), ganhassem legitimidade contra si sem que maiores investigações fossem realizadas. Fica evidente que a origem de Daniele, trabalhadora e oriunda da periferia de Taubaté (SP), ex usuária de cocaína, impediam que suas palavras pudessem ser tomadas em seu valor de verdade sendo acusada injustamente através das provas forjadas pelo seu algoz, um médico residente. Ser ex usuária de cocaína era o suficiente para que seus dizeres não obtivessem qualquer valor sendo levados em consideração pelo juiz apenas a leitura biomédica realizada pelos investigadores através das amostras do leite de uma mamadeira. Certamente Victória foi assassinada, mas não por Daniele. Contudo, o corpo que receberia as marcas da acusação já estava definido anteriormente ao processo, o uniforme de detenta lhe caberia como uma luva. Certamente a história de Daniele não é única, desde a escravidão em nosso país os corpos dos mais pobres estão à mercê para o uso das classes abastadas seja para lhes servir sexualmente ou mesmo para cumprir as tarefas mais mal pagas e de difícil execução. Evidencia-se todos os dias que, na luta de classes, o saber médico-jurídico é um poderoso aliado dos mais privilegiados.

Taniele Rui em seu livro *Nas Tramas do Crack: etnografia da abjeção* (2014), discorre, a partir dos elementos que recolheu do diário de campo nas cenas de uso de drogas, sobre os corpos que ela nomeia de abjetos porque um discurso os promove para que sejam percebidos desta maneira. Estes sujeitos, muitas vezes, esquivam-se de serem vistos pelos seus familiares ou profissionais com quem mantém vínculos pois consideram-se degradados e por isto mantém sua circulação em territórios específicos denominados de cracolândias. Ela observa nos relatos dos usuários como eles se esquivam dos espaços onde há câmeras presentes nestas cenas com medo de serem vistos “nesta situação” (expressão que se repete em seus dizeres) por pessoas

conhecidas. A dimensão do corpo, principalmente de um corpo que se degrada pelas vicissitudes de seus contextos psicossociais (o que está muito além da substância crack), aparece como algo sobre o que eles mesmos tentam produzir alguma gestão para que não sucumbam, para que não morram e não permaneçam nesta fixação/etiquetamento (que em alguns momentos chamaremos de identificação ao significante) oferecido pelo Outro social (muitas vezes transmitido pelos meios de comunicação) o de “zumbis”.

A partir de uma frase extraída de uma pichação num muro onde dizia “Não estou tão bem quanto você pensa, nem tão pior quanto você deseja”, Taniele também nos coloca a dimensão de que há algo da imagem destas pessoas que não traduz o seu real estado diante do olhar daqueles que por ali passam. Nos relatos dos usuários com os quais manteve algum diálogo em seu trabalho etnográfico, a autora identifica que a gestão da deterioração está presente em muitos momentos e é neste manejo, numa espécie de imagem a ser vista ou não diante dos olhos do Outro, que ela considera que precisamos estar atentos em nossas aproximações no campo de trabalho para que possamos construir vínculos com os quais estes sujeitos suponham que possamos ajudá-los em alguma coisa. Com a psicanálise partimos desta contribuição etnográfica para o nosso fazer clínico afirmando que não se trata apenas de uma gestão da deterioração (ou mesmo da gestão dos prazeres, para aqueles que não se encontram num estado de deterioração de seus corpos), mas sim da gestão do gozo. Os profissionais orientados pela Redução de Danos (mesmo os redutores de danos), quando há a presença de ao menos um analista nas equipes que possa introduzir a dimensão do inconsciente nas discussões, estão advertidos que nossa aposta não pode ser formulada com base na nossa fixação numa imagem de horror que muitas vezes nos é apresentada, mas sim a de estar atentos ao modo como cada sujeito se posiciona com seu gozo. É isto que a Redução de Danos, quando realizada em territórios do inconsciente, pode oferecer, ou seja, algo que terá incidência direta no corpo a partir da relação de cada sujeito com o campo do significante, como cada sujeito encontra um lugar no campo do Outro mais ou menos possível para que não sofra com um gozo mortífero traduzido em seus corpos.

Portanto, a noção de abjeção que se agrava com a deterioração psicossocial existente nestes espaços de uso de drogas, como nas chamadas *cracolândias*, não consiste apenas em atravessamentos deteriorantes destes locais, mas também em um lugar possível para um sujeito no campo do Outro. Percebam que os significantes-conceito *local* e *lugar* aqui não se confundem, ainda que não sejam lidos separadamente já que não há realidade possível para um sujeito sem as marcas que advém do laço social, do

mundo, – e isto implica seu meio social, suas relações, etc. –, uma leitura contínua⁵⁷ entre o campo social e aquilo que diz respeito à singularidade de cada sujeito já advertido por Freud em 1921 em seu texto *Psicologia das massas e análise do eu*. Só há sujeito a partir de uma relação com o campo do Outro, portanto, com o campo do significante. Será a partir desta relação que não é de caráter dual – como seria a relação entre um sujeito e um outro– mas sim dialética, isto é, a relação de um sujeito desde que lido a partir do Outro, que definiremos a *es-xistência* de um lugar para o sujeito, lugar que não se confunde com a noção de território advindo da geografia e das ciências sociais mas sim como campo do inconsciente. Deste modo, não há local geográfico possível para um sujeito sem um lugar possível no campo do Outro, e isto diz respeito diretamente à gestão do gozo, para que não seja devastado por um gozo mortífero, não regulado por alguma lei, a lei da castração.

O Outro, como sítio prévio do puro sujeito do significante, ocupa a posição mestra, de dominação, antes mesmo de ter acesso à existência, para dizê-lo com Hegel e contra ele, como absoluto Senhor/Mestre (LACAN 1960/1998 p.821).

Há um discurso sobre estes locais de uso de drogas que promove estigmas com os quais os próprios sujeitos se identificam (além de serem reafirmados a cada vez pelo Outro) que os colocam numa posição de sem-lugar, ou num lugar específico de segregação. Neste sentido podemos citar um exemplo do ano de 2012 quando trabalhávamos no Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente com as travestis na Central do Brasil.

Uma das travestis, que insistentemente solicitava para falar conosco sobre suas questões, o que significa que ela não nos abordava apenas para receber preservativos, lubrificantes e cuidados com o seu corpo, dizia ter tido uma “vida sofrida”, já ter sido presa por roubo e que atualmente residia na Baixada Fluminense. Sempre se referia àquela localidade da cidade como “um inferno” à qual no entanto todas as semanas ela se dirigia para lá para trabalhar como prostituta. Num determinado momento, durante os atendimentos (que aconteciam sempre no meio das ruas em momentos de intervalo do seu trabalho), a interroguei sobre sua escolha de estar ali já que dizia sofrer naquele local que ela mesma nomeava de “inferno”. Ela imediatamente explicou dizendo que não havia escolha, “quando chego aqui alguma coisa me prende aqui, eu não consigo

sair, é algo muito estranho”. Havia algo que a determinava para estar ali e que ela dizia ser “estranho”. Ser travesti e prostituta na Central do Brasil era, muitas vezes, uma designação utilizada pelos profissionais e outros pacientes como um predicativo holofrástico que definia um sujeito: “*ser-puta-da-Central*”, ou, “*ser-traveca-da-Central*”, como chegamos a escutar. A mudança da preposição *na* para o *daparecia* determinar aqueles sujeitos como se nenhum outro espaço da cidade pudesse ser habitado por eles, as travestis diziam não conseguir sair dali. O mesmo acontecia com os sujeitos em outras cenas de uso de drogas, em especial nas *cracolândias*. Estas pessoas não se reúnem nestes espaços apenas por serem lugares isolados e convenientes para que façam seus usos de drogas, um discurso é artesanalmente tecido para que aqueles sejam os únicos lugares possíveis para eles, além de produzir os tais corpos deteriorados, abjetos. Essa delimitação de *espaços* sociais traduz muito bem o que, no nível discursivo, podemos com precisão designar como *lugares* de segregação, que produz corpos abjetos.

Sobre este discurso produtor de corpos abjetos, afirmamos com Taniele que:

Meu principal argumento (indicado já na introdução) é o de que não é possível pensar em todo esse efeito público e político sem levar em conta o fato de que ele se liga intimamente à rejeição ou à comiseração diante de uma corporalidade específica, que materializa um tipo social, uma pessoa, que, por sua vez, nos obriga a refletir acerca dos limites da experiência humana (*Idem* p.279).

Os extratos recolhidos do diário de campo da pesquisadora, em muitas passagens, nos deixa clara a importância de não tomarmos estes sujeitos a partir de suas imagens corporais como designando seu ser, ao mesmo tempo que não podemos desconsiderá-las no plano da atenção à sua realidade corporal, já que o fazer redutor de danos implica alguns cuidados básicos em saúde e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. .

Há algo que está além desta imagem e que precisamos recolher com eles a partir de suas falas sem nos fixarmos no horror de seus corpos, já que eles mesmos os tomam como corpos deteriorados. Há uma dimensão que diz respeito a gestão dos prazeres com as drogas para todo e qualquer usuário de droga. Contudo, com estes usuários que podemos nomear como psicossocialmente segregados, há uma gestão da deterioração deles próprios que precisamos considerar e nos colocarmos aos seus lados para que possam se responsabilizar minimamente por estes cuidados. O corpo degradado diz menos do abuso da substância química (neste caso o crack) e mais da segregação que

sofrem nos espaços públicos e no campo do Outro social a partir de uma violência que, antes de ser policial, é simbólica. A degradação é também efeito do campo simbólico no qual estes sujeitos estão imensos no campo do Outro social, como nos adverte Levi-Strauss, em seu livro *Antropologia Estrutural*, ao mencionar a eficácia simbólica dos xamãs e feiticeiros sobre os sujeitos.

Quer seja o mito recriado pelo sujeito, quer seja tomado de empréstimo à tradição, ele só absorve de suas fontes, individual ou coletiva (entre as quais se produzem constantemente interpenetrações e trocas), o material de imagens que ele emprega; mas a estrutura permanece a mesma, e é por ela que a função simbólica se realiza (STRAUSS 1975, p.235).

Portanto, quando falamos de sujeitos que se encontram em determinados territórios e que têm seus corpos marcados por determinados estigmas assim como suas condições de vida específicas, principalmente aqueles mais pobres, estamos falando de inúmeros atravessamentos clínicos, políticos e culturais. Tais atravessamentos funcionam em continuidade e se misturam a partir de seus dizeres numa espécie de entroncamento onde faz diferença pensarmos o nosso fazer redutor de danos e o nosso fazer clínico na redução de danos de acordo com cada território com o qual trabalhamos, ainda que em todos eles haja estigmas e segregação de diferentes modos de apresentação. Quero dizer com isto, de modo mais específico, por exemplo, que os efeitos extrema desigualdade social existente no Brasil de modo algum pode ser comparado com as realidades dos países europeus que também lidam com a segregação dos usuários de drogas mais pobres, já que no Brasil, o processo segregador/estigmatizador da pobreza, promove uma intensificação das mazelas destes sujeitos, o que se agrava cada vez mais no atual contexto político, em que não apenas há cada vez menos políticas sociais para estas populações, e cada vez mais políticas francamente segregadoras e propostas francamente voltadas para o extermínio dessas populações.

Há algo específico no contexto brasileiro que precisamos considerar (assim como também em cada estado do Brasil, um país com dimensões continentais) assim como há especificidades nos demais territórios. Sem estas considerações, facilmente podemos aplicar métodos com poucos efeitos ou com efeitos problemáticos com os sujeitos que atendemos. Em quase todos os relatos dos nossos usuários, assim como nos relatos dos entrevistados pela pesquisadora Taniele Rui, a precarização do trabalho e a violência urbana atravessam longitudinalmente todas as histórias de vida, principalmente as expulsões dos sujeitos de seus territórios de vida a partir da violência

do tráfico de drogas que faz com que muitos apenas consigam encontrar um lugar possível para sobreviver nas ruas das cidades.

5.2 Ofazer do psicanalista na atenção psicossocial diante dos corpos elimináveis da cidade

A partir desta discussão, podemos retomar o tema da legitimidade das internações forçadas dos usuários de drogas (ou melhor, dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade psicossocial), às vésperas da Copa do Mundo e dos Jogos Olímpicos. Assim como ao longo da nossa história, grande parte destes sujeitos, nas ocasiões específicas de realização de grandes eventos, foram levados para áreas distantes do Centro da cidade do Rio de Janeiro, local onde há crescente especulação imobiliária nos últimos anos. Mais especificamente, estes sujeitos eram levados para o conhecido “abrigo de Antares” no bairro de Santa Cruz como corpos abjetos a serem escondidos do olhar dos nossos visitantes e dos moradores da cidade com maior poder aquisitivo.

As pesquisas e levantamentos sobre a dinâmica urbana no Rio de Janeiro refletem algumas particularidades sobre o processo da produção capitalista do espaço e como se acentua, principalmente na atual gestão municipal (iniciada em 2009), a perspectiva da reafirmação da cidade voltada para o mercado, em detrimento dos direitos do cidadão. Nesse processo, aqueles que perdem suas casas para a valorização do território não usufruem dos supostos benefícios que ela origina. Pelo contrário, são marginalizados diante da reorganização da ocupação e apropriação do espaço urbano (AZEVEDO & FAULHABER 2015, p. 15).

Como podemos observar neste trecho do livro *Remoções no Rio de Janeiro Olímpico* (2015), não apenas a população em situação de rua sofre as investidas do poder do Estado, mas também todos aqueles que não compõem os nichos econômicos da cidade do Rio de Janeiro sendo ou não consumidores de drogas, mas localizados em territórios onde há a presença do comércio de drogas.

Através de ações que visam “curar” a dependência do crack e limpar territórios onde pessoas em situação de rua se encontram, a prefeitura do Rio de Janeiro vem recolhendo e internando compulsoriamente pessoas que vivem nas ruas, sob a justificativa do tratamento à dependência química e da proteção social. Observamos uma linha de continuidade entre esta prática, atualmente executada pela Assistência Social do município com auxílio da rede de saúde, e a política de ordenamento do espaço público, que popularmente ficou conhecida como “Choque de Ordem” (MACARETA & PASSOS 2014, p. 17).

Os consumidores de drogas ilícitas e desvalidos economicamente, ou mesmo aqueles que vivem nos territórios psicotrópicos⁵⁸ cariocas (favelas e outros territórios considerados marginais), sofrem diretamente os efeitos da Guerra às Drogas que ganhou novos investimentos após as novas propostas de reordenamento urbano, o que reforça o efeito de *gentrificação*⁵⁹ destes territórios e que no Rio de Janeiro teve sua intensificação deste a conferência da *ECO 92*⁶⁰, quando muitas organizações não governamentais do mundo inteiro compareceram na cidade para debater o meio ambiente. Os efeitos da organização deste grande evento e suas consequências para as populações mais vulneráveis da cidade foi, no mínimo (se considerarmos o tema meio ambiente), um grande paradoxo já que pessoas em situação de vulnerabilidade nas grandes cidades parecem não estarem incluídas no cuidado do meio ambiente naquela ocasião do evento.

As consequências destas ações de “ocultamento” dos corpos considerados abjetos, principalmente quando são os corpos que se misturam com as drogas ilícitas combatidos nesta Guerra às Drogas (muitas vezes com ações militares travestidas de ofertas de tratamentos compulsórios), mas com perceptíveis interesses no capital (na especulação imobiliária e no controle dos corpos dos considerados nocivos ao meio social), são notórias mesmo para aqueles que não experimentam diretamente seus efeitos. Ao intervir nos contextos considerados problemáticos nas cidades (e aqui estamos falando da realidade do Rio de Janeiro) promove-se, inclusive, mudanças na configuração das facções do narcotráfico presente nas favelas e que disparam novas

⁵⁸ Territórios psicotrópicos é o termo utilizado pelo professor da Universidade do Porto, José Luís Fernandes, para se referir aos territórios onde há circulação das drogas ilícitas seja para o uso próprio ou para o comércio.

⁵⁹ O fenômeno da *gentrificação* é pesquisado por diferentes campos do saber e é indentificado principalmente nas grandes cidades do mundo e nas cidades turísticas. Ele consiste no deslocamento de populações pobres de determinado território, realizado pelo poder público local, para lugares periféricos do território urbano. Imediatamente há uma substituição destes espaços por populações com maior concentração de renda, já que tal fenômeno é acompanhado por uma crescente especulação imobiliária. A intenção do poder público local, nestas situações, jamais emerge com a sua verdadeira face mas sim travestida de “revitalização” destes espaços. Temos como um exemplo recente a situação do Bairro da Luz no Centro de São Paulo, local onde havia cenas importantes de uso de crack nas ruas e em casas abandonadas. O prefeito João Doria (PSDB) utilizou a força policial para a retirada desta população do local afirmando que sua intenção primeira era “cuidar” dos supostos dependentes químicos daquela região. Entretanto, ele não citou que já havia trabalhos de redução de danos com resultados importantes naquela região, o *São Paulo de Braços Abertos*.

⁶⁰ Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento realizada na cidade do Rio de Janeiro em junho de 1992.

disputas e deslocamentos dos soldados do tráfico, ou seja, novos conflitos com disputas pelos pontos de venda (“bocas de fumo”). Temos como exemplo paradigmático as instalações e ações das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) desde o fim dos anos 2000 em algumas favelas cariocas através de uma política de pacificação do estado.

Julia Valente em seu livro *UPPs: governo militarizado e a ideia de pacificação* (2016) para condensar o que abordamos até aqui nos diz:

A nova cidade e o novo planejamento privilegiam o mercado, fazendo do comércio e da oportunidade de negócio seus fundamentos. Com o objetivo de reter e atrair os consumidores e as empresas para o local, o empresarismo busca criar as condições para o consumo e o investimento lucrativo e, para isso, é necessário produzir uma imagem atrativa da cidade para vendê-la. Nessa concepção, portanto, a imagem é mais importante do que a substância (VALENTE 2016 p. 152).

