

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

RENATA DA SILVA WINNING

**PSICANÁLISE E USO DE DROGAS: ARTICULAÇÕES COM A REDUÇÃO
DE DANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

SÃO PAULO

2018

RENATA DA SILVA WINNING

Psicanálise e uso de drogas: articulações com a Redução de Danos no Sistema Único de Saúde (SUS)

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social sob a orientação do Professor Doutor Raul Albino Pacheco Filho

SÃO PAULO

2018

WINNING, R. S. PSICANÁLISE E USO DE DROGAS: ARTICULAÇÕES COM A REDUÇÃO DE DANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social sob a orientação do Professor Doutor Raul Albino Pacheco Filho.

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

A relação do ser humano com as drogas nem sempre foi atividade tutelada pelo Estado. A partir do século XIX ocorreram mudanças paradigmáticas em relação às drogas que culminaram na criação de políticas específicas para problemas relacionados ao seu consumo. O estudo teórico aqui desenvolvido trouxe articulações entre a clínica psicanalítica e a estratégia de redução de danos por meio da análise de sua implantação no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí foi traçado um diálogo entre as proposições psicanalíticas acerca do fenômeno do uso compulsivo de drogas e de seu tratamento bem como suas possíveis aproximações com a lógica de redução de danos. Discutimos, ao longo deste estudo, de que maneira os giros discursivos formalizados por Jacques Lacan acompanham as mudanças históricas, políticas e econômicas envolvendo o uso de drogas; analisamos a proposta de redução de danos; desenvolvemos questões que norteiam a clínica psicanalítica; ilustramos as divergências entre a direção do tratamento em contexto institucional no que se refere à redução de danos em simultaneidade às propostas de abstinência como pré-condição e meta do tratamento. Ao apresentar uma lógica que considera a autonomia, o vínculo e o contexto geral de vida como mote de suas ações – descaracterizando-se da ideia de que a droga é o principal problema a ser tratado e flexibilizando, portanto, a exigência da abstinência enquanto ideal de cura –; as estratégias de redução de danos ora perscrutadas permitem articulações com o trabalho psicanalítico que, por sua vez, tem a contribuir com a particularidade de sua clínica de escuta e de intervenção a partir do sujeito do inconsciente.

Palavras-chave: psicanálise; drogas; redução de danos; saúde pública

ABSTRACT

The relation of the human being with drugs has not always been protected by the State. Since the nineteenth century, paradigmatic changes have occurred in relation to drugs that culminated in the creation of specific policies to problems related to its consumption. The theoretical study developed here brought articulations between the psychoanalytic clinic and the harm reduction strategy by analysing its implantation in the Unified Health System (SUS). From that point, it was made a dialogue between the psychoanalytic propositions concerning the drug compulsive use phenomenon and its treatment as well as possible approximations with the harm reduction logic. We have debated, throughout this study, in which ways the discursive turns formalized by Jacques Lacan accompanied the historical, political and economic changes involving the use of drugs; we analysed the proposal of harm reduction; developed questions that guide psychoanalytic clinic; illustrated the divergences between the treatment direction within the institutional context concerning the harm reduction and abstinence simultaneously to the pre-condition and treatment aim. By presenting a logic that considers the autonomy, the bond and the general life context as the motto of its actions, disregarding the idea that drugs is the main problem to be treated and making abstinence more flexible as an ideal of cure. The strategies of harm reduction favor articulations with the psychoanalytic work, that, in turn, contributes to the particularity of the listening clinic and intervention from the subject of the unconscious.

Keywords: psychoanalysis; drugs, harm reduction, public health.

Agradeço ao CnPq que forneceu esse importante subsídio para o desenvolvimento dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu a partir de uma experiência de trabalho institucional. Agradeço a todos que estiveram presente na minha vida nesse momento e que me apoiaram a transformar minhas inquietações num estudo que pudesse unir teoria e prática, ou seja, um estudo fiel a clínica psicanalítica.

Agradeço a minha família, especialmente a minha mãe por todos os esforços que fez para favorecer uma boa formação pessoal e profissional; aos meus irmãos por serem também meus melhores amigos; ao meu padrasto pela participação em minha vida; ao meu esposo por ser o meu maior companheiro e por ter sido o que mais me incentivou e me apoiou a realizar esse trabalho; aos meus sogros por tudo o que fizeram por nós; aos meus filhos de quatro patas.

Agradeço ao meu orientador que, tanto no Trabalho de Conclusão de Curso quanto no Mestrado, acompanhou o desenvolvimento do meu trabalho com sua leitura e apontamentos rigorosos. Agradeço por todo o apoio.

Agradeço aos professores Ana Paula Gianesi e Marcello Sodelii que muito me auxiliaram no desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço aos meus amigos de longa data que compartilham de pensamentos e ações que vão na direção da construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Luiza, Monique, Patrícia, Camila B., Camila P., Inaiá, Caroline, Thiago.

Aos companheiros de trabalho Fábio, Adriana, Erycléa, Priscila, Vanessa R, Luciana, Helly, Juliana P., Ivanir, Júlia, Evelyn, Shirley, Diana, Graziella e Karla.

Aos amigos do Entrelinhas e da Rede Laços que ensinam sobre um trabalho feito em rede.

Agradeço aos colegas do Núcleo de Psicanálise e Sociedade que me auxiliaram na construção dessa pesquisa, especialmente Michele, Roberta, Luanda, Jamille, Augusto e Neto.

Agradeço aos profissionais do Centro de Convivência É de lei pela preciosa troca de ideias, informações e referências bibliográficas.

Agradeço a todos os professores da Psicologia Social e aos colegas dos outros núcleos de pesquisa pelos preciosos debates.

Agradeço à Marlene pela sua disponibilidade e pragmatismo em auxiliar na resolução de questões burocráticas.

Agradeço ao CnPq que forneceu um importante subsídio para o desenvolvimento dessa pesquisa.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
MÉTODO.....	25

CAPÍTULO 1

1. Considerações sobre algumas passagens históricas envolvendo o uso de drogas.....	29
1.1 Drogas e Capitalismo: a Guerra do Ópio.....	30
1.2 Teoria dos Discursos de Jacques Lacan	35
1.3 Uso de drogas, o discurso capitalista e a justiça.....	50
1.4 O proibicionismo e a construção da partilha entre substâncias lícitas e ilícitas.....	58

CAPÍTULO 2

2. O nascimento da redução de danos.....	67
2.1 A história da redução de danos no Brasil.....	72
2.2 Avanços e desafios na consolidação da estratégia de redução de danos no Brasil.....	80

CAPÍTULO 3

3. A prática num CAPSad: abstinência e redução de danos em discussão.....	90
3.1 A moral no tratamento do uso de álcool e outras drogas.....	91
3.2 O nascimento de um CAPSad.....	97

3.3	Algumas considerações.....	99
------------	-----------------------------------	-----------

CAPÍTULO 4

4.	O sujeito enfim em questão.....	106
4.1	Toxicomania e Psiquiatria.....	107
4.2	O sujeito e o diagnóstico estrutural.....	113

CAPÍTULO 5

5.	Empuxo-ao-consumo e uso de drogas.....	127
5.1	Diálogos possíveis entre a psicanálise a redução de danos.....	135

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
--	------------

Esta acuidade de pensamento, este entusiasmo dos sentidos e do espírito devem ter, em todos os tempos, aparecido ao homem como o primeiro dos bens; eis por que, considerando apenas a volúpia imediata, sem se preocupar em violar as leis de sua constituição, buscou na ciência física, na farmacêutica, nos mais grosseiros líquidos, nos perfumes mais sutis, em todos os climas e em todos os tempos, os meios de escapar, mesmo que por algumas horas, à sua morada de lobo e, como disse o autor de Lazare: “Tomar o paraíso de um só golpe”.

Charles Baudelaire

INTRODUÇÃO

As primeiras drogas utilizadas foram produzidas pela própria natureza por meio de plantas ou parte de plantas e, possivelmente, foi a partir da experiência de comê-las e pela observação de animais intoxicados ao ingerir determinados alimentos que o humano tenha experimentado o êxtase do efeito psicoativo. Dificilmente poderíamos delimitar com precisão o início da relação do homem com as drogas, mas certamente o consumo de drogas acompanha a história da humanidade.

O consumo de substâncias psicoativas recebeu contornos diversos ao longo dos séculos e em diferentes culturas produzindo uma heterogeneidade no modo de lidar com essas substâncias. Desse modo, a história mostra que por muito tempo algumas drogas foram consumidas sem qualquer proibição do Estado e sem caracterizar o consumo como um problema de saúde pública em detrimento de outras.

Atualmente o debate sobre as drogas é realizado por diversas áreas do conhecimento e o enfoque sobre o tema pode ser bastante heterogêneo. É possível falar sobre o uso de drogas com diferentes finalidades (expansão de consciência, busca por prazer, fuga da realidade, apaziguamento do sofrimento); em contextos diversificados (recreativo; religioso, terapêutico, cultural); intensidades de uso (uso esporádico, regular, prejudicial, compulsivo), entre outros.

No entanto, no que se refere às políticas públicas, as drogas geralmente ficam circunscritas aos terrenos da saúde, da moral – sobretudo religiosa – e da justiça. Dito de outro modo, embora exista uma heterogeneidade de saberes e enfoques que analisam a relação do humano com as drogas, as propostas de políticas públicas para o que hoje é considerado um problema social grave, parecem girar em torno destes três eixos.

Como exemplo, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que gerou em 2011 o programa “Crack é possível vencer” possui três bases de apoio: prevenção (evitar que a população faça o primeiro uso de crack

e de outras drogas através de ações informativas e campanhas publicitárias com a finalidade de desestimular o uso), cuidado (tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas) e autoridade (repressão ao tráfico). É interessante notar que, embora seja um programa articulado com outros Ministérios¹, inclusive com o Ministério da Saúde, ele é coordenado pelo Ministério da Justiça e uma de suas frentes de atuação diz respeito à segurança pública. Além disso, é um programa que prevê a participação de lideranças religiosas e de comunidades terapêuticas indicando a existência de uma aliança com grupos que partem de pressupostos morais em sua leitura sobre a relação do humano com as drogas. É um programa, portanto, que exemplifica a articulação entre saúde, justiça e moral (religiosa) nas políticas públicas e, mais do que isso, utiliza do crack enquanto substância privilegiada (o título do programa atesta esse destaque) para construir políticas que evitem o seu consumo. Contudo, a realidade brasileira indica que o maior problema de saúde pública envolvendo o uso de drogas diz respeito ao consumo de álcool. Se o destaque conferido ao crack não atesta a realidade de seu consumo nem dos danos atribuídos ao seu uso, podemos interpretar que o destaque vai de encontro ao apelo midiático em torno dessa substância.

Pensando nisso e para além dessas coordenadas nas políticas públicas, a presente pesquisa participa desse debate trazendo uma diferença: o inconsciente. Trata-se de uma contribuição que sustenta, valida e discute esse saber, do qual “não se sabe que sabe”, e que tem uma linguagem própria. Essa pesquisa tem como ponto de partida a clínica psicanalítica e, portanto, trabalha a partir do sujeito clivado, efeito do significante, que não se restringe à racionalidade de outros campos do conhecimento e, por vezes, não se faz notar por eles. Com efeito, almejamos uma articulação com outros campos sem que isso resulte necessariamente em confluência. Nesse sentido, preservamos as hiências e impossibilidades de apreender numa totalidade o sujeito e o fenômeno do uso problemático de drogas. No que tange às contribuições ao tratamento das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, vale ressaltar que

¹ Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Direitos Humanos também integram esse programa.

a ética psicanalítica baseia-se no desejo e isso não corresponde a uma promessa de cura – no caso, a abstinência do uso de drogas – e de felicidade.

Se retomarmos à Freud (1929), veremos que o fundador da psicanálise entendia por felicidade, a satisfação das pulsões – que podem variar em intensidade e propósitos. Ele atribuía a noção de felicidade à obtenção de prazer e à evitação do desprazer. Conforme formalizou pela teoria do mais além do princípio do prazer (1920), o aparelho psíquico é regido por este mecanismo, mas isto de modo algum corresponde a um estado fixo de prazer e felicidade. A felicidade, portanto, nunca está garantida².

Contudo, dizer que a felicidade não está garantida, não equivale a dizer que não se busque por ela. A partir de uma complexa relação de busca por momentos de felicidade, Freud (1929) apontou estratégias utilizadas pelos sujeitos para lidar com as pressões e infortúnios causados pelo mundo externo de modo a minimizar este efeito de mal-estar, segundo ele, produto de três origens: nossa incapacidade de controle total das forças da natureza; os limites de nossos corpos, fadados à decadência; e a insuficiência das regras sociais em regular as relações humanas.

Nesse sentido, o refúgio do mundo externo, uma das fontes desse mal-estar, é, em certa medida, necessário e pode se utilizar de diversos recursos que têm por finalidade realizações prazerosas e blindagens em maior ou menor grau em relação ao desprazer. São exemplos destes recursos: "derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa própria desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela [vida]" (Ibidem, p. 83).