Mais especificamente sobre a "política de pacificação" do governo estadual do Rio de Janeiro, adiante a autora afirma:

Na política da pacificação, portanto, o estado usa seu poder militar para pavimentar o caminho para a exteriorização no território das favelas da atividade econômica baseada no mercado, permitindo a continuidade da acumulação de capital no contexto de um projeto empresarista de cidade.

A relação entre a política de pacificação e o mercado se evidencia pelo fato de uma das inovações das UPP foi ter sido uma política formulada a partir de um canal direto do governo estadual com os empresários acadêmicos reunidos em *Thinks Tanks* (como o Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade e o Instituto de Política Econômica).

(...) Com relação ao marketing dos jogos, a Copa do Mundo e as Olimpíadas são grandes negócios, especialmente para a FIFA e o COI que auferem lucros bilionários vendendo o espetáculo e a imagem de um lugar exótico como pano de fundo do drama esportivo. Ao mesmo tempo, as cidades sede aproveitam para se promover como uma marca que poderá trazer-lhes o retorno dos investimentos. O risco, entretanto, é de que a realidade destrua a imagem que se busca cuidadosamente construir, como ficou evidente no dia 17 de outubro de 2009, no episódio em que traficantes abateram um helicóptero de polícia no Morro dos Macacos, próximo ao Maracanã, duas semanas depois do anúncio do Rio como sede dos Jogos Olímpicos de 2016. Daí a importância da pacificação para o governo do estado, que negociou uma expansão do programa das UPPs com o COI (VALENTE 2016, p. 162-163).

O estado militarizado em sua empreitada pela “pacificação” deixa seu rastro de sangue em nome da paz, apesar dos seus óbvios interesses no capital. Para oferecermos uma nova ilustração como exemplo, iremos contar a história da morte de André:

Era 1h da madrugada, quando o jovem André de Lima Cardoso Ferreira, de 19 anos, e sua esposa de 16 anos, grávida de 8 meses, saíam de casa, no morro Pavão-Pavãozinho, em direção a uma festa na casa de um amigo.

Enquanto André comprava um lanche para sua companheira, PMs da UPP abordaram-no e iniciaram um longo interrogatório. Mesmo depois de explicar que sua esposa o esperava, os policiais não deixaram-no ir. Após um breve bate-boca, o jovem teria sido liberado. Mas, segundo testemunhas, um dos PMs teria atirado no rapaz pelas costas e o abandonou agonizando no mesmo local. Dois dias depois, a reportagem de AND esteve na Associação de Moradores do Pavão-Pavãozinho e conversou com a viúva de André, que não quis se identificar.

– Quando eu cheguei no hospital, os policiais estavam lá e tudo dele tinha sumido. O celular, os documentos e até as roupas. Os policiais omitiram socorro. Dois garotos aqui do morro levaram ele até a ladeira e um taxista levou ele para o hospital. No hospital, os PMs disseram que eu não podia ver ele. Disseram que ele estava na sala de cirurgia. Mas eu acho que era mentira. Ninguém fica da madrugada até a tarde do dia seguinte na sala de cirurgia – conta a jovem (GRANJA 2015, p.113).

Como podemos observar, desde as situações individuais (como no caso das histórias de Daniele e de André) até aos fenômenos urbanos que incluem aglomerados de pessoas, ao longo da nossa história, sempre se buscaram meios de se legitimar (de modo ilegítimo) as ações de segregação desta população ou mesmo o seu extermínio. Verificamos nestas situações a intervenção contra o tráfico de drogas orquestrada pelo Estado, mas também contra os usuários em nome da saúde pública. Quando não é acusando seus comportamentos a partir dos seus estigmas que os levam ao sistema penitenciário, é em nome de um suposto bem, para protegê-los de seus próprios estilos de vida, neste caso intervindo diretamente sobre seus corpos em nome de supostos tratamentos ou em nome da “esterilização” dos espaços para o aumento da qualidade de vida de pessoas que sempre viveram ali, mas que a partir de um saber-poder do estado subitamente passam a compor as áreas denominadas “de risco” urbano por estes saberes e são deslocadas para outros territórios contra suas decisões. Observamos aqui que pautar a nossa Redução de Danos, a brasileira, como apenas um conjunto de intervenções sobre os comportamentos com o uso de drogas é simplificar a complexidade da problemática que estamos abordando. Enquanto estratégia de intervenção psicossocial, a partir dos sujeitos que acolhemos em nossos tratamentos com suas histórias de vida, refletirmos sobre estes fenômenos também faz parte do nosso trabalho. As condições de trabalho, moradias, a fome, etc. dizem respeito diretamente ao modo como emerge o sofrimento psíquico com esta população que atendemos. Como um exemplo, podemos citar a quantidade de alcoolistas que acolhemos no CAPS-ad Alameda nos seus primeiros anos de funcionamento, a partir de 2004 (ano de sua fundação). Muitos deles, no auge do período de suas vidas laborativas,

participaram da construção da famosa ponte Rio-Niterói (com término de sua construção em 1974, em meio a ditadura militar brasileira), momento em que iniciaram uso abusivo de álcool durante seus expedientes de trabalho. Senhor I, frequentador do CAPS ainda nos dias de hoje⁶¹, conta que muitos dos seus colegas de trabalho foram soterrados/”emparedados” dentro dos pilares de sustentação da ponte e que bebiam para lidar com as dificuldades de suas jornadas diárias. Do mesmo modo, muitos alcoolistas e usuários de cocaína denunciam suas condições de trabalho num dos principais estaleiros da cidade de Niterói, local onde grande parte deu início ao uso abusivo de substâncias, assim como muito trabalhadores da empresa de limpeza pública, local onde o CAPS sustentou uma de suas primeiras intervenções de redução de danos na cidade e que permitiu que hoje a própria empresa sustente este programa de intervenção com os funcionários a partir de um financiamento próprio⁶².

5.3 Ordem urbana e problemas psicossociais

As condições de moradia e de trabalho em nosso contexto psicossocial entretem relações diretas com o uso de substâncias e desde muito cedo em nossa história republicana, o estado preocupou-se de diferentes modos em como lidar com esta

⁶¹O caso do Senhor I, assim como outros que chegaram até o CAPS naquela mesma época devido o uso abusivo do álcool, nos colocam diferentes questões ainda hoje pois muitos deles ainda frequentam o CAPS diariamente permanecendo grande parte do tempo ociosos nos espaços de convivência. A ociosidade, *a priori*, não se configura um problema caso esteja incluído numa proposta de projeto terapêutico singular. Contudo, para estes casos que frequentam o CAPS de modo intensivo desde 2004/2005, observamos que muitos dos profissionais, mesmo os mais recém chegados, naturalizam sua permanência não se perguntando qual a função que este dispositivo psicossocial cumpre na vida de cada um deles. Esta questão permaneceu silenciosa durante longo período até o dia 01 de agosto de 2018 quando a terapeuta ocupacional (técnica no CAPS desde 2016), interrogou a equipe durante uma supervisão, sobre esta situação preocupante. Cabe a nós sustentar este mal-estar entre todos, de modo que possamos novamente toma-los um a um nas supervisões de equipe e mantenhmos estas discussões de casos vivas e não mortificadas. A pergunta que sustentamos nas supervisões é: Como é a porta de saída do CAPS considerando que ela só pode ser pensada no um-a-um? Além disso, podemos afirmar que há portas de saída para todos os casos? Afinal, o que seriam estas portas?

⁶² O que deu origem ao projeto de redução de danos dentro da empresa de limpeza pública de Niterói foi a demanda que se iniciou logo nos primeiros anos de funcionamento do CAPS. Com o número grande de sujeitos encaminhados ao CAPS-ad Alameda, realizou-se um levantamento de quantos funcionários possuía alguma relação problemática com as substâncias. Naquela época percebeu-se que havia uma demanda ainda muito maior do que aquela que acessava o dispositivo de atenção psicossocial. Ao longo da história deste projeto, participamos de inúmeros modos com os trabalhadores dentro do CAPS e também na própria empresa onde se reúnem todos os sábados para discussão sobre redução de danos.

questão, na maioria das vezes, da pior maneira possível. Neste ponto, lembramos da paciente A frequenta o CAPS desde o ano de 2004 para “descansar a cabeça” diante dos tiroteios em sua comunidade de origem. Ela faz uso abusivo de álcool, permanece a maior parte do tempo silenciosa nos grupos e nos espaços de convivência do CAPS e fala pouco à sua técnica de referência sobre sua história de vida, que envolve episódios de repetidos abusos sexuais. O CAPS para A, ainda hoje, lhe serve de refúgio, entretanto, sustentamos o nosso mal-estar a cada dia quando a vemos percebemos que o CAPS e o bar são os únicos locais possíveis para A estar. Sustentar o mal-estar aqui significa não nos anteciparmos em decisões que aposte em algo mais a ser feito por A sem que ela participe desta decisão, ou seja, suportar vê-la todos os dias neste ir e vir do CAPS sem saber ao certo se haverá um dia que ela terá outros destinos em seus dias. Entretanto, antes de qualquer decisão precisamos nos perguntar: qual a função do CAPS para A? O CAPS a teria sequestrado? Em nome da Redução de Danos produzimos novos danos com sua “institucionalização de portas abertas”? Deixemos esta pergunta sem respostas por enquanto. Porém sabemos que até a Reforma Psiquiátrica acontecer, o estado brasileiro não colocava qualquer tipo de questão sobre o que fazer com esta população, seus destinos sempre foram a segregação e o confinamento manicomial/prisional. Ainda estamos inventando o que fazer.

Ainda nos dias de hoje apostamos que os CAPS e os demais equipamentos da atenção psicossocial, operadores de um fazer clínico-político, podem e devem intervir neste processo já que, além de se constituírem como serviços de saúde, são dispositivos que, quando bem orientados, disparam na cidade a possibilidade de operação de um novo discurso sobre os sujeitos que atendemos em meio a guerra às drogas. Tal discurso, operados no um a um, mas também nos coletivos de usuários, revela outros discursos pautados pelo capital em sua cópula com a ciência e empreendidos pelos gestores em nome de seus planejamentos urbanos, e neles intervém, desde que haja psicanalistas dispostos e com coragem para operarem e sustentarem seu discurso em meio ao tensionamento político.

O psicanalista na cidade, quando implicado com as questões de sua época, encontra-se diante do desafio de fazer operar deslocamentos nos discursos ecoados pelas gestões, por um Outro que afirma saber sobre a ordem da cidade e que toma seus habitantes como objetos eleitos para constantes reordenações. Há um batalhão de profissionais nas prefeituras das grandes cidades emprenhados em fazer valer este Outro nos espaços públicos produzindo novas formas de sofrimento e segregações em nome

da higiene e da ordem urbana. O psicanalista na cidade precisa inserir a dimensão de enigma em meio a este emaranhado de saberes que se apresentam como planejamentos urbanos e que ignoram aquilo que os sujeitos trazem consigo e que se refere a um real impossível de se governar. Não é à toa que todas as ações de deslocamentos de populações na cidade do Rio de Janeiro trouxeram à tona novos problemas, muitas vezes, o próprio aumento da violência nas ruas. Talvez muitos se lembrem dos assaltos seguidos de ataques com facas ocorridos em torno do ano de 2013, às vésperas da Copa do Mundo quando houve um acirramento das intervenções da polícia militar nos espaços de circulação de turistas, em destaque a Zona Sul da cidade.

Há algo de impossível apontado por Freud e ratificado por Lacan no que se refere a “arte” de governar, e o psicanalista, na sua tarefa de escuta do um a um, quando há lugar para ele trabalhar e transmitir o seu fazer, contribui demonstrando que há uma dimensão no laço social que traz consigo um impossível que não se sutura com o saber e as suas geringonças burocráticas que o sustentam. A força policial, as intervenções urbanas de deslocamentos populacionais, as ações militares nas favelas, etc. sempre demonstraram o seu mais grosseiro fracasso em sua função de ordenação urbana, algo que aparece na fala dos sujeitos que sofreram em seus próprios corpos os efeitos destas ações.

É a diferença entre o que funciona e o que não funciona. O que funciona é o mundo. O real é o que não funciona. O mundo caminha, gira em círculo, é sua função de mundo. Para se aperceber de que não há mundo, ou seja, que há coisas em que apenas os imbecis acreditam no mundo, basta observar que há coisas que fazem que o mundo seja imundo, se assim posso me exprimir. É disso que se ocupam os analistas, de modo que, ao contrário do que se acredita, eles são muito mais confrontados ao real que os próprios cientistas (LACAN 1975/2005 p.63).

Não foi apenas uma vez que, quando interrogamos os procedimentos da prefeitura do Rio de Janeiro com seus profissionais da assistência social empenhados em manter alguns adolescentes reclusos em instituições chamadas de “abrigos de triagem”, foi-nos dito que apenas estavam “cumprindo ordens da prefeitura”, ordens que derivam do planejamento de ordem urbana nas quais os sujeitos não têm lugar, a partir de um saber prévio que constitui este plano de cidade.

Evidenciam-se nestas situações o fazer dos burocratas do Estado e nos faz lembrar o livro de Hanna Arendt, *Eichmann em Jerusalém* (1999), que nos conta a história de Adolf Eichmann, um burocrata do Estado nazista alemão e também

planejador da “solução final” de Hitler. Neste livro, Arendt fala sobre o seu julgamento e a inconsistência da figura de “monstro que ao longo da sessão jurídica revela-se em sua dimensão medíocre, de pouca inteligência, disposto a obedecer qualquer tipo de ordem imperativa além de incapaz de fazer uma discriminação moral, ele apenas cumpria ordens e burocracias de seus superiores. A figura de Eichmann se faz paradigmática em relação ao batalhão destes profissionais da prefeitura do Rio de Janeiro naquela ocasião e isto também incluiu, muitas vezes, profissionais da atenção psicossocial que, desresponsabilizando-se absolutamente dos recolhimentos em massa a que assistíamos, participavam ativamente através de uma alegada posição passiva diante dessas ordens, como se não tivessem nada a fazer, apenas silenciarem-se para manterem os seus empregos (os contratos com as Organizações Sociais responsáveis). Cabe lembrar que todas estas ações de violência eram realizadas com o aval dos juízes locais e endossadas pelas promotorias, ou seja, estavam sob pilares legais ainda que ilegítimos de um ponto de vista psicossocial e até mesmo em termos de Justiça e produtoras de sofrimento e exclusão.

O problema com Eichmann era exatamente que muitos eram como ele, e muitos não eram nem pervertidos, nem sádicos, mas eram e ainda são terrível e assustadoramente normais. Do ponto de vista de nossas instituições e de nossos padrões morais de julgamento, essa normalidade era muito mais apavorante do que todas as atrocidades juntas (...) (ARENDDT 1999 p. 299).

O discurso no qual os trabalhadores-burocratas que citamos estão inseridos, transborda as cenas que ilustram a execução das internações forçadas e de “ordenação urbana”. Verificamos que o discurso da burocracia faz operar todo o funcionamento estatal contemporâneo produzindo protocolos de execução que funcionam como condensadores de ordens e saberes já pré-estabelecidos sem que haja espaço para que tanto seu executor quanto aquele que sofre a execução tenha um lugar de fala.

Lacan intervém, destacando que as burocracias modernas estão, de um modo muito mais radical que as antigas, fundadas estritamente sobre o saber. Pode-se dizer que todas as formas de burocracia se fundam sobre o saber: as escrituras egípcias, mandarins, etc. mas – no caso das burocracias contemporâneas – essa fundação no saber é ainda mais radical. Uma vez que estão fundadas sobre o saber, Lacan poderá se servir da psicanálise para evidenciar o que está em jogo nas burocracias (LAURENT 2010 p.39).

A medicina contemporânea e diferentes procedimentos em saúde, incluindo muitos existentes na Atenção Básica em Saúde, operam a partir desta mesma lógica. O

próprio tratamento para o uso abusivo de drogas e toda a metodologia utilizada pelos profissionais ditos especialistas hoje obedecem às etapas que se sucedem progressivamente já prescritas. “Há protocolos a serem seguidos”, dizem os profissionais.

Em “Psicoanálisis y Medicina” Jacques Lacan (1966[2002], p.68) adverte para a perda da clínica frente a pressão capitalista, situação em que o médico é subvencionado por fatores exteriores à sua função, e questiona como “poderá opor o médico aos imperativos que o converterão no empregado dessa empresa universal da produtividade?”. Eis uma questão que nos serve como norte clínico. [...] Assim, tomamos como questão para o analista: o saber cristalizado na forma de protocolos como agentes discursivos, a marcha produtivista sem reflexão, bem como a reprodução às cegas de leis e portarias (BEZERRA & DARRIBA 2018 p. 148)

As estratégias de redução de danos, quando orientadas por um fazer clínico, promovem alguma brecha nesta ordem. Não há protocolos psicanalíticos para trabalharmos com um sujeito, mas sim operadores clínicos e direções conceituais exercidas numa prática não prescritiva e que requer sempre um Outro não-todo em jogo para que possamos trabalhar. Há um saber que não se completa no nosso fazer, diferentemente de um saber supostamente sem falha, operado por protocolos que não apenas expulsam o sujeito (efeito discursivo do saber científico já descrito por Lacan), mas o coisifica no lugar de um objeto anatomopatológico (e comportamental) de intervenção, ou seja, o igualando ao resto.