A partir de uma narrativa minuciosa acerca destas possibilidades, Freud avaliou que algumas estratégias como a fantasia e a sublimação são mais nobres do que outras no sentido de aproximarem-se mais da consecução do princípio do prazer, que pressupõe um prazer limitado. Em contrapartida, o recurso mais eficaz no distanciamento e anestesiamiento do mundo externo seria provar do efeito de psicoativos cuja incidência se dá, sobretudo, no corpo:

² É interessante resgatar um comentário de Lacan acerca da felicidade à luz da concepção freudiana “ Não escapa a Freud que a felicidade é, para nós, o que deve ser proposto como termo a toda busca, por mais ética que seja [...]o que eu gostaria de ler no Mal-estar na civilização é que, para essa felicidade, diz-nos Freud,não há absolutamente nada preparado, nem no macrocosmo nem no microcosmo. (LACAN, 1959-1960/20008, p. 25).

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse "amortecedor de preocupações", é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos. (FREUD, 1929 p.86).³

Lacan avançou na teoria e, a partir da leitura de Freud, concebeu o laço social não apenas como fonte de mal-estar gerado pelas relações humanas, mas também como o campo em que circulam os discursos que são os modos de aparelhamento de gozo proveniente da renúncia pulsional da qual nos falava Freud. Os discursos são caracterizados pela estrutura significante, ou seja, não são definidos pelo conteúdo/significado do que se diz, mas sim pela estrutura significante. Lacan (1968-1969/2008) nos diz de um discurso sem palavras "A essência da teoria psicanalítica é a função do discurso, e é muito precisamente nisso, que talvez lhes pareça novo, ou pelo menos paradoxal, que eu o digo sem fala" (p.14).

Lacan formalizou quatro discursos que sugerem três profissões e uma prática que possuem em comum um elemento de impossibilidade: o impossível de governar (Discurso do Mestre), de educar (Discurso Universitário), de fazer desejar (Discurso Histórico), de analisar (Discurso do Analista). Posteriormente, Lacan formalizou um discurso que é uma espécie de variação do Discurso do Mestre, ou seja, um tipo de Discurso do Mestre moderno que é um dos principais germes de mal-estar da contemporaneidade: trata-se do Discurso Capitalista. Sobre os discursos, dedicaremos uma parte do primeiro capítulo dessa pesquisa para nos aprofundarmos nessa parte do ensino lacaniano.

³ Embora nessa passagem o autor ressalte a propriedade de causar danos dos psicoativos, ele também entende o uso de maneira mais abrangente, isto é, não apenas como algo patológico e prejudicial. Ao vincular o uso de drogas como uma das formas em lidar com o mal-estar inerente ao humano ele apenas destaca uma das possíveis funções do uso de drogas.

Por ora, salientamos que as mudanças históricas também são acompanhadas de modificações discursivas e, nesse sentido, podemos verificar transformações no estatuto da droga em diferentes sociedades e em momentos da história que revelam também giros discursivos que produzem efeitos nessas variações. Por essa razão, essa pesquisa utilizou não apenas um estudo proveniente da História para indicar essas mutações, mas também um estudo dos discursos que acompanham essas mudanças, afinal, embora o uso de drogas seja uma das possibilidades de gozar do humano desde os tempos mais remotos, o fenômeno do uso compulsivo de drogas, ao contrário, pode ser considerado uma invenção social mais recente. Sendo assim, é importante examinarmos sobretudo a denominada “dependência química” como um fenômeno social.

Como exemplo, até o século XIX, no Ocidente, diversas drogas eram consumidas livremente para fins recreativos e terapêuticos e o seu consumo era, inclusive, incentivado pela publicidade. Entretanto, também é a partir desse século que pensamentos contrários ao uso livre de diversos psicoativos ganham força. A expressão dessa vertente de pensamento aparece com mais notoriedade nos Estados Unidos a partir de grupos politicamente influentes favoráveis à proibição do consumo de drogas. Para esses grupos, numa leitura à luz do Evangelho, as drogas eram vistas como um risco ao desvirtuamento dos cidadãos e num crescente movimento proibicionista o consumo de álcool, tabaco, cocaína, morfina e heroína foram proibidos. (ESCOHOTADO, 2004).

Essa passagem histórica é significativa porque marca uma mudança de perspectiva em relação às drogas que passa a operar não apenas no território americano, mas que se expande para o resto do mundo. Com efeito, analisamos nessa pesquisa a maneira como as medidas proibicionistas (o uso de algumas drogas passa a ser proibido e combatido pelo Estado) coincidem com a ascensão de um novo sistema econômico, o capitalismo.

Desse modo, examinamos, ainda que de maneira modesta, os impactos gerados pelo capitalismo na política e até mesmo no modo de fazer ciência. Sendo assim, nessa pesquisa analisamos a chamada “dependência do uso de drogas” sob a perspectiva de que se trata de um fenômeno recente que pode ser considerado também como efeito do discurso da ciência e do capitalismo tal

como SANTIAGO (2001) propõe.

Pacheco Filho (1998) ao discorrer sobre capitalismo e toxicomania salienta que as drogas fazem parte da estrutura e organização da sociedade por meio do lucrativo tráfico de drogas que emprega milhares de pessoas e envolve diversas instituições. Destaca que ao mesmo tempo em que o dito “toxicômano” pode ser considerado um transgressor das leis, o que supostamente tende a romper com o laço social, ele faz parte da lógica capitalista enquanto um fiel consumidor do objeto droga. É imprescindível, portanto, analisar cuidadosamente a toxicomania no laço social, especialmente a toxicomania inscrita no discurso capitalista.

Como de costume, a agenda política costuma não se esquivar quando soa o alarme da “epidemia de drogas” propagada pela mídia. É recorrente a participação do tema das drogas, inclusive, nos debates eleitorais em que são feitas as mais diferentes propostas no âmbito das políticas públicas, inclusive propostas em parceria até mesmo com grupos religiosos⁴. Atualmente as pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas dividem a opinião pública sendo consideradas ora pessoas doentes que necessitam de tratamento ora encarnando figuras pejorativas e desumanizadas como o “zumbi”, o “nóia” e o “cracudo” que geralmente são alvos de ações envolvendo a segurança pública. Recentemente⁵ isso ocorreu em São Paulo em uma ação policial executada pelos governos municipal e estadual no centro da cidade no território conhecido como “Cracolândia”. Novamente os governantes deram destaque sobretudo às medidas de segurança pública para tentar solucionar – ou mascarar – o intenso uso e comércio de drogas na região. Operações semelhantes ocorreram em 2012 e 2015 no território, demonstrando a insistência – e o fracasso – desse tipo de ação. A resposta do poder público, nesses casos, costuma banalizar a internação compulsória como oferta de tratamento para

⁴ Nas campanhas eleitorais de 2016 observamos que em São Paulo e no Rio de Janeiro candidatos à prefeitura defenderam ações do Estado em parceria com grupos religiosos. Marta (PMDB) em São Paulo disse que iria “apostar na espiritualidade para tentar resolver o problema de drogas” enquanto Flávio Bolsonaro (PSC) no Rio de Janeiro disse que defende “a parceria com entidades religiosas de todos os segmentos como acontece, por exemplo, na Igreja Batista [...] Só por intermédio de pessoas fazendo esse trabalho voluntário, sério e levando dignidade e amor a essas pessoas é possível tirá-las das drogas”. A fala do então candidato a prefeito demonstra que existe uma aposta principalmente na religiosidade (tratamento moral) para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Essas informações estão disponíveis em meio eletrônico.

⁵ Refiro-me à ação policial ocorrida no dia 21 de maio de 2017 na Cracolândia.

essa população, ou seja, aquilo que deveria ser o último recurso em respeito à Lei 10.216/2001⁶, aparece como prioridade. Embora esse tipo de ação esteja longe de considerar a complexidade dessa questão e demonstre rapidamente seu fracasso⁷, a maioria da população paulistana ⁸apoiou a ação. Nesse ponto, a afinidade entre essas escolhas políticas e o que pensa a maioria dos paulistanos não parecem ocasionais.

O dito “dependente químico” é considerado um perturbador do laço social de tal modo que em uma categoria da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, os usuários de drogas apareceram em segundo lugar como o grupo mais odiado pela população brasileira: na categoria *grau de aversão ou intolerância a grupos de pessoas*, os entrevistados disseram sentir mais “repulsa/ódio” primeiramente por pessoas que não acreditam em Deus e em segundo lugar por usuários de drogas.

Esses dados revelam uma relação interessante entre o incômodo gerado pelos usuários de drogas e os ateus. A partir desse resultado, é importante pensar e desenvolver nessa dissertação as razões pelas quais aquele que é nomeado no laço social como “dependente químico” provoca tantas intervenções de grupos religiosos, sobretudo nos tratamentos, e por que a esfera da moral religiosa é uma das determinantes na produção de políticas públicas. Nos deteremos a respeito do atravessamento moral nas políticas públicas destinadas a usuários de drogas no segundo capítulo dessa dissertação.

Na contramão das propostas de abstinência como condição e meta do tratamento e das estratégias que tentam impedir um primeiro uso de determinadas substâncias por crerem que essas medidas diminuem as chances de alguém se tornar dependente do uso de drogas, entendemos que as experiências decorrentes do uso de psicoativos são variadas e que o simples

⁶ A Lei 10.216/2001 preconiza que quando as internações psiquiátricas são necessárias elas podem ser de três tipos: voluntária (a pedido do próprio usuário), involuntária (a pedido de familiar ou terceiro) ou compulsória (determinada pela Justiça). Em todos os casos deve existir avaliação médica. A internação compulsória é um procedimento extremo que deve ser executado com muita cautela e no qual o Juiz responsável “levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

⁷ Contrariando a promessa dos governantes, a Cracolândia não acabou. Os usuários apenas se dispersaram pela região conforme vinculado no jornal G1: “Prefeitura identifica 22 pontos de usuário de crack após megaoperação na Cracolândia”. Essa matéria foi realizada no dia 25 de maio de 2017, apenas 4 dias após a ação da polícia na região.

⁸ A respeito disso ver a matéria do Jornal Folha de São Paulo do dia 03 de junho de 2017 intitulada “80% dos moradores de São Paulo apoiam a internação à força de usuários de crack, diz pesquisa Datafolha”.

provar do efeito psicoativo não explica como isso pode se transformar num consumo compulsivo.

As potenciais desvantagens dessa prática assim como a imprevisibilidade sobre o fato de que essas substâncias possam vir a causar dependência, geram uma diversidade de análises sobre o fenômeno e uma variação de estilos de tratamento. Zafiropoulos (1994) é enfático ao dizer que não se torna toxicômano quem quer. Ele defende que as substâncias psicoativas não são propensas a viciar a todos e destaca a variedade de posições subjetivas envolvidas no fenômeno da toxicomania. Salienta que os efeitos das substâncias também não correspondem a um padrão, ao contrário, os efeitos também são particulares para cada um.

O autor encontra essa confirmação analisando relatos da experiência de uso de substâncias psicoativas e conclui que os efeitos podem ser diversos assim como as razões para fazer uso de drogas. Ele menciona que o prazer, o pertencimento a um grupo e a exploração da verdade inconsciente que se revela por meio das suspensões do recalque desta experiência, podem ser citados como pontos de apelo para o uso de drogas. Já a perda de controle e de referências do eu, a paranoia, a demora para o eu se reacomodar, o receio de uma proximidade com a loucura e de uma experiência sem retorno; podem ser pontos de impedimento para outros.

Gurfinkel (2011) entende as compulsões como patologias do agir e caracteriza as adicções⁹ pelo uso que se faz do objeto droga ao invés de pensar o objeto droga viciante por si mesmo. Em outras palavras, embora a adicção aparente uma inversão do sujeito-droga, em que o sujeito aparece como objeto do objeto droga; o autor propõe “deslocar a ênfase do objeto usado para o uso que se faz do objeto” (p. 78).

Tal afirmativa parece simples, porém, considerando as diversas propostas de tratamento cuja ênfase se dá nas substâncias e seu potencial de ação, vê-se a complexidade desta concepção. Há propostas de tratamento que são norteadas por uma concepção predominantemente biológica ou até mesmo moralista da chamada dependência química e tendem a reproduzir esta inversão

⁹ O termo adicções tem origem no latim e refere-se à escravidão. Segundo o autor, ele utiliza este termo propositalmente, pois pretende discutir as compulsões de modo geral sem enfatizar o objeto droga, como o faz o termo “toxicomania”.

também no tratamento. Nesse sentido, concebem a substância como um problema em si mesmo.

Enquanto a droga é colocada num pedestal – absoluta, irresistível e rememorada a cada dia de abstinência –, o sujeito é negligenciado e renegado ao lugar genérico de “adicto”. Em tais concepções, o imaginário que recobre a dita dependência química confunde-se e responde a um modo de tratamento com o qual o sujeito “escravizado” pelo objeto “diabólico” tende a se identificar.

Ao se definir como sujeito por uma prática codificada pelo Outro, ele nos oculta a estrutura e seu sintoma. Desse modo, o acesso ao tratamento pelo enunciado “Eu sou toxicômano” é uma tentativa de eclipsar seu sintoma, ocultá-lo, encobri-lo. Ele faz da droga a razão de sua demanda, a fim de eclipsar a causa que provoca a droga como resposta (INEM, 1998, p. 99 apud BASTOS e FERREIRA, 2012).