Lembramos aqui de uma cena ocorrida na emergência no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, na cidade de Niterói, quando um paciente se dirige à médica solicitando internação em decorrência do seu uso abusivo de álcool, situação que incluía o uso de álcool não próprio para o consumo humano, como o etanol utilizado em postos de gasolina. A médica em questão não identificou a necessidade de acolhimento da demanda de fala do paciente naquele momento sugerindo que o mesmo se dirigisse a um hospital geral para realizar a sua desintoxicação, procedimento adequado de acordo com os protocolos médicos (e considerando que o hospital psiquiátrico não possui os equipamentos necessários caso haja a apresentação persistente de um quadro de abstinência). O que esta médica não contava era que o sujeito em questão não só não iria se dirigir ao hospital geral como também voltaria ao posto de gasolina para ingerir mais e mais etanol, o que provocou a sua morte. Podemos dizer com isto que a burocracia operada num determinado discurso não inclui um sujeito, o que por

consequência pode levar a sua total devastação ou até a sua morte. Um sujeito pode providenciar a sua morte desobedecendo aos protocolos e as supostas “palavras mágicas” da médica que, na melhor das hipóteses, pensou que o sujeito em questão iria seguir cegamente o seu comando. O que é mais aterrorizante nesta situação é o fato da médica não se interrogar sobre sua posição já que segundo ela, ela “seguiu o protocolo”.

5.4 Um corpo que se desfaz e o discurso da cidade sobre os corpos intoxicados, um recorte de caso

Sobre este “combate ao uso de drogas”, que nada mais é que o combate aos usuários de drogas, citaremos um recorte do caso de Nora para ilustrarmos como que este discurso de Guerra às Drogas mostra-se pulverizado na cidade e mostra-se não apenas através das ações policiais nas favelas.

Nora, uma jovem senhora de 48 anos, desde o início do ano de 2018 é acompanhada pelas equipes do CAPS-ad Alameda e a equipe de Redução de Danos após uma internação para o seu uso abusivo de álcool. Nora vive a maior parte dos seus dias nas ruas da Zona Norte da cidade próximo a uma comunidade bastante violenta, território onde os redutores de danos realizam suas intervenções, mas já era conhecida por eles a partir do trabalho que realizam dentro de uma das enfermarias do hospital psiquiátrico onde nora esteve internada⁶³ por três meses por da decisão de seus familiares.

O caso em questão foi levado à supervisão clínico-institucional do CAPS-ad Alameda por duas vezes, uma no mês de fevereiro e outra em julho de 2018 com a presença de todos os redutores de danos envolvidos no caso.

Segundo o relato da psicóloga do CAPS-ad (técnica de referência do caso), Nora aceitou ir ao serviço de saúde na condição de receber novas doses de sua medicação

⁶³ Na cidade de Niterói (RJ) o único recurso exclusivamente público para a internação de usuários de drogas é uma enfermaria específica do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o Serviço de Álcool e outras Drogas (SAD). Apesar da inadequação do local (uma enfermaria para usuários de drogas dentro de um hospital psiquiátrico), é o único recurso possível com uma equipe advertida clinicamente para a internação destes sujeitos quando necessário. Dentro do SAD, uma vez por semana, os redutores de danos realizam um grupo de redução de danos na perspectiva de produzir vínculos com eles de modo que possam, extramuros, sustenta-los para que mantenham seus tratamentos na rede de atenção psicossocial, principalmente com os casos mais graves que discutem constantemente nas supervisões semanais. No caso de Nora, o vínculo construído com os redutores de danos ainda na internação, anteriormente a sua chegada ao CAPS, foi fundamental para o desdobramento do acompanhamento.

ansiolítica, de que faz uso abusivo desde os seus 17 anos de idade, quando apresentou grave sofrimento psíquico após o parto de um de seus filhos. Apesar de dizer que não compreende o porquê de ter sido levada ao CAPS, Nora também faz uso abusivo de álcool desde os seus 30 anos, quando se separou do seu primeiro marido.

Nas duas vezes que o caso foi trazido para a supervisão do CAPS, tanto a psicóloga em questão quando os redutores de danos caracterizaram o corpo de Nora como um corpo em constante desintegração, e expressam significativo horror ao relatar o que experimentam presença de Nora nas ruas e em seus dizeres no CAPS: “Ela já perdeu parte da boca numa queda, mas não lembra de nada pois estava alcoolizada. Ela também perdeu parte de um dos dedos do pé numa briga, era uma briga por álcool e um homem pegou um facão e decepou o seu dedo, mas ela também não se lembra”. Além desta fala, um dos dizeres que se destacavam das falas dos profissionais era “ninguém suporta cuidar de Nora, todos os familiares já chegaram num limite”.

Para Nora, a rua não parecia se constituir como um lugar possível, mas era o único local onde conseguia estar. Aquilo que anteriormente nomeamos de um lugar no campo do Outro parecia na história de Nora como um lugar insuportável, em que todos a abandonavam e onde seu corpo estava em constante deterioração para aqueles que a encontravam. Mesmo os profissionais da Estratégia de Saúde da Família não conseguiam sustentar um trabalho contínuo com ela afirmando não saber mais o que fazer pois Nora está sempre bastante suja nas ruas, alcoolizada e, por vezes, agressiva.

Contudo, uma das redutoras de danos, ao falar de Nora, conta que uma vez, ao levar uma de suas filhas para a escola, encontrou Nora caída na rua com um dos seios para fora do vestido. Imediatamente se dirigiu a ela e arrumou o seu vestido. Na ocasião, um comerciante local viu a cena e advertiu a redutora que não tocasse em Nora pois ela poderia ser contaminada por alguma doença. O corpo de Nora, além de ser tomado como um corpo que se desfaz (perdeu um pedaço da boca e do dedo do pé quando estava alcoolizada nas ruas), era tomado também como um foco de contaminação de que ninguém deveria se aproximar. O comerciante em questão, além das palavras já ditas, afirma que Nora não tinha jeito, “que era melhor deixarmos ela pra lá”.

Na sequência deste relato, um outro redutor de danos afirma que já a encontrou nas ruas também e que ela se lembrava dele quando esteve internada, do grupo de redução de danos do SAD. E ela tomou a iniciativa de se dirigir a ele e dizer que queria ir ao CAPS mas não estava conseguindo sustentar esta proposta.

As falas dos redutores de danos diante da paciente que era reconhecida como aquela que “ninguém suporta cuidar” (fala dita por um de seus familiares) apontavam que todas as vezes que Nora era encontrada na rua, estavam sempre de passagem e que suas idas ao CAPS eram sempre feitas por um familiar na insistência para que se tratasse.

Observe-se que Nora diz não reconhecer precisar do CAPS, mas dirige-se ao redutor de danos se justificando sobre sua situação de não conseguir chegar ao serviço. Ao longo da supervisão, concluímos que não seria mais possível “passar” pelos locais em que Nora estava apenas dando um “oi” ou ajeitando seu vestido para que seus seios não ficassem a mostra. Ela tinha algum endereçamento ao redutor de danos e era preciso sustentar esta demanda ali onde ela podia falar alguma coisa, nas ruas, mesmo que ela não chegasse ao CAPS. Não poderíamos mais passar por ela, mas estar com ela nos locais tanto para que ela pudessem construir algo a partir da palavra quanto para minimamente garantir no laço social algum lugar. Não podemos escutar um comerciante local falar de seu corpo daquela maneira sem tomarmos alguma posição, queremos dizer com isso que precisamos incluí-lo no caso a partir de alguma transferência que podemos produzir com o nosso trabalho. Tomar partido não significa defendê-la das falas do Outro social apenas, não brigar por ela pois isto a deixaria do mesmo modo fixada ao lugar de corpo-objeto-que-se-desintegra. Precisamos apostar que pela palavra (a dela conosco e a nossa com os vizinhos de território), ela possa reinventar algum corpo e um lugar no campo do Outro menos mortífero. A história dela nas ruas e sua devastação (sem rompimento com seus laços sociais) estão localizados em sua história e talvez ela tenha muitas coisas a dizer sobre isto, será necessário fazermos esta aposta com ela e não por ela.

O CAPS assim como a equipe de redução de danos em seu mandato psicossocial entendem que as ruas é o nosso espaço de intervenções clínicas. Neste trabalho, apostamos que este fazer clínico comporta sua uma dimensão política indissociavelmente. O caso Nora ilustra bastante esta nossa afirmação na aposta de que não há clínica possível com Nora se não considerarmos os atravessamentos e suas marcas advindas do campo do significante que a fixa neste lugar de corpo abjeto, que se deteriora e contamina os demais. A redução de danos nesta ocasião – situação em que há um psicanalista traçando com a equipe uma direção clínica das ações – oferece os cuidados ao corpo e sua degradação mas dá um passo a mais ao incluir neste corpo um

sujeito do inconsciente considerando as transferências possíveis com o caso nas supervisões clínico-institucionais.

A fala do comerciante local precisa ser tomada nesta cena como um eco discursivo que está para além da pessoa física dele em si. A Guerra às Drogas promove discursos e estes são escutados nas brechas da cidade, produzem verdades sobre estes sujeitos e seus corpos. O campo de concentração nesta situação não é a fornalha com gás tóxico de Hitler, mas está exposto a céu aberto e a toxicidade estão nas palavras promotoras de marcas que imprimem em cada um.

É justamente nos oferecendo com a nossa presença nos territórios de vida destes sujeitos sustentando com eles, mesmo que minimamente, um dispositivo de escuta pautado na transferência – sem nos orientarmos pelo discurso da burocracia tão presente em muitos serviços de saúde –, que poderemos de fato promover alguma regulação deste gozo desenfreado que surge em muitos casos, como no caso de Nora, por exemplo. Fato é que como discorremos anteriormente, a sobreposição dos serviços de atenção básica em saúde em detrimento aos Centros de Atenção Psicossocial como principais portas de entrada e reguladores da rede promoveu uma dispersão perigosa sobre o manejo destes casos.

No caso apresentado, fica evidente o recuo dos agentes comunitários de saúde diante de Nora e como os redutores de danos, pautados pelas diretrizes psicossociais aliadas à clínica psicanalítica através das supervisões, puderam se reposicionar diante do sujeito. O que observamos é uma possibilidade maior de Nora se endereçar mesmo que nas ruas além do efeito de retornos com mais frequência para sua casa. A clínica psicanalítica não se propõe a reduzir o impacto das drogas na vida das pessoas mas sim a uma regulação pulsional através de uma aposta no sujeito do inconsciente que secundariamente pode também incidir sobre seu uso abusivo de drogas.

5.5 Entre as leis de criminalização dos usuários de drogas e a clínica psicanalítica

Retomando a discussão das leis sobre drogas no Brasil, podemos verificar que apesar da Lei 11.343/06 modificar o aspecto coercitivo da lei de 1976, que autorizava o magistrado a definir a internação compulsória para sujeitos que

apresentassem “recaídas⁶⁴” ao longo do seus tratamentos ambulatoriais, a nova lei sustenta outras medidas penais para aqueles que realizam uso de drogas podendo ser desde a compulsoriedade de tratamentos ambulatoriais (ou mesmo nos CAPS-ad, o que é um equívoco considerando as diretrizes de cuidado que orientam estes serviços) até a realização de atividades educativas ou prestação de serviços à comunidade, deste modo, mantem-se o sujeito dentro do sistema penal. Mais uma vez é notória a incompatibilidade desta perspectiva proibicionista adotada pela Lei com as lógicas de cuidado e prevenção encontradas nos programas públicos de assistência tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) – em especial diante das estratégias de Redução de Danos – quanto no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Neste sentido e a partir do que apresentamos até aqui, a discussão que desenvolvemos nesta tese sobre a relação das ações de Redução de Danos e a clínica psicanalítica requer que pautemos outras discussões no âmbito legislativo e que atravessam as nossas práticas cotidianas. A discussão sobre uma possível política de descriminalização dos usuários de drogas faz-se urgente pois tem consequências diretas nos marcos legais e na produção de saberes sobre as drogas, assim como fez Portugal através da Decreto n. 183 de 2001.

Vale destacar aqui que a cultura proibicionista que nos referimos não está presente apenas no Brasil mas em diferentes países do mundo através das pactuações internacionais como é o caso da histórica *Convenção Única sobre Estupefacientes* aprovada em Nova York em 1961 em que inúmeros países definiram o combate à criminalidade no controle interno e de suas fronteiras a partir dos pilares proibicionistas americanos sobre o consumo de drogas (*Idem* p.14). Vale destacar desta série de países a Bolívia que sofre recorrentes sanções norte-americanas devido à sua grande produção de folha de *coca*, artefato ancestral de sua cultura e que é responsável pela sobrevivência de milhares de pessoas em território andino. Na Bolívia e no Peru também há movimentos sociais importantes que tentam desvincular a imagem da folha da *coca* da cocaína, droga inventada pela indústria farmacêutica no século XIX.

No Brasil, alguns poucos rompimentos com as linhas de continuidade da herança histórica de intervenção norte-americana tem consequências diretas na possibilidade do que até aqui discutimos viabilizando ações de cuidado verdadeiramente pautadas na

⁶⁴ Palavra utilizada para se referir momento do uso de drogas de usuários que se localiza entre situações em que permaneceu sem o uso da substância química.

Redução de Danos, estratégia mais próxima à realidade dos usuários e que consideramos de caráter antiproibicionista. Foi no primeiro governo do presidente Lula que foi aprovado um documento que reivindicava a Redução de Danos como principal estratégia de atenção aos usuários de drogas, como algo que deveria driblar as ações meramente militarizadas em relação ao consumo e ao tráfico de drogas. Este documento foi assinado no ano de 2004 e no ano de 2005 o Ministério da Saúde deixa clara a sua posição a partir da portaria de número 1.028 de 1 de julho, ainda que antes o termo “Redução de Danos” já aparecesse em diferentes documentos lançados ao público do próprio Ministério para orientação do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial.

Apesar da iniciativa fundamental do Partido dos Trabalhadores (PT) em seus anos de presidência e a evidente expansão dos serviços de atenção psicossocial no país voltada para este público específico, houve muitas contradições ao longo dos anos, como já mencionamos o caso do *Programa Crack é Possível Vencer* – através do decreto de número 7.179 de 20 de maio de 2010 – em que o eixo *autoridade*, por decisão do governo federal, estados e municípios, recebeu os maiores investimentos, ou seja, o eixo que prevê investimentos na segurança pública. O próprio nome do programa já nos dá notícias sobre onde será investido o capital nesta empreitada e reforça os discursos oriundos da lógica de Guerra às Drogas. Como exemplo, temos a lentificação dos processos de implantação em todo o país das Unidades de Acolhimento (UA: Unidades de Acolhimento; UAi: Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil) para usuários de drogas, que apenas surgiram timidamente anos depois do início deste programa – dispositivo de atenção psicossocial previsto pela *Portaria da Rede de Atenção Psicossocial* do Ministério da Saúde (portaria 3.088/2011) no ano seguinte do lançamento do *Programa Crack é Possível Vencer*.

Com isto, podemos também verificar que as ações concretas de Redução de Danos no Brasil ainda são bastante pálidas e sofrem enfrentamentos constantes das forças conservadoras afirmando que tais estratégias incentivam o crime e o uso de drogas. Neste sentido, apostamos que a psicanálise pode e deve trazer suas contribuições ao campo, principalmente no que se refere à descriminalização dos usuários não apenas através de um viés legislativo mas pela via do sujeito.

Apostamos que para uma real descriminalização do uso de drogas, não basta modificarmos as nossas leis. Necessitamos de um *práxis* descriminalizante antes de mais nada, para que não permaneçamos numa contradição interna as leis, como

verificamos em algumas práticas em territórios cuja legislação pauta-se na descriminalização.

O sujeito por definição em psicanálise se exerce como uma função, um ato de resposta, e é por definição sem qualidades, pois emerge a partir da linguagem, entre dois significantes. Nesta perspectiva, a única coisa que é apreensível de modo positivista pela lei da cidade serão os comportamentos de um indivíduo naquilo que ele é considerado um transgressor ou não.

Para nos auxiliar nesta compreensão, Luciano Elia em seu livro *O conceito de sujeito* afirma que:

Depois dos passos que demos, creio que estamos em condições de responder negativamente a essas perguntas. Não, o sujeito não é o nome de um referente empírico que existe por aí, que se encontra na realidade. O sujeito é um *operador* que se impõe a nós, desde que nos coloquemos em determinada perspectiva, em determinado lugar a partir do qual interrogamos a experiência humana, seguindo os passos de Freud, que foi o primeiro a fazer isso. O sujeito é, portanto, sempre suposto. Não o encontramos na realidade, mas o supomos. (ELIA 2010, p. 70)

Podemos dizer que o supomos enquanto efeito significativo, “o sujeito é, pois, uma suposição do significativo, que se impõe a nós” (*Ibidem*).

Sobre as contribuições da psicanálise à criminologia, Vera Malaguti Batista (2015, p.51) nos diz que:

O positivismo criminológico que se instaura na segunda metade do século XIX é produto direto dos saberes *psi* desenvolvidos a partir do grande internamento do século XVIII: aquele olhar que só poderia provir do poder médico exercido dentro dos muros da prisão, do manicômio e do asilo. É por isso que a invenção freudiana da psicanálise representa uma importante ruptura no pensamento criminológico.

E acrescenta adiante que “o positivismo criminológico é hoje um argumento risível” e pouco comprometido com a causalidade psíquica envolvida no ato considerado criminoso.

Lacan em 1950 também afirma que as ciências do homem, pautadas numa realidade comportamental, não podem dar respostas em termos de verdade sobre o ato delituoso já que algo da ordem do simbólico esvazia a realidade do fenômeno pautando-se no campo do significativo (LACAN 1950,p. 127).

Se nem sequer podemos captar a realidade concreta do crime sem referi-lo a um simbolismo cujas formas positivas coordenam-se na sociedade, mas que se inscreve nas estruturas radicais que a linguagem transmite

inconscientemente, esse simbolismo foi também o primeiro sobre o qual a experiência psicanalítica demonstrou, através de efeitos patogênicos, a que limites até então desconhecidos ele repercute no indivíduo, tanto em sua fisiologia quanto em sua conduta (*Ibidem* p. 131).