Como exemplos, os tratamentos mais difundidos do Brasil ¹⁰são as comunidades terapêuticas¹¹, em sua maioria, norteadas pela moral religiosa; e grupos de apoio como Alcoolatras/Narcóticos Anônimos (AA, NA) que, como o nome sugere, são grupos em que o anonimato permite a identificação com as drogas utilizadas, o que permite ao sujeito nomear-se – e esconder-se – no rol dos chamados dependentes.

Atualmente o Ministério da Saúde dispõe de equipamentos para o tratamento de ¹²pessoas com sofrimento relacionado (também) ao uso problemático de drogas como, por exemplo, os CAPS ad, os consultórios de rua, os leitos para desintoxicação e as transitórias unidades de acolhimento, isto é, projetos entrelaçados e estruturados a partir dos ideais de inclusão e desinstitucionalização herdados da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, o poder público também subsidia comunidades terapêuticas que, em geral, apresentam métodos e princípios que se opõem¹³ aos da Reforma

¹⁰ Dados oficiais disponíveis no site do “Observatório Crack é possível vencer” indicam que há 308 CAPS AD, 59 CAPS AD III (24 horas) e 336 comunidades terapêuticas conveniadas ao poder público.

¹¹ Censo de 2011 organizado pelos órgãos CPAD e LABGEO mapeou 1795 comunidades terapêuticas no país. Nem todas estão conveniadas ao poder público. Dados disponíveis em meio eletrônico.

¹² Os tratamentos ofertados a usuários de álcool e outras drogas pode ser encontrado na “Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas” do Ministério da Saúde.

¹³ A respeito disso, ver o documento do Conselho Federal de Psicologia (2011): 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas e também o relatório “Estamos de olho:

Psiquiátrica.

São diferenças inconciliáveis e investigamos no segundo capítulo dessa pesquisa as razões pelas quais este embaraço vem ocorrendo justamente no tratamento da chamada “dependência química”. Para tanto, recorreremos às diretrizes do SUS e problematizamos as contradições e os efeitos no tratamento decorrentes de propostas distintas, no caso, a abstinência como condição de tratamento e a redução de danos. Outrossim, é possível pensar as implicações que serviços organizados a partir da categoria de “usuários de drogas” podem ter para os sujeitos

A própria especialização do serviço caracterizada a partir de um traço comum aos usuários – no caso, o uso de drogas – segue a lógica do discurso da ciência em que se apoia a medicina. A categoria “usuários de drogas” entra no lugar do sujeito, tal como um rim ou um fígado, igualmente áreas de especialização médica. Por essa via, o que deve ser tratado é o uso de drogas e não o sujeito. A toxicomania, nessa perspectiva, é percebida como um sintoma, sendo que nesse caso o sintoma se confunde com a própria doença. (BASTOS e FERREIRA, 2012).

No que se refere à entrada dos psicanalistas na saúde pública, vale retomar que Freud (1919), criador da psicanálise, almejava que o tratamento formalizado por ele fosse expandido também às camadas populares da sociedade. Ele admitia que o número de pacientes atendidos em consultório era insuficiente diante da quantidade de pessoas que necessitavam de análise. A previsão de que os governantes um dia entenderiam que cuidar das neuroses era tão importante quanto cuidar de enfermidades orgânicas ainda não confirmou, porém, ainda que de modo clandestino¹⁴, há psicanalistas atendendo no sistema público e gratuito de saúde tal como um dia Freud sonhou. Contudo, como ele assertivamente sugeriu foram feitas modificações na psicanálise

avaliação conjunta dos hospitais psiquiátricos do projeto REDENÇÃO” (2017) organizado por diversos órgãos tais como o conselho de psicologia (CRP), de medicina (CREMESP), de serviço social (CRESS) e de enfermagem (COREN).

¹⁴ A entrada dos psicanalistas nas instituições não se dá por meio da contratação de psicanalistas, ou seja, não existe um cargo oficial de psicanalista nos equipamentos de saúde mental. Geralmente os profissionais possuem outra formação (psicólogo, assistente social, médico, entre outros), mas podem ter a psicanálise como eixo de atuação. Utilizei a palavra clandestino também em referência a Alberti (2011) que mantém em aberto a questão sobre a psicanálise e seu discurso – o discurso do analista – se manter na clandestinidade do Estado.

praticada no consultório privado e nessas instituições. A respeito disso, diversos autores como Rinaldi (2015) e Figueiredo (1997/2002) também têm se debruçado sobre a prática psicanalítica fora do setting tradicional, mas a advertência de Freud continua basilar:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições [...] 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 (FREUD).

Nesse sentido, é importante que o psicanalista – e não só ele – problematize sua atuação em instituições destinadas ao tratamento do uso de álcool e outras drogas atravessadas por essas opostas direções de tratamento. No que toca especificamente aos psicanalistas, cabe interrogar: a abstinência, como objetivo de cura não poderia ser considerada um ideal do analista? Quais implicações isso poderia ter na transferência? Qual seria, afinal, a especificidade do analista e quais as possibilidades e limites de interlocução com as particularidades dessas políticas controversas? Retornaremos a essas perguntas para desenvolvê-las no terceiro e quinto capítulo dessa dissertação. Por ora, é importante sinalizar que:

A instituição na qual o psicanalista está inserido, seja ela qual for, tem suas próprias referências e comporta um ideário particular, que promove sua ação e sustenta sua forma de funcionamento. Se o lugar do psicanalista na instituição tem uma especificidade, de forma alguma ela está amparada em uma mudança de método ou de abrir mão de seu campo. (BASTOS e FERREIRA, 2012, p. 29).

Nessa perspectiva, acreditamos que desenvolver nessa pesquisa uma posição diferente da concepção de que a dependência do uso de drogas é explicada sobretudo por uma causalidade química, poderá auxiliar a fortalecer a estratégia de redução de danos no SUS, um modelo diferente da concepção estritamente biomédica e da noção da abstinência do uso de drogas como pré-condição e meta no tratamento.

A Política de Redução de Danos (2005), também implantada pelo Ministério da Saúde, preconiza uma alternativa aos tratamentos que enfatizam o

objeto droga e que impõem a meta da abstinência como única concepção de tratamento. A lógica da redução de danos considera o sujeito que não consegue ou não quer interromper o uso de drogas, mas que pode se beneficiar de medidas que reduzam os riscos aos quais está exposto pelo consumo de drogas. Desse modo, a abstinência como única direção do tratamento cede lugar à compreensão de outras necessidades – e caminhos – que os sujeitos possam revelar.

Apesar de não discutir especificamente a redução de danos, Melman (1992) faz proposições importantes que podem ser utilizadas para refletir sobre tratamentos antiproibicionistas. Ele sugere que a existência de locais em que o uso de drogas pudesse ser fornecido de modo legal, por uma equipe de saúde, seria uma medida interessante no sentido de tentar deserotizar o uso de drogas.

Sendo assim, à medida que a lógica de redução de danos abre possibilidades para pensar alternativas que não sejam a eliminação imediata do sintoma e a identificação estanque de “adictos”; nessa pesquisa fizemos uma interlocução entre a psicanálise e a redução de danos pensando num contexto de tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Para isso, desenvolvemos questões como (re) situar o sujeito no tratamento de álcool e outras drogas sem perder de vista a compreensão do uso compulsivo de drogas também como sintoma do mal-estar social e pensar suas relações com o discurso capitalista.

Sejam por questões históricas, econômicas, jurídicas ou próprias da condição humana, a complexa relação do homem com as drogas não parece ser explicada ou sanada por medidas de cunho proibicionista e, por extensão, em tratamentos que concebem a abstinência de modo impositivo por acreditarem que a droga, enquanto substância, seja a resposta de todos os problemas decorrentes de um uso problemático.

O estudo da dita “toxicomania” sugere a necessidade em transitar entre a dimensão clínica, devolvendo o sujeito ao cerne da questão; e entre a dimensão social, investigando este fenômeno também como sinalizador do mal-estar na contemporaneidade regida pelo capitalismo. A psicanálise sinaliza para a indissociação entre sujeito e cultura ao conceituar o *sujeito* como constituído pelo desejo do Outro. O Outro comporta a dimensão social à medida que é compreendido como o lugar da cultura, tesouro de significantes, universo prévio

da linguagem. A dimensão social, portanto, precede e constitui o *sujeito* (QUINET, 2009).

A leitura psicanalítica pode, portanto, oferecer contribuições à investigação do fenômeno da chamada “toxicomania” recolocando o *sujeito* em questão, ou seja, este que não se confunde ao indivíduo cujo corpo e comportamento a medicina e as neurociências tentam decodificar, mas sim o *sujeito* dividido em sua constituição entre consciente e inconsciente, sendo este último regido por leis próprias. Re-situar o *sujeito* nesta clínica implica fundamentalmente em retomar a palavra e o desejo como direção do tratamento compreendendo a relação do homem com as drogas na trama de desejo e gozo.

Em suma, o eixo ético deste trabalho consiste em priorizar o *sujeito* (do inconsciente) e sua história sem perder de vista o que ele denuncia como mal-estar na contemporaneidade, pois não há relação do *sujeito* com a droga fora da cultura.

MÉTODO

Partimos do problema de pesquisa que visa responder de que maneira é possível estabelecer um diálogo entre a psicanálise e a redução de danos para pensar os tratamentos na clínica, sobretudo os tratamentos institucionais no modelo de clínica ampliada oferecidos pelo SUS, sem negligenciar o *sujeito* que é nomeado como dependente químico no laço social, ou seja, sem desconsiderar sua singularidade e, ao mesmo tempo, sem desatentar para o que desse fenômeno aparece enquanto um sintoma do mal-estar social proveniente do Discurso Capitalista.

Para isso, traçamos um método correspondente ao de um estudo teórico que trouxe também uma experiência profissional anterior à pesquisa para ilustrar alguns dos impasses que podem ocorrer na clínica de álcool e outras drogas em relação à direção de tratamento: abstinência como condição e meta do tratamento ou redução de danos.

No que tange ao percurso teórico, recortamos da obra freudiana alguns textos em que Freud tece comentários acerca do uso de drogas, bem como trabalhos em que ele discorre sobre a pulsão de morte, a compulsão à repetição e a renúncia pulsional envolvida no processo civilizatório. No que diz respeito à Lacan, extraímos de seu ensino escritos e aulas de seus seminários em que o autor formaliza a teoria dos discursos e desenvolve questões acerca da direção do tratamento para neuróticos, psicóticos e perversos.

Outrossim, consultamos psicanalistas com estudos referentes ao uso de drogas: Santiago (2001), Gianesi (2002), Ribeiro (2012), Alencar (2012, 2016), Ferreira (2016), entre outros. Recorremos também ao estudo de psicanalistas que problematizam o Discurso Capitalista, tais como Pacheco Filho (1998, 2009, 2012, 2015), Soler (2011), Bousseynroux (2012), Quinet (2006), entre outros. Por fim, buscamos o diálogo com autores de outras áreas do conhecimento inseridos na saúde pública ou que colaboram com o estudo desse campo defendendo alternativas para pensar o uso de drogas por uma via que não seja a imposição da abstinência sustentada num discurso moral proibicionista: Sodelli (2010), Carneiro (2008), Vargas (2008), Rodrigues (2012), Escohotado (2004), Passeti (1991), Mac Rae (1997, 1998, 2003), Alves (2017); além de materiais produzidos pelos Conselhos Federal e Regional de Psicologia (CFP/CRP-SP).

Ademais, conforme mencionamos anteriormente, utilizamos um breve relato da experiência profissional da autora como um recurso para elucidar a indissociação entre teoria e clínica, e exemplificar de que modo circulam os discursos num contexto institucional permeado por diferentes estratégias de tratamento: a abstinência de modo impositivo e a redução de danos.

Contudo, é fundamental explicar que esse trabalho foi anterior à essa pesquisa, portanto, na época, o material analisado não tinha relação com o presente trabalho. Nesse sentido, não cumpre os pré-requisitos para o *Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)*, um instrumento de fundamental importância que visa garantir a ética em pesquisas com seres humanos. Apesar disso, salientamos que ao retirar dos bastidores o material que conduziu a esse trabalho, nos preocupamos em assegurar a ética e o sigilo não indicando a instituição, o período ou os atores envolvidos nesse processo. Acreditamos que seria relevante trazer a uma pesquisa teórica questões que se originaram da prática profissional. Ressaltamos que o nosso não cumprimento com esse termo não significa discordância ou ruptura com preceitos éticos que envolvam a pesquisa, apenas a impossibilidade de cumprir com esse instrumento dada a anterioridade desse trabalho.

Assim sendo, destaco que o desejo em realizar essa pesquisa, advém do meu percurso profissional como psicóloga na assistência social e na saúde pública, em trabalho com adolescentes em conflito com a lei em programa de Medidas Socioeducativas em meio-aberto – adolescentes em sua maioria, empregados pelo tráfico de drogas – e em CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS ad) e CAPS Infantojuvenil (CAPSij) que também recebe a demanda de álcool e outras drogas. Os casos atendidos revelaram a singularidade dos sujeitos que, apesar de insistirem na denominação comum de “adictos” – o que mascara o sintoma e a estrutura –; indicavam modos diversos de se relacionar com a droga, evidenciando a necessidade em aprofundar o conhecimento nesse campo para além do imperativo da abstinência.