Há uma produção de “etiquetamentos” produzidos por um discurso presente no campo social (“bandido”, “cracudo”, “drogado”, “pivete”, etc.) que identifica e fixa os sujeitos em significantes já pré-estabelecidos, numa espécie de “Outro etiquetador”, que, ao mesmo tempo que os fazem ser vistos a partir destes significantes, também os fazem se identificarem a eles. Neste caso nos referimos aos usuários de drogas que recebem deste Outro os significantes que os identificam ao crime, como fugitivos da polícia pelo simples fato de usarem drogas. Não foi apenas uma vez que escutamos dos nossos pacientes adolescentes: “tio, eu sou bandido”.

Situação curiosa nos aconteceu durante a realização da nossa pesquisa na cidade do Porto, Portugal, no ano de 2017 quando trabalhávamos junto das equipes de rua num dos bairros considerados mais perigosos da cidade, o bairro do Aleixo. Num determinado dia quando estávamos junto da equipe atendendo aos usuários de heroína próxima à “carrinha” (nome lusitano da van que transportava os profissionais), fomos surpreendidos por um policial que se posicionava atrás de nós com uma metralhadora. Imediatamente, diante de minha expressão facial de preocupação, os próprios usuários se dirigiram a mim solicitando que me acalmasse pois “aquí a polícia não nos pode fazer mal, percebe?” Um dos usuários se dirige ao policial e tem com ele uma breve conversa, depois há o esclarecimento de que a presença do policial era devido a um roubo de carros que aconteceu nas redondezas do bairro e estava ali para obter informações. “Doutor, aqui a policia não nos pode fazer mal pois aqui usamos as palavras para dizer que ele está errado, não é como no Brasil”, disse um dos usuários presentes relatando que em outras situações há possibilidade de se posicionarem diante de uma ameaça policial quando se sentem ameaçados pelo abuso da autoridade. Este mesmo usuário, que já cumpriu pena por tráfico de drogas num dos presídios do país, relata uma cena em que estava sentado à beira de um rio e dois policiais desconfiaram de que ele poderia ter roubado a bicicleta que portava consigo. Conta-nos que argumentou em sua defesa além de mostrar os comprovantes de sua compra fazendo com que os policiais interrompessem a suposta investigação.

A cena em questão contrasta bastante com os relatos, por exemplo, dos nossos redutores de danos (da equipe de redução de danos de Niterói) que quando se encontram

nas cenas de uso de drogas e identificam a presença da polícia (principalmente nas favelas), "batem em retirada" pois de saída todos presentes naquela cena são considerados "marginais" e podem ser "esculachados"⁶⁵ pela polícia por este motivo. Estes mesmos redutores de danos contam outras situações nas quais, dentro de suas casas, já foram abordados pela polícia para que os deixassem entrar sob a suspeita de algum envolvimento com o tráfico de drogas local.

Dentro do próprio CAPS-ad, notamos claramente o modo como os alcoolistas se referem aos usuários de outras drogas, as ilícitas: "eles são drogados, eu só bebo muito" ou "temos problemas com o álcool mas pelo menos não somos cracudos que nem esses daí". O mesmo fenômeno apresenta-se na relação entre os usuários de cocaína e os usuários de crack, sendo estes últimos discriminados pelos primeiros – e precisamos aqui considerar que tanto o crack quanto a cocaína se referem ao mesmo composto químico com poucas distinções químicas, contudo, utilizadas por vias de administração diferenciadas (o crack é fumado e a cocaína é aspirada).

Não é à toa que quando chegam para um primeiro acolhimento no CAPS pelos profissionais, interrogamos sobre por que nomeiam-se deste ou daquele modo quando falam de si e tentamos permitir que possam contar suas histórias de modo que os significantes em questão ("sou dependente químico", "sou viciado em cocaína, crack, etc.") se desloquem um pouco, que possam produzir alguma questão com esta "identidade de drogado e vagabundo" que trazem consigo como algo fixo em suas existências.

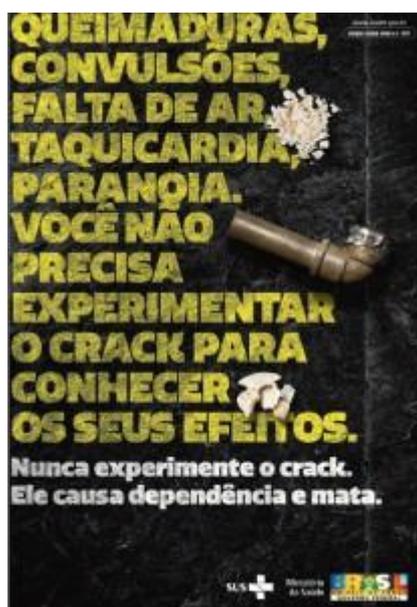
O objeto-droga aqui serve como um condensador de etiquetas e ilustra a violência produzida de modo discursivo, presente nas trocas no laço social. Com estes discursos que focam na droga em detrimento do sujeito, há uma produção imaginária que torna-se inflacionada pelas informações que circulam nos meios de comunicação, passando pelas conversas informais nos diferentes espaços da cidade até as instituições de saúde (e não somente aquelas tidas como conservadoras) e do setor da justiça.

Os corpos que encontram satisfação ou apaziguamento dos mal-estares nas drogas ilícitas são "marcados a ferro e fogo" pelo discurso médico-jurídico através dos referidos significantes oriundos do Outro social, restando-lhes apenas duas saídas

⁶⁵ Gíria utilizada no estado do Rio de Janeiro quando há abuso de poder por parte da polícia ou do tráfico de modo a imprimir uma humilhação pública com agressões físicas.

possíveis através desta fixação: o doente e/ou o delinquente. Obviamente que outros discursos se imbricam nesta produção de etiquetas-estigmas, como aquilo que se diz sobre os negros e pobres deste país e que no cotidiano das sentenças decidem quem será o doente e quem será o delinquente.

Especificamente o discurso médico, em relação à questão das drogas, promove suas marcas através de uma espécie vulgarização do saber psiquiátrico contido em revistas, anúncios e livros de profissionais com práticas duvidosas. Citamos como exemplo uma propaganda do próprio Ministério da Saúde no ano de 2010 (momento no qual, no âmbito do governo federal, ainda podemos encontrar as principais portarias que citam a Redução de Danos como norteadora das ações em saúde com usuários de drogas) referindo-se ao uso de crack⁶⁶). Os danos produzidos pelos discursos é incomparavelmente maior do que aqueles produzidos pelas substâncias.



Diante disto, o tratamento psicanalítico – para além dos atendimentos a cada sujeito, através da sua transmissão na cidade sobre aquilo que testemunhamos –, permite, justamente, a produção de **um outro lugar para cada sujeito, e para o coletivo de**

⁶⁶ Imagem retirada do site <http://aqueimaroupa.com/2010/01/21/o-ministerio-da-saude-avisa-o-crack-cria-dependencia-e-pode-matar/> (consulta realizada no dia 25 de julho de 2016). Taniele Rui em seu livro *Nas Tramas do Crack, Etnografia da Abjeção* (2014, p.20), também tece comentários a respeito desta propaganda do governo federal e, inspirada no pensamento da antropóloga inglesa Mary Douglas (seguidora de Emile Durkheim), afirma que estamos diante de percepções simbólicas e morais, de higiene e de sujeira, bem como de conhecimento da patogenicidade “estranhamente estreita” e supostamente submetidas aos efeitos da substância química.

sujeitos usuários de drogas, no campo do Outro social⁶⁷. Nossa aposta é a de promovermos uma torção discursiva, novos modos de nomeação e de identificação significativa, um fazer com consequências clínicas e também políticas que faça cada sujeito deslizar sobre os significantes e “se falar” de um novo modo. O poder da psicanálise difere do exercício de um saber-poder, pois não captura o sujeito em representações, pelo contrário, o libera delas permitindo que ele aponte a direção de seu tratamento – o que talvez seja a principal maneira da psicanálise contribuir num fazer que reduz danos, ou seja, os danos dos estigmas. Há um poder na psicanálise e que podemos e devemos usá-lo a nosso favor, o da transferência. A transferência concerne à relação analista-sujeito, e só se estabelece e desenvolve como transferência - e não como sugestão - se, movido pelo que Lacan designou como *desejo do psicanalista*, este sustenta seu lugar e, recebendo a investidura de um poder que o analisante lhe confere, abstém-se expressamente de usá-lo.

Pois é ainda a partir da transferência que analisaremos o fato de o sujeito aceitar a interpretação. Não há nenhuma possibilidade de sair, por esse caminho, do círculo infernal da sugestão. Ora, nós supomos, justamente, que uma outra coisa é possível. Trata-se, pois, de que a transferência é diferente do uso de um poder (LACAN 1958, p. 440).

Destacamos aqui que, diferentemente de um fazer originário por uma militância dos usuários de drogas, o analista em sua função não reivindica absolutamente nada durante a sua *práxis* com cada sujeito: legalização ou descriminalização das drogas, pelo uso medicinal da maconha ou mesmo incitar alguma desobediência civil diante do proibicionismo. Contudo, é a partir de sua *práxis* que ele extrai, numa posição de testemunha, os elementos para que no campo social se possa sustentar uma posição política cidadã mais ou menos favorável ao seu exercício. Vale lembrar que o fazer do analista não está orientado por uma transgressão das leis (ainda que durante uma análise o sujeito se autorize a fazer várias transgressões, mesmo que seja através de uma passagem ao ato ou *acting out*) mas sim num ato preciso onde quer que ele se localize num trabalho com os significantes que pode produzir grandes efeitos tanto para cada um como para a cidade caso ele se coloque no lugar de transmissão. “(...) Não se transgride nada. Entrar de fininho não é transgredir. Ver uma porta entreaberta não é transpô-la

⁶⁷ Este trabalho do psicanalista na cidade ganha espaço na medida em que ele consegue se autorizar, a partir de sua posição nas transferências –com cada sujeito e entre os trabalhadores de saúde mental –, e ao mesmo tempo ser atravessado pelo mandato dos CAPS que possui como diretriz institucional a tarefa de intervir em seus territórios e nas redes de cuidado (formais e informais).

(...) não se trata aqui de transgressão, mas antes de irrupção, queda no campo de algo que é da ordem do gozo” (LACAN 1969, p.18).

5.6 Os danos causados pelo estado e a psicanálise diante da violência

Para darmos continuidade à discussão sobre o terreno onde surgiram as primeiras ações e portarias de Redução de Danos no Brasil, proposta que se insere no campo social permitindo o acesso ao tratamento de sujeitos que não querem ou não podem interromper o uso de drogas (sem desconsiderar que a maioria dos sujeitos que realizam algum tipo de uso de drogas ilícitas não exibem qualquer comprometimento importante em suas vidas em decorrência do uso que não necessariamente é o abusivo), resgataremos a discussão anterior sobre o caráter normatizador das leis brasileiras sobre a atenção às drogas e suas consequências psicossociais.

Partiremos do princípio de que não são as substâncias lícitas ou ilícitas mas sim um discurso sobre elas e seus usuários, ou sobre as pessoas envolvidas no seu comércio ilegal a partir das contingências de suas vidas, os principais fatores causais dos danos que precisamos "reduzir". A cultura proibicionista e a criminalização de todos os envolvidos com o uso ou o comércio de drogas produz efeitos nefastos no Brasil. Já as portarias e estratégias de Redução de Danos tentam inserir outro discurso na apreensão desta problemática do uso de drogas no campo social, ou seja, tentam produzir uma outra cultura na cidade em relação ao consumo de drogas, que chamaremos de uma cultura de Redução de Danos (ainda menos compartilhada no laço social do que a do proibicionismo), além de afirmar que a atenção aos usuários de drogas refere-se ao setor da saúde pública e não o reduz a “um problema de polícia”. Portanto, temos um terreno legislativo ambíguo a partir das leis existentes além de culturas radicalmente diversas em suas reflexões sobre o consumo de substâncias ilícitas. Esta ambiguidade, muitas vezes, produz tensionamentos importantes entre os diferentes setores públicos que acabam deixando os usuários num hiato de assistência e de decisões judiciais, decisões muitas vezes tomadas a partir dos valores morais dos operadores de direito e que corroboram com fazeres institucionais nos mais variados setores produzindo diferentes tipos de violências.

Diante desta afirmação, então, quais seriam estes danos que precisamos reduzir e como fazê-lo através das nossas ações institucionais orientadas pela psicanálise? Esta

questão nos atravessou anteriormente à escrita do nosso projeto de doutorado para o Programa de pós-graduação em Psicanálise da UERJ através das evidências clínicas com que nos deparamos cotidianamente. Os danos causados pelos manejos institucionais sustentados pelos diferentes saberes, dizeres e ações do Estado são consideravelmente mais devastadores do que qualquer substância química, e este é o nosso desafio: a de inventarmos ações e intervenções que desloquem a grande preocupação em torno do comportamento do uso abusivo de substâncias químicas – preocupação esta presente mundialmente na maioria dos programas de tratamento dos usuários de drogas, sejam eles pautados ou não pela Redução de Danos – para o cuidado de cada sujeito em suas especificidades considerando os atravessamentos psicossociais que o lhe concerne e as diferentes violências a que estão submetidos em seus territórios e nas instituições em que circulam.

No Brasil, evidencia-se primeiramente a necessidade de uma redução de danos diante das violações de direitos dos usuários de drogas. Fato que nos foi possível identificar claramente em relação aos adolescentes que acompanhamos ao longo de seis anos através da Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras Drogas (ERIJAD), em especial aqueles que por sua relação com a droga (de uso ou comércio) deram entrada no circuito das medidas socioeducativas. Situações que nos fizeram pensar em levantarmos discussões em diferentes espaços sobre o que seria a Redução de Danos para esta população, algo que gerou a entrada de redutores de danos numa instituição de cumprimento de medidas socioeducativas na cidade de Niterói produzindo um grupo semanal de discussão com os adolescentes que pouco falam de seus usos de drogas, mas demonstram diferentes embaraços ao falar sobre seus encontros sexuais, traço clínico que evidencia-se na passagem da adolescência. Também discutem com os redutores de danos o tema da “ostentação”, como eles mesmo nomeiam, e afirmam que “segurar numa metralhadora na boca de fumo, matar policial e ter todas as mulheres” foi o que gerou sua situação atual de cumprimento de medida socioeducativa. Nestes grupos, alguns afirmam querer regressar ao tráfico de drogas ao término do cumprimento de medida, outros, ao falarem, ficam divididos se este seria o melhor caminho. Mas qual seria o outro caminho possível para eles? A resposta para esta pergunta não está dada, mas a clínica pode nos apontar possibilidades com cada um a partir de suas invenções, o que não significa que não retornarão ao tráfico, vicissitude que não está fora do campo de possibilidades - e até com muita probabilidade - e que não se constituiu como obstáculo ou índice de fracasso do trabalho psicanalítico, já que

não só não está em nossas mãos a escolha deste destino como também não trabalhamos em prol do que seria moralmente correto, apesar de termos um pacto com a vida.

Em relação à violência institucional e jurídica provocada pelo modo como o Estado lida com a problemática do uso de drogas a partir de uma cultura proibicionista, ilustraremos com um recorte de caso para prosseguirmos neste debate:

João, no ano de 2010, estava com 14 anos e cumpria medida socioeducativa em unidade de privação de liberdade do DEGASE⁶⁸ respondendo por um ato infracional relativo a furto/roubo. No entanto, na assentada do juiz constava ato referente a uma tentativa de matricídiodescrita sucintamente como o ato de ligar o fogão e fechar toda a casa enquanto sua mãe dormia. Sua mãe dizia que ele assistia a tudo pela janela, do lado de fora da casa.

Diante da tentativa (mal sucedida), a família recorre à Justiça, solicitando que esta determine um local de tratamento para o que entendiam ter promovido tal ato: o *crack*. A resposta judicial veio em forma de medida socioeducativa e foi assim que João inaugurou sua carreira institucional.

A equipe da unidade de privação de liberdade para onde foi encaminhadopedi nossa parceria no acompanhamento dos pais de João. Entendiam que aquela situação era de grande vulnerabilidade e apontavam para a necessidade da construção de uma rede de cuidados anterior à progressão de sua medida (para a semiliberdade) e conseqüente contato mais regular e freqüente com sua família e seu meio social de origem. Procurava-se ultrapassar os muros, na direção de um cuidado territorializado, endossando o direcionamento da assistência indicada pela máxima da Reforma Psiquiátrica, assim como do ECA⁶⁹, onde a privação de liberdade se configura apenas em caráter transitório e de excepcionalidade.

Procuramos fazer os atendimentos a esta família junto ao Conselho Tutelar que, no entanto, avaliou não serem de sua ingerência situações relativas às medidas socioeducativas, posição equivocada diante de seu mandato e momento em que se inscreve a primeira recusa do caso na rede após o início de seu longo percurso institucional. Constatamos neste e em outros casos um desvio no entendimento do que

⁶⁸ Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Rio de Janeiro, órgão do governo estadual submetido a Secretaria Estadual de Educação (no caso do estado do Rio de Janeiro, já que em outros estados o órgão responsável pelas medidas socioeducativas pode também estar submetido à Justiça) responsável pelas instituições de cumprimento de medidas socioeducativas.

⁶⁹ Estatuto da Crianças e do Adolescente.

seria garantir direitos quando um sujeito se insere no circuito socioeducativo. Não só os Conselhos Tutelares mas outras instituições da rede passam a tratá-los como uma exceção: destacando-o do grupo dos demais adolescentes e localizando no uso de drogas e em algumas falas “estranhas” de João sobre os fenômenos que se passavam em seu corpo, algo que naquele momento, e a partir dos seus ditos, nos fez pensar na hipótese de psicose.

Diante da complexidade que se apresentava, procuramos o CAPS-i⁷⁰ de referência do município para pensarmos estratégias. Nesta reunião convidamos também a equipe da unidade de privação de liberdade. Decidimos que a ERIJAD e o CAPS-i compartilhariam o atendimento aos pais de João até se determinar o lugar que melhor atendesse as necessidades identificadas.

Sendo indicada a progressão da medida socioeducativa a ser cumprida em semiliberdade, João é transferido para o CRIAAD⁷¹ e assim tivemos a oportunidade de conhecê-lo pessoalmente e já identificar fenômenos importantes como alucinações cenestésicas e auditivas a partir de sua fala em que dizia possuir “uma faca cravada em sua coluna” e que por isto não conseguia ficar quieto. Este evento nos fez considerar que se tratava de um caso em que a problemática do uso de drogas não poderia ser tomada como seu principal impasse, como seus familiares e alguns operadores do Direito o faziam. Era preciso compreender a relevância destas questões de investigação diagnóstica assim como sua construção delirante, direção já colocada inclusive pela equipe do DEGASE que compreendia que João falava sobre sua psicose. Com isto seria possível iniciar a construção de uma direção de tratamento além de dissolver uma suposição fantasística e sem qualquer base verdadeira, presente entre alguns técnicos sobre o uso de drogas como ponto principal, uma tentativa de transmissão possível para as equipes de seu território.

Sua inserção junto ao coletivo da unidade de semiliberdade foi complicada, uma vez que não se identificava com nenhuma das principais facções criminosas do Rio de Janeiro; o que fez com que os demais adolescentes passassem a chamá-lo de “alemão”, conotação linguajeira entre eles para “aquele que é de fora, invasor, mal vindo.” João não conseguia funcionar numa identificação (num elo identificatório) que o unisse ao grupo através do nome das facções. Sua condição psicótica o colocava como um

⁷⁰ Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

⁷¹ Centro de Recursos Integrados ao Adolescente.

estrangeiro, um “alemão”, diante dos demais membros provocando agressões físicas e seu isolamento (medida adotada pelos profissionais da instituição do DEGASE diante dos riscos de João). Neste momento nos perguntávamos como uma instituição, e nós mesmos, que deveríamos garantir seus direitos básicos não conseguíamos possibilitar uma mediação no laço entre João e os demais meninos? Seguiu-se um período marcado por algumas “evasões” (termo técnico utilizado para falar das saídas sem autorização, mas que neste caso nos interrogava já que João era expulso da instituição e designado como um adolescente em “descumprimento de medida”), irregularidade nas consultas marcadas no CAPS-i e retomada do seu uso de crack nos finais de semana.

Importante destacarmos que o acolhimento de João pelo CAPS-i de seu território teve grande resistência por parte da instituição. Por algum tempo somente a marca da infração à lei e do seu uso de drogas eram sublinhados. Nesta ocasião notamos a importância de transmitirmos alguns elementos clínicos do caso a partir do nosso encontro com ele, contudo, notávamos resistência principalmente pelo fato de João também ali ser “diferente dos demais” que em sua maioria eram psicóticos sem o uso de drogas. O CAPS-i falava de João como já soubesse sobre ele. Somente num segundo momento no CAPS-i foi possível acolher outros aspectos referentes à sua história de vida e de seu sofrimento. Nossa pergunta, então, era o que este caso trazia consigo de tão insuportável para os demais meninos do DEGASE e para os técnicos que tentavam recebê-lo em tratamento (CAPS-i e Conselho Tutelar, por exemplo)?

Apos curto período, mesmo com alguma vinculação ao serviço, o CAPS-i decide por encaminhar João para um ambulatório de Saúde Mental sem oferecer elementos clínicos suficientes para compreendermos o motivo. João, tampouco, conseguiu responder às exigências mínimas daquele dispositivo. Na mesma época o CRIAAD solicitou sua transferência para uma unidade fora do município alegando não poder ficar com “casos como aquele”. E sua família, por vez, procurara a Promotoria dizendo da necessidade do filho permanecer internado, em uma instituição fechada para “dependentes químicos”. Todos diziam não haver lugar para João. Diante da interrupção de todas as ações que estavam sendo construídas em seu território, a ERIJAD, mais uma vez, precisou fomentar intervenções nestes equipamentos para que fossem revistos os encaminhamentos, de modo a produzir algum reposicionamento destas instituições na direção do necessário cuidado. A sensação é de que falávamos com paredes que não produziam eco, ou seja, tínhamos dificuldades em transmitir a importância de se escutaros dizeres de João sobre o seu sofrimento e que só assim poderíamos pensar em

seus encaminhamentos – algo diferente dos protocolos seguidos pelas diferentes instituições e que justificavam os encaminhamentos equivocados. O seu uso de crack e a delinquência tomavam a cena.

Seguiu-se longo período em que o adolescente percorreu diversas unidades socioeducativas em meio fechado fazendo com que tivéssemos que reiniciar a discussão e transmissão do caso com cada equipe de acompanhamento. Esta inconstância produziu descontinuidade em seu tratamento, sendo possível verificar sua piora clínica. Em uma das visitas que fizemos, João mostrou seu braço, onde talhou profundamente o seu nome, como que procurando se inscrever no mundo na tentativa de algum reconhecimento por aquilo que lhe é próprio.

Em mais uma evasão, João procura a casa da mãe, que no entanto o leva agora para uma comunidade terapêutica religiosa para “dependentes químicos”, no interior do estado de São Paulo. Serão mais nove meses de reclusão e novos danos e marcas em sua trajetória de vida.

Assim se passaram mais quatro anos e já com 18 anos, com sua medida socioeducativa extinta devido à sua maioridade penal, permanece condenado a um destino construído por todos estes atores: traz consigo a marca preponderante da delinquência e do uso de drogas. Já se vão mais de cinco anos de institucionalização e o que fomos capazes de fazer por João e com João? Entre os anos de 2010 e 2015 assistimos (no duplo significado que este significante transmite: através da oferta de assistência, ainda que insuficiente para produzirmos uma nova trajetória em sua vida; e no sentido de testemunhar) João inaugurando um circuito institucional através de um trilhamento marcado pelo significante “delinquente” e “usuário de drogas” oferecido por este Outro social e que determinou seu caminho em direção a um possível confinamento em sua maioridade penal: manicômio judiciário ou cadeia.

A violência presente através das marcas oferecidas por este Outro social – pelo Estado, seus representantes (profissionais da rede intersetorial) e os familiares do adolescente –, agarram-se ao corpo de João e trilham um destino. Nossa aposta, ainda que fracassada, era a de permitir que João pudesse construir, pelo trabalho com o significante, através do seu delírio e a partir da transferência, outras possibilidades para este destino, alguma estabilização de sua psicose e um lugar no campo do Outro menos mortífero e segregador. Um trabalho que só acontece pela transferência em seu duplo significado da palavra em alemão (já que *alemão* é um significante utilizado pelos outros adolescentes para se referirem a João), *Übertragung*, no sentido do *amor de*

transferência pelo analista, que ocupa o lugar de sujeito suposto saber, e que permite um trabalho clínico com um sujeito a partir da presentificação do inconsciente; e, num outro significado, o da *transmissão* de uma direção de trabalho com os demais profissionais das diferentes instituições que lidam diretamente com João a partir dos elementos clínicos recolhidos com ele, de um saber que lhe é próprio e não através de um saber técnico.

Vale lembrar que a transferência não é uma relação intersubjetiva, mesmo esta que apresentamos como tendo valor de transmissão. “A intersubjetividade não seria aquilo que é o mais estranho ao encontro analítico? Ali, basta que ela apareça para que fuçamos, certos que é preciso evitá-la” (LACAN 1960, p.21).

A Redução de Danos aliada à clínica permite uma operação em que haja alguma escolha por parte de um sujeito de modo que este não seja apenas tomado como objeto do Outro, e não achamos outra possibilidade desta construção que não seja através das coordenadas de trabalho oferecidas pela psicanálise e de um analista presente neste coletivo de profissionais. Mas e o uso de crack realizado por João? Podemos dizer que ele era apenas um pequeno detalhe sem importância em meio aos danos produzidos pelos dizeres sobre ele, um totalitarismo de saberes sobre ele. Não sabemos ao certo o que nos foi possível construir com João, não sabemos se produzimos efeitos clínicos ou se nenhuma marca diferencial se procedeu, contudo, precisamos continuar apostando.

Sobre o Outro⁷² a que nos referimos e com o qual lidamos, lugar denominado como o campo do significante e de onde um sujeito, a partir de sua operação de alienação e de separação, pode destacar-se num mesmo ato onde se extrai um objeto que é sua causa de desejo (o objeto *a*). Lacan (1964, p. 195-196) nos diz que:

Primeiro acentuei a repartição que constitui ao opor, em relação à entrada do inconsciente, os dois campos do sujeito e do Outro. O Outro é o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer (...). Aqui os processos devem, certamente, ser articulados como circulares entre o sujeito e o Outro – do sujeito chamado ao Outro, ao sujeito pelo que ele viu a si mesmo aparecer no campo do Outro, do Outro que lá retorna.

Podemos, então, desdobrar essas colocações lacanianas afirmando que João recebeu as marcas de um Outro, encarnado na voz destes muitos outros que compõem a rede, que o cristalizou no lugar da periculosidade e que vincula o seu uso de drogas ao

seu comportamento matricida desconsiderando as especificidades que concernem a uma estrutura psicótica: o seu corpo já é invadido a todo momento pelo Outro o deixando agitado além desta injunção de saberes sobre ele, João tem uma faca dentro de si e é tomado como objeto da ação jurídica em que é deslocado de uma instituição a outra sem que haja um mínimo de decisão por parte dele.

Infelizmente a história de João não é uma história isolada e assistimos histórias parecidas em outros momentos pautadas na criminalização pulverizada na cultura sobre os usuários (e também comerciantes) de drogas ilícitas. O Estado e seus operadores (atores da justiça, do campo da saúde, da educação, etc.) reproduzem estes fenômenos a cada momento, comandados por um discurso que reproduz práticas de controle de seus corpos e da vida sustentados pelos códigos de conduta profissional e de garantia de direitos do cidadão, algo que já mencionamos ao apresentar o biopoder descrito por Michel Foucault. Estas práticas, sustentadas por estes códigos de conduta, são pautadas pela burocratização da vida institucional, ou seja, protocolos e comitês que ordenam e trilham caminhos pré-estabelecidos em nome da garantia da assistência mas que acabam por produzir o seu revez avesso. No caso que apresentamos, a solicitação de relatórios encaminhados para os operadores do direito a partir de suas solicitações apenas fazia ganhar corpo o número de folhas de seu processo judicial sem consequência alguma para os cuidados de João.

Sobre a burocracia, Eric Laurent em seu livro *El goce sin rostro* (2010, p. 39) diz que “é nesse ponto que Lacan intervém, indicando que as burocracias modernas estão, de um modo muito mais radical que as antigas, fundadas estritamente sobre o saber. Pode-se dizer que todas as formas de burocracia se fundam sobre o saber⁷³ (...)”. Já Giorgio Agambem em seu livro *O que resta de Auschwitz* (2008, p. 28-29) aponta que a burocracia moderna é um mal absoluto. Ele ilustra sua afirmação através do livro *O Processo* de Kafka para falar que a burocracia se apresenta hoje na forma de um processo jurídico que não tem qualquer comprometimento com a verdade e sim com o julgamento, o fim é o julgamento e não uma verdade. “A finalidade última da norma consiste em produzir um julgamento”. Não importa quem será ou não absolvido e o que este sujeito tem a dizer, mas sim a marca que este julgamento deixa na vida daquele que passa por ele. O Direito não opera em nome da verdade, mas em nome do julgamento, e qualquer julgamento é sempre moral segundo o autor.

⁷³ Tradução do próprio autor.

A psicanálise é uma aliada importante nesta seara de combate à violência do Estado presentificada nos discursos, esaberes sobre as drogas, saberes totalitários que expulsam a experiência singular de cada sujeito em nome da protocolarização, de passos a seguir, podendo ser em “doze passos”, como se diz em determinados espaços de tratamento de usuários de drogas), que conduzem à segregação: um produto gerado em nome de um suposto cuidado ao cidadão. O psicanalista aposta em uma verdade do sujeito que nada tem a ver com a verdade jurídica, o trabalho é no caso a caso e será a partir daí que traremos nossas contribuições. A verdade só nos é acessível se acessarmos territórios outros que não somente aqueles compostos pelas instituições sociais responsáveis pelo atendimento destes usuários. Para tanto, precisamos incluir o território do inconsciente para um fazer clínico e darmos o nosso testemunho diante daqueles que operam as leis na cidade, ou seja, num ato também político demonstrando (através do seu manejo) a inconcistência deste Outro que sabe sem deixar espaço para um sujeito.

O que implica, então, tal sustentação do discurso analítico? Em primeiro lugar, Lacan o toma por aquele que mostra a inconsistência do Outro. [...] O que Lacan explora do inconsciente, do não totalizável, do indecidível exemplifica em transmitir a impossibilidade que – da castração à inexistência da relação sexual – estaria na base dos discursos articuláveis a partir do discurso analítico (DARRIBA 2015, p. 88).

Há um impossível de se saber que as demais lógicas discursivas ignoram e é este impossível que interessa ao analista, não para suturá-lo mas para fazê-lo trabalhar a favor do sujeito. A segregação é produzida justamente no ponto em que supostamente já se sabe tudo sobre um sujeito.

Sobre o termo segregação que empregamos algumas vezes até aqui, o próprio Lacan aponta em seu *Breve discurso aos psiquiatras* de 1967 (ao abordar a formação dos psiquiatras de sua época) que o saber psiquiátrico é apenas mais um nesta série de saberes que operam a partir de uma mesma lógica e que, neste caso, responde pelos efeitos de segregação. Lacan nos diz que há outros discursos bem construídos e que surgem nas formações (humanistas, muitas vezes) como um verdadeiro “desfile de circo” correndo um atrás do outro e que nada querem saber daquilo que concerne ao sujeito do inconsciente⁷⁴. Neste desfile podemos incluir o saber que constitui as bases do Direito responsável pelo remanejamento dos grupos sociais, e, nominalmente, da

⁷⁴ Tradução do próprio autor.

universalização que a ciência produz (incluindo-se neste campo as ciências humanas) neste cenário de mercados comuns. Lacan irá colocar o campo de concentração como paradigma da segregação contemporânea (LACAN 1967, p.263).

Em relação à violência com a qual nos encontramos nas instituições e nos territórios quando trabalhamos com usuários de drogas, sejam adolescentes em conflito com a lei, pessoas em situação de rua, profissionais do sexo que se intoxicam para trabalhar, dentro dos CAPS-ad, etc, identificamos claramente a impossibilidade da máxima do Direito de garantir o bem social e a proteção dos indivíduos, principalmente destes que se encontram colocados marginalmente no campo social. A psicanalista Andréa Guerra (2014, p. 31) retoma Freud em seu texto *Por que a guerra?* para explicar nossa afirmação:

Essa situação ideal de um bem comum depara-se, para Freud (1932), com a desigualdade real de poder entre os membros de uma comunidade, sendo as leis, em geral, construídas por aqueles que detêm maior poder. Daí toda sorte de maiores ou menores conflitos acontecerem, nem sempre encontrando soluções pacíficas.

O ato violento de João é talvez bem menos perigoso ao outro que o ato realizado pelo Estado diante de seu comportamento supostamente delinquente. Sobre esta diferença, novamente citamos Andréa Guerra (*Ibidem*) retomando Freud no momento em que diz que “a única diferença real entre a violência da força e a violência da lei residiria no fato de que aquilo que prevaleceria não seria mais a violência de um indivíduo, mas a violência da comunidade, cuja coesão passa, então, a ser necessária”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste percurso clínico-teórico e de pesquisa somam-se 14 anos de trabalho em diferentes dispositivos institucionais e em territórios diversos, já citados no início desta tese. Além desta diversidade de dispositivos e territórios, incluem-se também dois macroterritórios legais, um orientado por uma política nacional que criminaliza os usuários de todas as drogas consideradas ilícitas, o Brasil, e outro pautado numa política de descriminalização de todos os usuários, Portugal.

Neste percurso, traçamos as diferentes possibilidades de exercício e práticas das estratégias de Redução de Danos identificando especificidades do trabalho nas diferentes instituições, territórios e macroterritórios legais. Cada um deles permitindo mais ou menos acesso dos usuários ao cuidado de acordo com os desafios encontrados: violência a partir das ações dos governos, a violência estrutural presente organicamente no estado brasileiro e nas instituições, o racismo, a violência contra mulher, ao público LGBTI e a fracassada Guerra às Drogas que produz baixas todos os dias tanto do lado dos pequenos traficantes, usuários e moradores das periferias quanto dos agentes de segurança, em especial os soldados da política militar. Além deste panorama de violência no qual, no Brasil, nos encontramos cotidianamente em nossos ambientes e cenários de trabalho, traçamos também as contribuições da clínica psicanalítica nos dispositivos em que nos encontramos. Sendo assim, foi possível extrair consequências clínico-políticas considerando a presença do psicanalista nas equipes e os efeitos desta presença em território institucional orientado por diretrizes proibicionistas e também em território antiproibicionista, neste caso, que prevê a descriminalização do uso e a Redução de Danos como principal estratégia de ação do estado.