O trabalho na saúde pública trouxe à tona o desafio de pensar a clínica atravessada por um modelo institucional que, no caso das ditas “toxicomanias”, pode compreender uma lógica de abstinência ou de redução de danos e isto acarretará em efeitos distintos sobre as respostas dadas ao sujeito em relação ao seu tratamento. Além disso, trouxe muitas indagações sobre as

possibilidades e limites da atuação do psicanalista no Sistema Único de Saúde. Por fim, a necessidade de fazer análises articuladas do sujeito que faz das drogas um uso compulsivo considerando os aspectos sociais e culturais que o constituem, também são questões que me conduziram do trabalho na saúde pública até o desenvolvimento dessa pesquisa.

Ressalto que utilizei especificamente a experiência na instituição CAPS ad para notabilizar e analisar o modo como as divergências entre as abordagens de tratamento para o uso de drogas se manifesta no cotidiano profissional e como isso reverbera nos sujeitos atendidos. Essa escolha considera essa experiência de trabalho a mais emblemática para dialogar com as questões desenvolvidas por essa pesquisa.

No primeiro capítulo, *Considerações sobre algumas passagens históricas envolvendo o uso de drogas*, cursamos momentos significativos que explicitam as mudanças no laço social que alteraram o modo como o humano se relaciona com as drogas bem como as mudanças discursivas em relação às substâncias, sobretudo as transformações produzidas na viragem do século XIX para o século XX como efeito do Discurso Capitalista. Nessa continuidade, apresentamos no item 1.1 *Drogas e Capitalismo: a Guerra do Ópio* um breve panorama de momentos da história no que se refere a como as sociedades compreenderam e lidaram com as drogas enfatizando a Guerra do Ópio como um momento da história que apresenta uma mudança crucial no modo como as sociedades passaram a se relacionar com determinadas substâncias. No item 1.2 *Teoria dos Discursos de Jacques Lacan* discorreremos sobre os quatro discursos e o discurso capitalista. No item 1.3 *Uso de drogas, o discurso capitalista e a justiça* fizemos a articulação do fenômeno do uso problemático de drogas com o discurso capitalista. Finalmente no item 1.4 discorreremos sobre *O proibicionismo e a construção da partilha entre substâncias lícitas e ilícitas*.

No segundo capítulo, trilhamos *O nascimento da redução de danos*, apresentando a proposta de tratamento para o que é diagnosticado como “dependência química” norteadas por essa lógica. No item 2.1 *A história da redução de danos no Brasil* discutimos sobre o tratamento oferecido no SUS para as pessoas com problemas relacionados ao uso compulsivo de substâncias psicoativas.

Embora a Redução de Danos esteja prevista como o norte do tratamento

no SUS, observamos contradições no âmbito das políticas públicas que demonstram a fragilidade da implementação dessa estratégia. Diante disso, desenvolvemos no item 2.2 *Avanços e desafios na consolidação da redução de danos no Brasil*, algumas reflexões sobre as dificuldades para a sustentação dessa política.

Já no terceiro capítulo, *A prática num CAPS ad: abstinência e redução de danos em disputa*, analisamos a experiência profissional que impulsionou a elaboração dessa pesquisa e algumas reflexões a respeito. No item 3.1 discutimos a moral no tratamento do uso de álcool e outras drogas; no item 3.2 discorremos sobre o nascimento de um CAPS ad e no item 3.3 tecemos algumas considerações a respeito.

No quarto capítulo, *O sujeito enfim em questão*, discutimos a dita “toxicomania” a partir da leitura psicanalítica freudo-lacanianana com a contribuição de psicanalistas que discutem esse fenômeno e possuem a mesma orientação clínico-teórica tais como Santiago (2001), Gianesi (2002), Ribeiro (2012) e Ferreira (2017). Desse modo, considerações sobre o tratamento psicanalítico e a respeito das supostas especificidades dessa clínica foram abordadas nesse capítulo. No item 4.1 fizemos uma breve contextualização sobre a *Toxicomania e Psiquiatria* indicando o momento em que o uso problemático de drogas é isolado enquanto entidade clínica, bem como quando a terminologia “toxicomania” passa a ser utilizada, inclusive, pela psicanálise e questionamos o emprego de tal terminologia. No item 4.2 trouxemos considerações acerca de *O sujeito e o diagnóstico estrutural* discutindo de que maneira é feito o diagnóstico em psicanálise e explicitando a sua função.

No último capítulo, *Diálogos possíveis entre a psicanálise e a redução de danos: possíveis articulações*, exploramos aproximações entre as mesmas delimitando as possibilidades de interlocução de modo a trazer contribuições ao tratamento para pessoas que apresentam sofrimento relacionado ao consumo de psicoativos e a ajudar a embasar – e fortalecer – essa lógica e estratégia de cuidado no Sistema Único de Saúde. Após esse capítulo de conclusão, tecemos algumas considerações finais.

CAPÍTULO 1

1. Considerações sobre algumas passagens históricas envolvendo o uso de drogas

Se a relação do humano com as drogas deu-se de modos distintos ao longo dos tempos, faz-se necessário discorrer brevemente sobre essas mudanças para ampliar nossa análise acerca desse fenômeno que, antes de estar localizado ora no terreno da saúde, da justiça e da moral - como comumente é feito no plano das políticas públicas nos dias atuais - diz de uma característica intrinsecamente humana em seu viés cultural e social.

Além disso, a partir da psicanálise, é possível pensar que o uso de drogas dialoga com algo constitutivo do sujeito seja ele neurótico, psicótico ou perverso, isto é, o uso de drogas pode estar presente nas três estruturas possíveis que se diferenciam pelo modo como o sujeito lida com a castração, conforme veremos detalhadamente no terceiro capítulo da presente pesquisa. Por ora nos deteremos à análise dos aspectos sociais do complexo fenômeno do uso de drogas.

O cultivo de cânhamo na China é estimado datar de 4000 a.C. Em placas suméricas do terceiro milênio a.C, há menção à papoula, planta a partir da qual se faz o ópio e, curiosamente, a palavra designada para essa planta comportava o significado de gozar. Outrossim, há registros de hieróglifos egípcios falando sobre o ópio e suas propriedades enquanto analgésico e calmante. Em placa de 2200 a.C foi encontrada a recomendação do uso de cervejas por lactantes (ESCOHOTADO, 2004). Desde que o humano desenvolveu o registro escrito, portanto, comprovamos referências ao consumo e cultivo de psicoativos.