Concluimos que as estratégias de Redução de Danos empreendidas em território brasileiro, cuja política de drogas ainda pauta-se na criminalização dos usuários (sob gerência da SENAD e do Ministério da Justiça), defrontam-se cotidianamente com práticas de violência operadas pelos mais variados agentes do estado: desde a polícia militar em suas incursões nos territórios periféricos das cidades (favelas e bairros suburbanos) em nome da Guerra às Drogas como também, muitas vezes, pelos próprios profissionais que ocupam diferentes lugares institucionais nas diferentes políticas públicas (nas instituições de saúde, de assistência social, nos conselhos tutelares, etc.)e, principalmente, pelos operadores do direito. O modo de governar na atualidade e a

hetero e autosegregação não acontece apenas através das forças militares e judiciais mas também a partir de um discurso e de saberes pulverizados no meio social e que autorizam os atores institucionais a exercerem seus poderes diante dos corpos considerados matáveis por grande parte da população. Neste sentido, os usuários de drogas, seus corpos, quando atravessados por situações de vulnerabilidade, são aqueles que trazem consigo uma amalgama de muitos estigmas presentes (doente, criminoso, hipersexualizado, contagioso e, principalmente, caso eles sejam negros, descartáveis) onde há um abismo de acesso aos direitos básicos entre as classes sociais. Não é à toa que na última pesquisa –*III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*, coordenada pelo Dr. Francisco Inácio Bastos e publicada em 2017⁷⁵ – evidencia-se que os usuários de drogas com baixa escolaridade e em condições precárias de existência, apesar de realizarem um menor consumo de drogas ilícitas, são aqueles que apresentam com mais frequência problemas com o uso abusivo. Não é o uso abusivo de drogas que promove as mortes em série que testemunhamos em nossos cotidianos de trabalho (ainda que exista um ou outro caso que chegue até as *overdoses*) mas sim a falta de acesso aos direitos sociais básicos desde os primeiros dias de suas vidas até o momento atual que somam-se a violência promovida pela Guerra às Drogas. Exterminar estes corpos já fragilizados pela falta de acesso aos cuidados e pela violência estrutural presente nas instituições por onde circulam em suas trajetórias de vida é sim uma decisão do estado. Esta é a direção adotada pelos governos brasileiros e da maioria dos países que criminalizam seus usuários e que os incluem em discursos promotores de estigmas. Podemos citar como exemplo o discurso de Duterte, presidente das Filipinas, que autoriza publicamente o extermínio dos usuários de drogas em seu país e a chacina que promoveu a partir de sua fala na TV nacional.

Achille Mbembe, historiador e filósofo dos Camarões, em seu livro *Necropolítica* (2018, p. 59-60), diz que:

Essa forma de governabilidade difere do comando (commandement) colonial. As técnicas de policiamento e disciplina, além da escolha entre obediência e simulação que caracterizou o potestado colonial e pós-colonial, estão gradualmente sendo substituídas por uma alternativa mais trágica, dado seu extremismo. Tecnologias de destruição tornaram-se mais táteis, mais anatômicas e sensoriais, dentro de um contexto no qual a escolha se dá entre a vida e a morte. Se o poder ainda depende de um controle estreito sobre os corpos (ou de sua concentração em campos), as novas tecnologias de destruição estão menos preocupadas com a inscrição de corpos em aparatos disciplinares do que em inscrevê-los, no momento oportuno, na ordem da

⁷⁵Site: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> (acessado em 01/09/2019)

economia máxima, agora representada pelo “massacre”. Por sua vez, a generalização da insegurança aprofundou a distinção social entre aqueles que têm armas e os que não têm (“lei de distribuição de armas”). Cada vez mais, a guerra não ocorre entre exércitos de dois Estados soberanos. Ela é travada por grupos armados que agem por trás da máscara do Estado contra os grupos armados que não têm Estado, mas que controlam territórios bastante distintos.

A lei que criminaliza os usuários não opera sem a sustentação de um discurso que legitima as práticas de violência e de extermínio, assim como produzem muros que impedem que muitos dos usuários de drogas acessem qualquer tipo de cuidado social na cidade, algumas cenas de uso são o efeito deste discurso promotor de segregação que impede que estes sujeitos circulem por outros territórios e construam novas redes de solidariedade e laços sociais.

Durante nossas incursões em cenas de uso próximas a Central do Brasil (no Rio de Janeiro) através do Consultório na Rua, algumas vezes escutamos de diferentes sujeitos que ali era um lugar onde promoviam alguma sociabilidade e se sentiam mais protegidos do que em outros territórios do Centro do Rio de Janeiro. Estas pessoas constroem laços sociais entre elas e uma rede de autoproteção diante da violência das ruas e da violência do estado. O discurso que autoriza a morte ganha consistência na atualidade principalmente quando no estado do Rio de Janeiro encontramos representantes do estado e do sistema judiciário que publicamente autorizam as forças de segurança a matarem quem quer que seja desde que este indivíduo seja suspeito (o que geralmente sobrecarrega sobre a população de negros, pobres e da população em situação de rua). Para ilustrar, temos a brilhante pesquisa realizada pelo delegado de polícia Dr. Orlando Zaccone que fez o levantamento de mais de 200 processos relacionados aos autos em mãos do Ministério Público do estado do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa constatou-se que todos estes processos foram arquivados pelo Ministério Público sem que haja qualquer investigação sobre tais mortes (algumas mortes com claros indícios de execução por parte da polícia). Sobre esta autorização para matar, temos este recorte de fala vindo de um juiz diante um julgamento de roubo.

Quando Marcos Antônio recebeu voz de assalto emitida pelos agentes, saiu do carro em que estava, deu ordem de parada aos assaltantes e recebeu tiros, mas, em revide, contra eles atirou, matando, infelizmente, somente Antônio. O agente, portanto, matou um fauno, que objetivava cometer um assalto contra ele, agindo absolutamente dentro da lei. [...] Ressalto que, para desgosto dos defensores dos Direitos Humanos de plantão, não há dúvidas da tipificação da causa de exclusão da ilicitude em comento. [...] Bandido que dá tiro para matar tem que tomar tiro para morrer. Lamento, todavia, que tenha sido apenas um dos rapinantes enviado para o inferno. Fica aqui o

conselho para Marcos Antônio: melhore a sua mira [...] Com efeito, a dinâmica dos fatos aqui estudados, leva à conclusão que o presente caderno investigatório somente foi distribuído para este Tribunal do Júri em razão de ter Antônio Rogério da Silva Sena, para a fortuna da sociedade, sido morto (ZACCONE 2015, p. 37).

Com a história sabemos que o uso de drogas e seus diferentes tipos de substâncias estão relacionados às diferentes representações sociais – desde as primeiras medidas de Anslinger, comissário de Narcóticos dos Washington no início do século XX que construiu uma verdadeira guerra contra os mexicanos e negros do Mississipi em nome do combate ao uso da maconha após os anos 30. No caso do pânico moral criado em torno do uso do crack no Brasil, desde meados dos anos 2000 com a expansão do consumo em todo território nacional, vincula-se a imagem de pessoas “degeneradas caminhando como zumbis” pelos grandes centros, como se fosse o crack que produzisse aquelas cenas e não a degradação social na qual a população em situação de rua está submetida.

O discurso que sustenta a Guerra às Drogas é, antes de mais nada, uma guerra contra os mais vulneráveis socialmente e sempre se vale de uma atutorização para o extermínio, não dos grandes comerciantes de drogas mas, principalmente, dos consumidores destas substâncias e varejistas residentes das favelas.

O número diário de homicídios no Brasil equivale ao de mortos na queda de um Boeing 737-800 totalmente lotado. Essa é uma conclusão do *Atlas da Violência 2018*, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Tal quadro nos coloca dentro de um grupo de países considerados violentos, com índices de mortalidade trinta vezes maiores do que aqueles observados, por exemplo, no continente europeu (SCHWARCZ 2019, p. 152).

É neste cenário de violência que no Brasil lidamos com a problemática das drogas e é em meio a ela que operamos nossos cuidados clínicos e com as estratégias de Redução de Danos. Constatamos, ao longo dos nossos anos de trabalho, que a maioria dos usuários que acompanhamos, em especial os jovens acompanhados pela ERIJAD, morreram assassinados em meio as disputas de territórios tanto pelas facções do narcotráfico assim como em territórios dominados pela milícia e em conflito com as forças de segurança do estado. Muitas destas mortes ocorreram em seus próprios territórios de vida. Contudo, constatamos através de suas histórias e relatos que a falta de acesso que os impediram de serem acolhidos em outros territórios das cidades e nas instituições garantidoras de direitos participam da responsabilidade por estas mortes

mesmo que os atores que as constituem (assistentes sociais, médicos, psicólogos, conselheiros tutelares, juízes, promotores, etc) não reconheçam tal responsabilidade. Durante os seis anos de trabalho na Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD) realizamos um estudo com duzentos prontuários entre os anos de 2009 e 2015. O que identificamos com este estudo foi uma verdadeira repetição de itinerários e fracassos institucionais com cada indivíduo acompanhado pelos conselhos tutelares, serviços da rede do SUAS (Sistema Único da Assistência Social), SUS (Sistema Único de Saúde), instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, prisões e/ou a morte (geralmente de modo violento). Vidas que repetidas vezes passaram por todas estas instituições que compõem uma rede intersetorial de assistência e que revela um verdadeiro fracasso no acompanhamento dos casos sem qualquer implicação nos acompanhamentos, um fazer burocrático próximo ao de Eichmann, citado por Hannah Arendt em seu livro *Eichmann em Jerusalém*, e que serve de engrenagem para o extermínio de massas inteiras. A violência institucional e simbólica provocadas por tais engrenagens são os principais atores com os quais precisamos intervir quando falamos de Redução de Danos com crianças e adolescentes. Há uma intervenção precoce necessária antes da chegada da maioridade produzindo novas inscrições com cada sujeito que, muitas vezes, já estão marcados por um destino trágico através das diferentes violências que citamos.

O agente redutor de danos que pertence a uma equipe orientada pela psicanálise, num cenário de constante estigmatização como é o Brasil, mais especificamente as grandes cidades com seus bolsões de miséria, precisa se atentar para este outro tipo de violência simbólica que permeia estas existências e que ocorre justamente na oferta destes significantes oriundos do Outro. “O conhecido paradoxo da violência (social-simbólica) é que a violência suprema já não é experimentada como violência, dado que determina a “cor específica” do horizonte mesmo dentro do qual algo deve ser percebido como violência” (ZIZEK 2005, p. 302).

A nossa intervenção acontece também com este sujeito neste campo do Outro de onde ele extrai os significantes com os quais se nomeia (menor abandonado, drogado, viciado, dependente químico, bandido, etc.). Este sujeito, antes de se intoxicar com as drogas que utiliza todos os dias, intoxica-se com estes significantes numa espécie de congelamento neles, algo que na maioria das vezes produz danos ainda maiores que a intoxicação química.

Sônia Altoé em seu artigo *A psicanálise pode ser de algum interesse bo trabalho institucional com crianças e adolescentes* (2010, pg. 62-63), afirma que:

O espaço que a criança encontra no seu nascimento é estruturado, segundo Lacan, pelo Outro; aqueles que ocupam o lugar do Outro, os pais, os professores, por exemplo, são os que dão ou não a possibilidade da criança se desenvolver fora de sua influência. É o Outro que dá a criança o sentimento de que ela tem um lugar. Como disse Maud Mannoni numa conferência, em 1994, é também porque a criança tem uma função na vida fantasmática dos outros membros da família que estas pessoas facilitam ou dificultam que sua descendência possa efetuar uma evolução em seu nome próprio. Podemos falar disso tanto na família, como no internadto ou outros estabelecimentos de atendimento.

As marcas primitivas e as primeiras identificações de uma criança terão consequências importantes ao longo de sua vida, muitas vezes, trilhando caminhos que podem ou não ser arriscados de acordo com as novas marcas oferecidas pelo Outro social ao longo de seus percursos de vida. Fato é que além deste trabalho necessário que acontece no um a um dos nossos cotidianos em diferentes territórios, os agentes redutores de danos e os demais profissionais atravessados pelalógica de trabalho da Redução de Danos, podem e devem se engajar nos espaços de disputas de discursos e decisões políticas. O psicanalista neste ponto não está liberado de se posicionar e ocupar estes espaços dando testemunho daquilo que escuta no um a um de seu fazer com o sujeito do inconsciente.

Tomando alguns significantes que designam grupos sociais ditos *minorias*, e que representam os movimentos sociais, tais como *negros, mulheres. Homossexuais, doentes mentais, deficientes, delinquentes, menores, aidéticos*, etc., podemos dizer que os sujeitos que compõem esses grupos não são inteiramente definidos por esses “títulos”, por esses significantes. Através do processo de *identificação*, tema que como todos sabem central na psicanálise desde Freud, e que aliás quer precisamente exprimir a inexistência de uma *identidade a priori* entre o sujeito e os significantes que o representam, o sujeito poderá tomar-se como idêntico ao significante. Alguém pode apresentar-se: “sou negro”. O psicanalista, contudo, sabendo que o sujeito *não é* o significante, que este o *representa*, mas não o *apresenta*, ouve esta apresentação como uma identificação, que esconde, revelando-o, o ponto preciso onde o sujeito não é o que diz ser, mas adiciona à operação de sua representação pelo significante negro a parcelaindefectível de gozo que o faz aderir a esta “identidade”. Para ele, trata-se de fazer emergirem, por meio das associações do próprio sujeito, novos significantes que possam deslocá-lo da identidade proposta, permitindo ao sujeito ir *além dela*(ELIA 2010, pp. 143-144).

O Brasil, com sua lei sobre drogas de número 11.343 de 2006, que nada mais é que uma frágil reformulação da Lei 6.368 de 1976 tentando apenas fazer uma distinção, sem critérios óbvios, entre usuário e traficante, mantém seu caráter autoritário e

criminalizador dos usuários, o que impacta diretamente na superlotação do sistema prisional (destacando-se que a pena prisional é realizada de modo seletivo quando se refere a população negra e residentes das favelas nas grandes cidades brasileiras), no reforço do discurso produtor de estigmas e com consequência nas barreiras de acesso aos cuidados. Abaixo um pequeno trecho de uma reportagem no site da Agência Brasil em que se aborda o tema da seletividade penal⁷⁶ e como que a lei sobre drogas ainda em vigor deixa brechas para que um outro discurso opere excluindo e autorizando a segregação de grande parte dos indivíduos.

Coordenadora do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania e integrante do Conselho Diretor do International Drug Policy Consortium (IDPC), a socióloga Julita Lemgruber considera que a própria lei estabelece uma lógica de seletividade penal. Isto porque o Artigo 27 da norma fixa que “para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente”.

O agente de segurança policial, nestas circunstâncias, recebe um poder decisório sobre a condição daquele indivíduo que apreendeu portando droga ilícita (se é usuário apenas ou “traficante”) que não lhe é atribuído institucionalmente. Este poder deveria estar somente a cargo do delegado de polícia e de um juiz na aplicação da lei. E não é à toa o vertiginoso crescimento da curva estatística que denuncia o aumento da população carcerária no Brasil. Somos um dos países com a maior população carcerária do mundo com um quantitativo relevante de negros, pobres, usuários de drogas e pequenos traficantes apreendidos nas periferias das grandes cidades.

⁷⁶ Site: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-06/lei-de-drogas-tem-impulsionado-encarceramento-no-brasil> (acessado em 01 de setembro de 2019).



Neste cenário⁷⁷⁷, precisamos destacar que recentemente a estigmatização do uso de drogas ganha potência com o decreto da presidência da república de número 9.761 de 11 de abril de 2019 que retira as estratégias de Redução de Danos como direção principal dos cuidados dos serviços públicos e preconiza as internações involuntárias em Comunidades Terapêuticas religiosas como motore ponto central do processo de “atenção”.

Ainda em relação às políticas sobre drogas no Brasil, entre os dias 28 de maio e 02 de abril de 2019 participamos da Conference 2019 / Harm Reduction na cidade do Porto (Portugal) onde tivemos acesso ao diálogo com equipes e ONGs (Organizações Não-Governamentais) de todo mundo que utilizam-se das estratégias de Redução de Danos como direção de trabalho com usuários de drogas e outros comportamentos de riscos, como o trabalho sexual. Nesta ocasião tivemos acesso ao documento *The global state of harm reduction 2018* produzido pela ONG *Harm Reduction International* onde há um estudo comparativo de todas as políticas sobre drogas no mundo e a presença ou não da Redução de Danos explicitada como proposta de atenção. Neste estudo, verificamos que a política sobre drogas brasileira (Lei 11.343 de 2006) aproxima-se mais das políticas construídas em países como a Indonésia, Filipinas e Haiti e distacia-

⁷⁷⁷ O gráfico encontra-se no site: <https://eduardopedro.jusbrasil.com.br/artigos/711661759/bandido-bom-e-bandido-morto-a-superlotacao-das-cadeias-brasileiras> (acessado dia 07/09/2019).

se consideravelmente das políticas implementadas nos países europeus e da América do Norte (considerando as diferenças específicas existentes entre os estados dos Estados Unidos). Em relação às propostas de Redução de Danos presentes nas políticas públicas nacionais, de acordo com este documento, estamos atrás de países como o México, Vietnã, Kosovo, Senegal dentre outros países com economias próximas ou piores que a nossa. Nestes países, suas leis sobre drogas citam a Redução de Danos como estratégia importante enquanto a nossa não há especificações sobre o que seria a Redução de Danos e suas estratégias, algo localizado apenas nas portarias ministeriais e não na política nacional.

Em relação ao nosso percurso de trabalho em Portugal desde o ano de 2015 junto das equipes que trabalham com pessoas em situação de rua em uso de drogas, notamos consequências relevantes no que diz respeito ao impacto da política de descriminalização⁷⁸ de todas as drogas desde o ano 2000 e a implantação de uma política orientada pela Redução de Danos como “casso-chefe” do cuidado desde o ano de 2001.

Neste contexto, o governo socialista decide, em 1998, constituir uma comissão de especialistas a quem pediu sugestão para a elaboração de uma estratégia nacional. Daí resultou a ENLCD (Resolução de Conselho de Ministros 46/99, de 26 de maio), que absorveu grande parte das sugestões apresentadas por essa comissão e que teve, entre outras, como consequências: i) a descriminalização do consumo (adoptada pela Lei 30/2000, de 29 de novembro); ii) a adopção explícita de uma política de redução de riscos e minimização dos danos (alicerçada no “Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução e Minimização de Danos” – DL 183/2001, de 21 de junho); iii) a reestruturação das estruturas de combate a droga (QUINTAS 2011, p.118)

A partir dos resultados da importante pesquisa do psicólogo Jorge Quintas (uma das referências do estudo da política de descriminalização das drogas em Portugal) identificou-se que imediatamente após a implementação da Lei 30/2000 houve um aumento dos consumos de drogas diminuindo na sequência de um curto período de tempo. Verificou-se também uma diminuição significativa nos usos abusivos e nos

⁷⁸ Importante destacar que as leis de descriminalização do consumo de drogas em Portugal não se confunde com as leis de legalização do uso de qualquer substância. Desta maneira, descriminalização e legalização são propostas distintas e não há nenhuma experiência no mundo de legalização de todas as drogas para que possamos analisar os seus impactos. A descriminalização mantém o comércio e o consumo como infrações legais com a diferença de que é especificado claramente a quantidade de drogas que pode ser encontrada com cada indivíduo para que não seja considerado um comerciante. Além disto, os encaminhamentos realizados para aqueles que são considerados usuários são feitos por e para órgãos institucionais de natureza administrativa e do campo da saúde, jamais da justiça, como acontece no Brasil.

indicadores da epidemia de HIV no país (que até os dias de hoje identifica-se um uso importante de heroína injetável, diferente do cenário brasileiro). O pesquisador destaca como consequência mais evidente da lei de descriminalização como sendo a produção de acesso aos tratamentos para os usuários, além de uma diminuição importante do número de pessoas no sistema prisional.

Situação curiosa experimentada por mim – que carrego as marcas de um território e cultura marcados pela criminalização dos usuários e pela violência policial – foi quando no bairro do Aleixo na cidade do Porto, numa cena de uso com dezendas de usuários consumindo heroína, surgiu um policial sem que eu pudesse ver sua aproximação de mim e dos usuários com os quais eu estabelecia um diálogo (já conhecidos por mim). Não pude esconder minha apreensão do que aconteceria já que alguns usuários estavam com suas seringas à mostra e outras injetando em suas veias. Fiquei ruborizado e com medo do que se daria a partir daquela abordagem. Um dos usuários notando meu nervosismo segurou meu braço e com muita delicadeza disse em meu ouvido: “Calma, você não está no Brasil! Ele veio até aqui perguntar sobre o roubo de um carro que ocorreu nas imediações, ele não pode nos fazer nada de mal”.

O mesmo usuário, minutos depois fala do recurso às palavras, que em Portugal os policiais argumentam “e nós argumentamos também”. Explica que a violência policial brasileira, tão noticiada nos telejornais portugueses, não acontece com tanta frequência e quando acontece é uma exceção à regra.

O discurso presente na cultura portuguesa em relação à descriminalização das drogas produziu uma relação diferenciada entre usuários, cidade e forças de segurança. Contudo, verificamos outros impasses.

Em nenhum dos dispositivos institucionais que visitamos ou estivemos presentes no cotidiano de trabalho, verificamos um fazer clínico com os usuários que se aproximavam nos territórios. A psicanálise não aparece nos discursos dos profissionais sobre seus fazeres e não há psicanalistas presentes em qualquer dos dispositivos institucionais.

Como um dos resultados da nossa pesquisa, concluímos que em parte dos dispositivos institucionais portugueses (os que visitamos desde 2015) há um fazer orientado por protocolos de Redução de Danos que prevê a distribuição de seringas, preservativos, metadona e outros insumos pertinentes e de acordo com aquelas realidades. Também observamos condutas pedagógicas por parte dos profissionais diante dos comportamentos considerados mais inadequados, mas comuns naquelas

cenas de uso considerando suas realidades hostis. Os vínculos estabelecidos entre os usuários e os profissionais permitiam uma aproximação amistosa e que por muitas vezes, com efeitos nos cuidados mais pragmáticos: como a retirada de documentos, visitas domiciliares para o tratamento da tuberculose e até mesmo o acolhimento em instituição específica. Outras vezes identificamos posicionamentos coercitivos diante de usuários com apresentações mais hostis e agitados diante do dispositivo móvel (chamado por eles de “carrinha”).

Exemplo desta situação é o caso G.: G. Já chegou até a mim gritando quando perguntei se estava ali para tomar sua *Metadona*: “Oh páá! Fodasse! Quem esse gajo pensa que é para saber se eu quero *Metadona*?!”. Olha para mim com olhar perplexo como se já me conhecesse, como se eu já fizesse parte de alguma trama contra ele. Dezenas de protocolos foram acionados em relação a impossibilidade de desrespeitar um técnico da carrinha incluindo a possibilidade de afastamento do usuário por um tempo (para discipliná-lo). Contudo, G. estava bastante aflito, sentindo-se perseguido e provavelmente reproduziria aquilo em outros espaços do bairro do Aleixo, incluindo o perigo de se endereçar assim aos traficantes que não matavam mas espancavam os “desviantes das normas”. Meu trabalho foi interrogar os profissionais sobre o que era feito com os casos como o de G., abandonamos ao destino e a sua crise? Se ele pôde endereçar aquilo a nós, suas forças ocultas, como dizia Freud, algum pedido também estava implicado naquela situação. Não foi a única vez que ele nos chegou daquela maneira e eu lia esta posição de G. como uma demanda de intervenção. Apesar de apostar na minha direção, a equipe o fazia de modo descrente de que se tratava de uma psicose, de que ele poderia “controlar” seus impulsos (considerando que a equipe descartava a presença de qualquer delírio ao automatismo mental). Foi a partir de uma transferência através do trabalho com aqueles profissionais que permitiu, mesmo descrentes, que G. fosse encaminhado para um centro de acolhimento por alguns dias para avaliação e apaziguamento de sua crise. Sugerir também um psiquiatra no caso, e mais uma vez a descrença em conseguir dialogar com o médico para casos assim⁷⁹. “Precisamos insistir, sem discussão de caso não há trabalho”, disse à coordenação da equipe.

⁷⁹ Precisamos considerar que alguns países como Portugal não mantem a coordenação nacional de saúde mental junto da coordenação sobre drogas, o que gera consequências na assistência aos usuários quando há necessidade de diálogo intersetoriais ou intrasetoriais já que não compartilham das mesmas diretrizes de cuidado. Vale lembrar que Portugal possui poucos serviços territoriais para pacientes psicóticos e há grandes hospitais psiquiátricos.

A ausência de qualquer leitura clínica dos casos pela maioria dos profissionais envolvidos, a estrutura presente no corpo institucional com um trabalho multiprofissional que não comporta espaços específicos de discussão de casos e a ausência de supervisores clínico-territoriais nas estruturas das equipes orientadas pelas estratégias de Redução de Danos, produz uma diferença significativa dos trabalhos que realizamos em território brasileiro⁸⁰ – com exceção do trabalho desenvolvido no Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro que por se localizar institucionalmente na rede de atenção básica de saúde, ainda que faça parte da rede de atenção psicossocial, não prevê a presença de um supervisor clínico territorial como nos CAPS, na ERIJAD e na Equipe de Redução de Danos, o que gera impasses cotidianos no manejo dos casos.

Verificamos que ainda que haja uma política bastante avançada em relação a oferta de cuidados aos usuários de drogas (através da descriminalização do uso e a Redução de Danos como carro-chefe das políticas públicas), na prática os profissionais ainda adotam posicionamentos punitivos e que produzem exclusão dos cuidados reafirmando alguns estigmas e marcas que estes sujeitos já trazem consigo. Obviamente que esta radiografia dos serviços portugueses que frequentamos requer algumas exceções, como uma psicóloga e uma assistente social que trabalhamos e que demonstravam uma leitura clínica dos casos que acompanhavam suportando os difíceis endereçamentos dos mesmos sem estigmatizá-los.

Concluimos que ainda seja necessária uma política pública e discursos que desconstruam a estigmatização dos usuários de drogas em seus territórios, além da presença de estratégias que produza acesso a estes usuários que apenas acessam dispositivos de cuidado com alto índice de exigência (como a manutenção da abstinência do uso de drogas como nos alcoólicos e narcóticos anônimos), afirmamos que a formação clínica (seja através dos dispositivos de supervisões clínico-territoriais ou outros dispositivos produtores de leituras clínicas e que inclua um sujeito no manejo das situações) produz efeitos diretos na prática das estratégias de Redução de Danos de modo que possamos intervir além da oferta de insumos médicos que produzem a proteção dos corpos expostos aos diferentes tipos de infecções, intoxicações danosas à saúde e bens sociais para a manutenção da vida. Não desconsideramos que estes recursos oferecidos pela maior parte das estratégias de Redução de Danos no mundo

⁸⁰ Estamos nos referindo aos serviços de atenção psicossocial brasileiros orientados pela clínica psicanalítica, ou seja, não todos os serviços existentes no país.

não seja algo necessário para a manutenção da vida, contudo, orientados pela psicanálise damos um passo a mais com Freud misturando o ouro puro da psicanálise com o cobre da sugestão direta apostando que haja um sujeito e que é somente através dele que poderemos resgatar, através de um saber inédito e que advém do inconsciente, as pistas pelas quais iremos trabalhar com cada um em sua especificidade.

Consideramos também que o trabalho de Redução de Danos no Brasil precisa se ocupar de uma complexidade social não encontrada, por exemplo, em território europeu. Estamos falando principalmente da violência já citada e que é a proa da política de guerra às drogas adotada pelo estado brasileiro e que produz efeitos subjetivos na vida dos sujeitos com os quais trabalhamos. Não é à toa que muitos destes sujeitos reproduzam em suas falas e em seus endereçamentos (muitas das vezes através de *acting outs*) aos profissionais as marcas destas violências que experimentam tornando o cotidiano de trabalho atravessado por inúmeras situações de agressões entre si e contra os profissionais.

Diante disto, relembramos Lacan através de Marie-Hélène Brousse numa tentativa de nos inspirar na invenção de modos de se lidar com estes sujeitos para além da docilização de seus corpos, algo que o estado espera tanto de nós quanto das forças policiais. Não podemos nem nos retirar enquanto responsáveis pelo cuidado por estes sujeitos e nem utilizarmos das forças coercitivas para calá-los, apostamos sempre numa terceira via.

Portanto, esta já é uma perspectiva bastante clara de que os perigos e os riscos não virão da indocilidade dos indivíduos, e a psicanálise escolheria, se tivesse que escolher, a indocilidade ao invés da docilidade. E essa docilidade é apenas o poder do supereu e os abandonos da consciência. Como já foi dito, supereu + eu = sacrifício, considerando que o sacrifício não é absolutamente, em si mesmo, heroico.

A orientação que Lacan dá a psicanálise não é de modo algum sacrificial e nem do lado da docilidade. Em 1947, já aprofundou um conflito com a psicanálise do eu e as perspectivas de readaptação do eu (BROUSSE 2018, p. 48).

É diante dos impasses com estes sujeitos que a clínica psicanalítica permite alguns manejos possíveis como verificamos em alguns dos casos citados nesta tese. Sendo assim, podemos afirmar que as metodologias que compõem as estratégias de Redução de Danos não podem tomar como modelo exato aquilo que encontramos nos demais países que se utilizam as estratégias de Redução de Danos como dispositivo de atenção psicossocial. A regulação da quantidade de substâncias químicas e o modo que

elas são utilizadas por cada usuário e seus riscos de contaminação não é um problema do qual abrimos mão de nos deter, entretanto, a complexidade social com a qual lidamos requer um caráter inventivo por parte dos profissionais considerando as diferenças territoriais existentes em todo território nacional brasileiro e do desenvolvimento de um saber-fazer nas zonas de guerra nas quais se encontram todos os dias. Sobre estes últimos elementos que compõem os diferentes territórios brasileiros (as violências promovidas pela guerra às drogas tanto no registro simbólico dos discursos quanto em relação a força policial).

Entendemos que a droga nesses níveis da sociedade tem a particularidade, que não é a mesma para outros planos sociais, de agravar muito uma situação historicamente difícil. A tentativa então é de formar uma rede de suporte sem desconhecer os mandatos públicos que podem autorizá-las, menos orientada por protocolos e forças, que leve em conta esses determinantes na constituição das possibilidades dessas pessoas. Trata-se de penetrar lentamente nos domínios dessa população, construir com paciência uma vinculação com base na confiança, ganhar-lhes honestamente essa confiança, abrindo-lhes alternativas concretas de transformação. O que significa situá-los um a um, tolerar, lidar com as recaídas, a motricidade extremada, a agressividade que trazem, as desconfianças, enfim, indicar que são falantes e podem ser afetados pelo que enunciam, tomar lugar aí, etc. Essa vinculação a um só tempo com os outros e a própria palavra, muito difícil de ser obtida, nem sempre possível de ser obtida, construída pouco a pouco e de maneira minuciosa, cuidada, atenta aos prejuízos de diversas ordens e envolvendo equipamentos diversos (LEONEL 2015, pp. 104-105).

As estratégias de Redução de Danos aliadas a psicanálise apostam num sujeito que pode se reposicionar diante do Outro superegótico, diante dos objetos que elege como sendo seus objetos elevados ao *status* de excelência de gozo e no laço social com os demais sem desconsiderar as mazelas psicossociais que agravam cada situação. Realizamos apostas na possibilidade de que haja escolhas possíveis para além dos aprisionamentos simbólicos e imaginários nos quais cada sujeito se encontra, mesmo que isto não seja tão bem aceito socialmente (como no caso do uso de drogas ilícitas).

Creio que isso se deve à própria estrutura de operação analítica, tendo em vista que o tratamento que a experiência analítica propõe, em relação ao discurso do mestre, a impede de ser politicamente correta. A meu ver, é isso que dá ao analista o dever de política: devolver ao sujeito a escolha, a escolha de decidir, ou melhor, a escolha decidida dessa relação com o significante-mestre (BROUSSE 2018, p.35).

Deste modo, usar ou não usar drogas, vender ou não vender drogas, comprar ou não comprar, para nós analistas pouco importa. O que nos interessa é como cada sujeito irá melhor saber-fazer com seus modos de gozo que já não lhes servem mais em seus

percursos de vida para obtenção de satisfação e que passaram a lhes causar danos mortais. O que nos interessa é permitir que cada um, ao seu modo, possa atravessar o caminho da vida de maneira que façam de seus demônios, ou melhor, daquilo que ele próprio e o Outro social identifica como demoníaco, algo que trabalhe a seu favor possibilitando caminhar mais ou menos no laço social. Reduzir danos é possibilitar que cada sujeito, a partir das suas possibilidades, possa fazer escolhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, Giorgio.** *O que resta de Auschwitz*. São Paulo, Boitempo: 2008.
- ALBERTI, Sonia.** *Psicanálise: a última flor da medicina*. In *Clínica e pesquisa em Psicanálise* – Sonia Alberti e Luciano Elia (org.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos: 2000.
- _____. *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro, Zahar: 2010.
- _____. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos: 2009.
- ALBERTI, Sonia & FIGUEIREDO, Ana C.** (org.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2006.
- ALBERTI, Sonia & ELIA, Luciano.** *Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos* In *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Vol. VIII – nº3 (p. 779-802). Fortaleza: 2008.
- ALTOÉ, Sônia.** *A psicanálise pode ser de algum interesse no trabalho institucional com crianças e adolescentes?*. In: *Sujeito de Direito, Sujeito do Desejo: Direito e Psicanálise* – Sônia Altoé (org.) – Rio de Janeiro, Revinter: 2010.
- AMANCIO, Valdene Rodrigues.** *Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. Curitiba, CRV editora: 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV. ed. Text Revision. Washington, DC, APA: 1994.
- ANDRADE, Tarcísio M.** *Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil* (p.4665-4683). In *Revista Ciência e Saúde Coletiva* vol. 16 n. 12. Associação Brasileira de pós-Graduação em saúde Coletiva: 2011.
- ANTONIETTI, Maximiliano.** *El tóxico en los márgenes del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Lazos: 2008.
- ARENDETT, Hannah.** *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo, Companhia das Letras: 1999.
- AZEVENDO, Lena & FAULHABER, Lucas.** *SMH 2016: remoções no Rio de Janeiro olímpico*. Rio de Janeiro, Mórula: 2015.
- _____. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira: 2016.
- BATISTA, Vera Malaguti.** *O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história*. Rio de Janeiro, Editora Reaven: 2003.

_____. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Editora Reaven: 2003.

_____. *A violência na berlinda*. Rio de Janeiro, Contra Capa/ FAPERJ: 2014.

_____. *Introdução crítica à criminologia brasileira*. Rio de Janeiro, Editora Reaven: 2015.

BARLETA, Cleuse Maria Brandão. *Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial*. Curitiba, CRV editora: 2016.

BARROS, Romildo R. *A urgência subjetiva*. In *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro, Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro: 2008.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn*. Rio de Janeiro, Edições Graal: 1985.

BASTOS, Francisco Inácio & BERTONI, Neilane. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack e outras drogas*. ENSP/FIOCRUZ: 2013. (site acessado em 10 de junho de 2018: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Pesquisa_Nacional_sobre_uso_de_crack_e_outras_drogas.pdf).

BEZERRA, Daniela & DARRIBA, Vinicius. *Políticas sobre drogas e segregação: experiência clínica em Mato Grosso*. In: *A loucura sem avesso: saúde mental no Brasil* – Org. Rogério Quintella. Curitiba, Editora Prismas: 2018.

BEZERRA, Daniela S. *O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira: política e psicanálise oito anos após a lei 10.216*. Curitiba, Editora CRV: 2013.

BRASIL. Presidência da República, 2011: *Crack, é possível vencer*. (link acessado em 28 de novembro de 2015): <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1/view>

BRASIL. *Lei Federal nº 8.069 de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da República: 1990.

BRASIL. *Lei 10.216 de 01 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), Presidência da República: 2001.

BRASIL. *Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2003.

BRASIL. *Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005.* Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2005.

BRASIL. *Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009.* Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2009.

BRASIL. *Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010.* Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da República: 2010.

BRASIL. *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.* Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2011.

BRASIL. *Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012.* Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2012.

BRASIL. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.* Brasília (DF), Governo Federal: 2019.

BROUSSE, Marie-Hélène. *O inconsciente é a política.* São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise: 2018.

BURGIERMAN, Denis Russo. *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas.* São Paulo, Leya: 2011.

CARNEIRO, Henrique. *Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna.* São Paulo, Editora SENAC São Paulo: 2010.

CARNEIRO, Henrique. *Drogas: a história do proibicionismo.* São Paulo, Autonomia literária: 2018.

CARVALHO, Salo. *A política criminal de drogas no Brasil (estudo criminológico e dogmático da lei 11.343/06).* Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris: 2010.

CHAUÍ, Marilena. *Sobre a violência.* Belo Horizonte, Autêntica Editora: 2017.

CHAUMON, Franck. *La loi, le sujet et la jouissance.* Paris, Michalon Éditeur: 2016.

CHASSAING, J L. *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies.* Paris, Association freudienne internationale: 1998.

COHEN, Stanley. *Folk devils and moral panics.* London, Taylor & Francis e-Library: 2011.

COSTA, Ana M. & POLI, Maria C. *Sexuação na Adolescência: Um Ato Performativo.* In *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social.* GURSKY, ROSA & POLI (org.). Curitiba, Juruá: 2012.

CRUZ, Olga Furriel de Souza. *Drogas ilícitas: consumidores 'não problemáticos', histórias e trajetórias.* Lisboa, Rei dos Livros: 2014.

CUNHA, Cristina Vital. *Oração de traficante: uma etnografia.* Rio de Janeiro, Garamond: 2015.

DARRIBA, Vinicius. *Em que consiste a dita conjunção do capitalismo com a ciência?* In *Psicanálise e Saúde: entre o estado e o sujeito* – Rita Maria Manso de Barros e Vinicius Darriba / FAPERJ(orgs) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2015.

DELGADO, Pedro G. & VENTURA Maria. C. *Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial* In *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável* – Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.) –São Paulo, Editora Hucitec: 2010.

DIDIER-WEILL, Alain. *A questão da formação do psicanalista para Lacan* In *Lacan e a formação do psicanalista* – Marco Antônio Coutinho Jorge (org.) – Rio de Janeiro, Contra Capa: 2006.

ELIA Luciano, NICODEMOS Julio C.O. *A psicanálise diante do totalitarismo dos saberes: uma prática com crianças e adolescentes usuários de drogas.* Texto apresentado no I Congresso latino-americano da psicanálise na universidade, (CONLAPSA) realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no dia 31 de agosto de 2011.

ELIA, Luciano. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan.* Rio de Janeiro, Uapê: 1995.

_____. *O “Averso da Psicanálise” e a formação do psicanalista* In *Saber, verdade e gozo, Leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan* – Doris Rinaldi e Marco Antônio Coutinho Jorge (orgs.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos: 2002.

_____. *A transferência na pesquisa em Psicanálise: lugar ou excesso?* In *Psicologia, Reflexão e Crítica* vol. 12 nº3. Porto Alegre, UFRGS: 1999.

_____. *Estrutura e Contemporaneidade: o pai e o sintoma no tempo social e no tempo de análise.* Trabalho apresentado no II Colóquio Franco-Brasileiro de Psicanálise na cidade de Lyon, França: 2011.

_____. *Inconsciente e delito.* Tese de pós-doutorado dirigida ao Programa de pós-graduação e pesquisa em Psicologia clínica do departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio): 1999

_____. *Psicanálise: clínica & pesquisa* In *Clínica e pesquisa em Psicanálise* – Sonia Alberti e Luciano Elia (org.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos: 2000.

_____. *Inconsciente e cidade.* Texto da comunicação feita na Jornada de saúde mental da Infância e da Adolescência de Novo Hamburgo (RS), organizada pelo CAPSi Saca Aí, desta cidade, em 18 de setembro de 2008.

_____. *Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência* In *Psicanálise, Universidade e Sociedade* – Heloísa Caldas e Sonia Altoé (orgs.) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2009.

_____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 2010.

_____. *O DSM e a recusa da cientificidade*. Texto apresentado oralmente no Laço Analítico Escola de Psicanálise. Rio de Janeiro.

_____. *Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS*. In: Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência – Michele Kamers, Rosa Maria M. Mariotto & Rinaldo Voltolini (orgs.) – São Paulo, Escuta: 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. *História Elementar das Drogas*. Lisboa, Antígona: 2004.

FAUSTO, Ruy. *Depois do temporal*. In: Democracia em risco: 22 ensaios sobre o Brasil hoje. São Paulo, Companhia das Letras: 2019.

FERNANDES, Luís. *Um diário de campo nos territórios psicotrópicos: as facetas da escrita etnográfica*. In: Experiência etnográfica em ciências sociais – Telmo H. Caria (org.) – Porto, Afrontamento: 2002.

_____. *Do fenómeno droga e da perturbação da estabilidade normativa*. In: Do crime e do castigo: temas e debates contemporâneos - Manuela Ivone Cunha (org.). Lisboa, Mundos Sociais: 2015.

FERNANDES, Francisco L. *Organização dos cuidados a usuários de álcool e outras drogas em Niterói: uma proposta e uma prática*. In *Juventude e Saúde Mental: a especificidade da clínica com adolescentes* – Edson Saggese e Fernanda Hamann de Oliveira (orgs.) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2015.

FIGUEREDO Ana C.; FRARE Ana P.; BURSZTYN Daniela & MONTEIRO Wagner E. *Sujeito, estrutura e rede: a psicanálise na atenção psicossocial* In *Estrutura e Psicanálise* – Luciano Elia & Rita Manso (org.). Rio de Janeiro, Cia de Freud: 2008.

FIGUEREDO, Ana C. *Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental* In *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social* – Andréa Máris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira (orgs.) – Curitiba, Editora CRV: 2010.

FILHO, José M. G. *A dominação racista: o passado presente*. In: O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise – Noemi Moritz Kon, Maria Lúcia da Silva & Cristiane Curi Abud (orgs.) –, São Paulo, Perspectiva: 2017.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: vontade de saber*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf (link acessado em 26 de junho de 2018).

FREUD, Sigmund. *Über Coca* (1887). Endereço eletrônico: http://www.apoia.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_-_uber_coca.pdf (pesquisa realizada no dia 14 de fevereiro de 2018).

_____. *Projeto para uma psicologia científica* (1895), ESB, v. I. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Carta 52* (6 de dezembro de 1896), ESB, v. I. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Carta 55* (11 de janeiro de 1897), ESB, v. I. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Carta 79* (22 de dezembro de 1887), ESB, v. I. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Os chistes e a sua relação com o inconsciente* (1905), v. VIII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910), ESB, v. XI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *A dinâmica da transferência* (1912), ESB, v. XII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912), ESB, v. XII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Totem e tabu* (1913), ESB, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar* (1914), ESB, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), ESB, v. XIV. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Os instintos e suas vicissitudes* (1915), ESB, v. XIV. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Psicanálise e Psiquiatria* (1917), ESB, v. XVI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Linhas de progresso na terapia analítica* (1919), ESB, v. XVII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Conferência XXVII. Transferência* (1915-16), ESB, v. XVI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Conferência XXIV. O Estado neurótico comum* (1915-16), ESB, v. XVI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (1919), ESB, v. XVII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Além do princípio de prazer* (1920), ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921), ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Inibições, sintoma e ansiedade* (1925), ESB, v. XX. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *A questão da análise leiga. Conversações com uma pessoa imparcial* (1926), ESB, v. XX. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *O futuro de uma ilusão* (1927), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *O humor* (1927), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *O mal estar na civilização* (1930), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Por que a guerra?* (1933), ESB, v. XXII. Rio de Janeiro, Imago: 1996.

GAMELLA, Juan F. *La historia de Julián*. Madrid, Editorial Popular: 2008.

GUERRA, Andréa M. C. *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2007.

_____. *Profanação e resistência: psicanálise, pesquisa e intervenção social*. In:Psicanálise, Universidade e Sociedade – Heloísa Caldas e Sonia Altoé (orgs.) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2009.

_____. *Quando um crime surpreende o sujeito: a psicanálise na política de defesa social*. In:A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social – Andréa Máris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira (orgs.) – Curitiba, Editora CRV: 2010.

GREISER, Irene. *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica em los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires, Paidós: 2012.

HARI, Johann. *Na fissura: uma história do fracasso no combate às drogas*. São Paulo, Companhia das Letras: 2018.

HART, Carl. *Um preço muito alto: jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro, Zahar: 2014.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL. *THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION 2018*. London, Harm Reduction International: 2018.

JORNAL DO BRASIL. 10 de janeiro de 2013 (*on line*). *Menino atropelado ao fugir de uma operação contra o crack é enterrado*. <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/01/10/menino-atropelado-ao-fugir-de-uma-operacao-contra-o-crack-e-enterrado/>

LACADÉE Philippe. *O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Tradução: Cássia Rumenos Guardado e Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria: 2011.

LACAN, Jacques. *A significação do falo* (1958). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a "Verneinung" de Freud* (1954). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *Situação da psicanálise e formação do analista em 1956*. In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (1960). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade* (1960). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 1998.

_____. *Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval* (1960, retomado em 1964). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 1998.

_____. *A ciência e a verdade* (1966). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *Proposição de 09 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 2003.

_____. *Ato de Fundação* (1971). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 2003.

_____. *Prefácio a O despertar da primavera* (1974). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 2003.

_____. *O seminário, livro 4: a relação de objeto* (1956-57). Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 1995.

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (1957-58). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1999.

_____. *ElSeminario, livro 7: La Etica del Psicoanálisis* (1959-60). Buenos Aires, Paidós: 2009.

_____. *O seminário, livro 10: a angústia* (1962-63). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 2005.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1998.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-70). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1992.

_____. *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante* (1971). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 2009.

_____. *O seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-73). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 1985.

_____. *O triunfo da religião, precedido de, Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro, Zahar: 2005.

_____. *Psicoanálisis y Medicina* (1966). In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires, Manantial: 2010.

LANCETTI, Antonio. *A clínica peripatética*. São Paulo, Hucitec: 2012.

LAURENT, Éric. *O analista cidadão*. In *Psicanálise e Saúde Mental / Curinga – Escola Brasileira de Psicanálise (EBP)*. Belo Horizonte: 1999.

_____. *Apuestas del congreso de 2008. El objeto a como pivote de la experiencia analítica* In: *Lo inclasificable de las toxicomanías – Luis Darío Salamone, Fabián Naparstek, Mabel Levato & Darío Galante (orgs.) – Buenos Aires, Grama Ediciones: 2008.*

_____. *El goce sin rostro: psicoanálisis y política de las identidades*. Buenos Aires, Tres Haches: 2010.

LEITE, Sônia. *O cartel e o desejo de saber na escola*. In *Lacan e a formação do psicanalista – Marco Antônio Coutinho Jorge (org.) – Rio de Janeiro, Contra Capa: 2006.*

LÖWY, Michael. *Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil*. In: *Por que gritamos golpe: Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo, Boitempo: 2016.

MACARETA I.; DIAS, R. & PASSOS, E. *Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem experiências de cuidado na cidade dos mega-eventos*. In: *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”*. Rio de Janeiro, Revan: 2014.

MANSO, Rita. *Algumas considerações sobre educação, ciência e capitalismo: o que pode a psicanálise?* In *Psicanálise e Saúde: entre o estado e o sujeito – Orgs: Rita Maria Manso de Barros e Vinícius Darriba / FAPERJ – Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2015.*

MARON, Glória. *Urgência sem emergência?* In *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro, Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro: 2008.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. São Paulo, n-1 edições: 2018.

MILLER, Jacques-Alain. *El banquete de los analistas: los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires, Paidós: 2011.

_____. *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan, entre o desejo e o gozo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.: 2011.

NEVES, Delma Pessanha & SANTOS Arlete Inácio. *Formação Profissional de redutores de danos: perplexidades e socialidades*. Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Niterói e Programa de Pós-Graduação em Antropologia/CNPQ. Material produzido para a formação na Escola de Redutores de Danos de Niterói: 2011.

NICODEMOS, Julio Cesar & FERRO, Lígia. *Entre o fazer etnográfico e o fazer psicanalítico: reflexões sobre a “escuta” da população sem-abrigo na rua de Cimo de Vila da Cidade do Porto*, In: “Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto”, Número temático – Cidade, cultura e turismo: novos cruzamentos (pp. 92-115), Porto: 2018.

NICODEMOS, Julio & Silva, Josiele. *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 – Ândrea Cardoso de Souza, Lorena Figueiredo Souza, Elisângela Onofre de Souza & Ana Lúcia Abrahão (orgs) – São Paulo, Hucitec: 2016.

NICODEMOS, Julio & Elia Luciano. *Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica*. In: Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil – Ândrea Cardoso de Souza, Lorena Figueiredo Souza, Elisângela Onofre de Souza & Ana Lúcia Abrahão (orgs) – São Paulo, Hucitec: 2016.

NICODEMOS, Julio. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ: 2013.

_____. *Avanços e desafios na atenção psicossocial brasileira e portuguesa com usuários de drogas: uma experiência clínica e de pesquisa sobre a Redução de Danos*. In Psicologia em extensão: corpos à margem, desafios à formação – Rosane de Albuquerque Costa, Bárbara Breder Machado & Paula Land Curi (orgs). Rio de Janeiro, Gramma: 2018.

NITERÓI (RJ). *Portaria conjunta Secretaria Municipal de Assistência Social/ Secretaria Municipal de Saúde nº 01 de 11 de dezembro de 2008*. Niterói (RJ), Prefeitura Municipal de Niterói: 2008.

OHLER, Norman. *High Hitler: como o uso de drogas pelo Führer e pelos nazistas ditou o ritmo do Terceiro Reich*. São Paulo, Planeta: 2017.

ONS, Silvia. *Violencia/s*. Buenos Aires, Paidós: 2009.

OURY, Jean. *O Coletivo*. São Paulo, Hucitec: 2009.

PEREIRA, Ana Cristina. *Viagens Brancas*. Lisboa, Babel: 2011.

PORTUGAL. *Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de abril de 1999.*

PORTUGAL. *Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro de 2000.*

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril de 2001.*

QUINTAS, Jorge. *Regulação Legal do Consumo de Drogas: Impactos da Experiência Portuguesa da Descriminalização.* Porto, Fronteira do caos editores: 2011.

REIS, Júlia. *A droga como um recurso ao mal-estar na civilização.* Link: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n2/v17n2a06.pdf> (link acessado no dia 05 de maio de 2018).

RIBEIRO, Cynara Teixeira. *O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada pela redução de danos: perspectivas a partir da psicanálise.* Tese defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia: 2012.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção.* São Paulo, Terceiro Nome: 2014.

SANTIAGO, Jesus. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 2001.

SAFATLE, Vladimir. *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo.* Belo Horizonte, Autêntica Editora: 2016.

SILVA, Maria de Lourdes. *Drogas: da medicina à repressão policial. A cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945.* Rio de Janeiro, Outras Letras: 2015.

SOLER, Colette. *O que Lacan dizia das mulheres.* Rio de Janeiro, Zahar: 2005.

_____. *La querrela de los diagnósticos.* Buenos Aires, Letra Viva: 2009.

_____. *Seminário de leitura de texto Ano 2006-2007, Seminário A angústia, de Jacques Lacan.* São Paulo, Escuta: 2012.

STEVENS, Alexandre. *El error del toxicómano.* In *Pharmakon n.10, efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones.* Editado por TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2004.

STRAUSS, Claude L. *Antropologia estrutural.* Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro: 1975.

SZABÓ, Iona. *Drogas: as histórias que não te contaram.* Rio de Janeiro, Zahar: 2017.

TOLEDO, Daniele. *Tristeza em pó.* São Paulo, nVersos: 2016.

TORRES, Maycon & VIDAL, Paulo. *Redução de Danos e psicanálise de orientação lacaniana nas internações de usuários de drogas.* Revista eletrônica ECOS v.7 n.1:

2017. *Link*: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1835> (*link* acessado no dia 25 de julho de 2018).

VALENTE, Júlia. *UPPs: governo militarizado e a ideia de pacificação*. Rio de Janeiro, Editora Reaven: 2016.

VALOIS, Luís Carlos. *O direito penal da guerra às drogas*. Belo Horizonte, Editora D'Plácido: 2016.

ZACCONE, Orlando. *Judicialização da morte*. In: *A violência na berlinda – Vera Malaguti Batista (org.) – Rio de Janeiro, Contracapa: 2014.*

_____. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Editora Reaven: 2015.

_____. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro, Reaven Editora: 2015.

ZENONI, Alfredo. *Qual instituição para o sujeito psicótico?* Belo Horizonte, Abrecampos ano 01, n.0: 2000.

ZIZEK, Slavoj. *Em defesa das causas perdidas*. São Paulo, Boitempo: 2011.

SCHWARCZ, L M. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo, Companhia das letras: 2019.