Na Grécia Antiga, as drogas eram utilizadas como substâncias que poderiam curar e eram entendidas como remédio e também como veneno. O que definiria a propriedade não seria a substância em si, mas a dose empregada (ESCOHOTADO, 2004).

Na Idade Média era comum estados de consciência alterados pela fome ou em decorrência de alimentos mal-conservados ou adulterados – sobretudo os pães – com substâncias que poderiam produzir alucinação tais como a papoula, a maconha, o joio e o esporão de centeio (ESCOHOTADO, 2004).

Nas Cruzadas, o contato dos europeus com o Oriente estreitou-se de modo a criar novos costumes, sobretudo alimentares. Açúcar, café, chá, chocolate e bebidas alcoólicas eram alguns dos itens encontrados em outro continente que ganharam na Europa Medieval um importante mercado consumidor. Esse período é nomeado por alguns historiadores como “loucura das especiarias” dado o apetite voraz por esses alimentos que modificaram significativamente a cultura européia e que podem ser considerados alimentos-drogas por proporcionarem alteração de consciência e trazerem “o gosto do paraíso” – ideia presente no imaginário da sociedade medieval (VARGAS, 2008).

Na Renascença, um importante alquimista destacou-se por defender o emprego de drogas no tratamento das enfermidades. Paracelso (1493-1541) acreditava que a “dosis sola facit venenum”. A partir dessa noção, retomava a concepção de *phármakon*, isto é, palavra de origem grega que comporta o duplo significado de remédio ou veneno. O que definirá a propriedade da substância, portanto, será a dose. (VARGAS, 2008)

A partir da modernidade, no século XIX são criadas substâncias psicoativas com auxílio da química e as novas drogas fabricadas são, inclusive, prescritas e utilizadas por médicos. São exemplos dessas substâncias, a cocaína, a morfina e a heroína; sendo as duas últimas utilizadas, inclusive, no tratamento de problemas relacionados ao uso prejudicial de ópio (ESCOHOTADO, 2004)

É a partir do século XIX que verificamos a ocorrência de uma mudança significativa na relação do humano com as drogas. Não por acaso, essa guinada acontece concomitantemente à ascensão do capitalismo. Analisaremos essa passagem no item a seguir utilizando a Guerra do Ópio no China como momento emblemático da história que culmina em profundas transformações na relação das sociedades com algumas drogas.

1.1 Drogas e Capitalismo: a Guerra do Ópio

Nessa continuidade, analisaremos a Guerra do Ópio partindo principalmente da leitura de dois autores: Antônio Escototado (2004) e Edson Passetti (1991). A preferência por esses autores diz respeito ao fato de o historiador Escototado ter escrito diversos livros sobre as drogas, sendo o

principal *A História geral das drogas*, uma obra que traz uma pesquisa densa sobre o assunto com mais de 1500 páginas sobre a história das drogas. O autor investiga minuciosamente as drogas em diferentes tempos e sociedades e possui uma visão que questiona o proibicionismo vigente. Passetti, por sua vez, é um autor do campo das ciências sociais que em seu livro *Das fuméries ao narcotráfico* também investiga o fenômeno das drogas numa perspectiva crítica sobre a necessidade da tutela do Estado para o uso de determinadas drogas. No que se refere a opção por examinar essa passagem histórica, isso se justifica pelo fato de representar um momento emblemático da história que ilustra as modificações ocorridas na relação do humano com as drogas que, na nossa concepção, provém de uma mudança discursiva introduzida pelo discurso capitalista.

A guerra do Ópio aconteceu no século XIX, no contexto da 2ª Revolução Industrial, época em que a ascensão do capitalismo impulsionou o imperialismo europeu na busca por novos mercados consumidores e matérias primas produzidas nas colônias. A China com seu alto contingente populacional representava para os ingleses um importante mercado consumidor. Entretanto, o comércio com os chineses apresentava alguns obstáculos, pois os produtos ingleses (e europeus, de modo geral) não despertavam grande interesse desse público. As mercadorias chinesas como a seda e a porcelana, ao contrário, eram bastante apreciadas pelos ingleses e a importação de produtos de origem chinesa era maior do que a exportação dos produtos britânicos gerando desequilíbrio na balança comercial da Inglaterra.

No entanto, a Inglaterra tinha uma mercadoria que especialmente despertava grande aceitação dos chineses: o ópio. Embora o ópio fosse consumido para fins recreativos e medicinais e já fizesse parte da cultura chinesa, os ingleses forneciam um ópio de melhor qualidade, produzido na Índia, uma das principais colônias da Inglaterra. A partir da aceitação desse produto e, considerando o potente mercado consumidor desse país populoso, a Inglaterra não mediu esforços para comercializar seu produto e aumentar sua receita.

Em 1729 o comércio de ópio com os europeus foi proibido pela primeira vez pelo imperador chinês Yun-Cheng. Sessenta e quatro anos mais tarde, além do comércio foi proibido o cultivo da dormideira no território chinês. Essas proibições tiveram como resultado o aumento do contrabando europeu. Em

outras palavras, a proibição fez com que governos europeus traficassem a substância que passou a ser produzida e comercializada em quantidades cada vez maiores.

Como consequência, o modo como os chineses consumiam o ópio mudou significativamente: parte da população respondeu ao frenesi da Inglaterra em vender seu produto – de modo ilegal – consumindo-o de maneira igualmente sem limites.

Passetti (1991) acredita que o tráfico de ópio deveu-se também a objetivos políticos e defende que “O colonialismo parece ter sido a política mais eficaz na introdução de drogas” (p.25). Contudo, aqui cabe explicar que estamos falando de uma introdução diferente: embora as drogas façam parte da história da humanidade, ela ganha um estatuto diferente na ascensão capitalista enquanto uma valiosa mercadoria com fins econômicos e políticos. Assim, a substância é introduzida de uma outra forma e isso produz um efeito diferente, já que a droga assume a roupagem de uma substância definida acima de tudo pelo seu potencial de gerar dependência, portanto, de ser uma substância nociva, perigosa, que deve ser combatida.

A entrada do Ópio na China pelos escalões burocráticos, alastrando-se daí para a sociedade, foi a forma encontrada pelos ingleses para desacreditar o poder estabelecido não apenas da dinastia Manchu, mas também do mandarinato e do exército, criando-se, assim, condições favoráveis à eclosão de movimentos populares (p. 26).

Os chineses até tentaram colocar um limite em relação ao contrabando de drogas, mas “o controle proposto era inviável, pois a economia capitalista em expansão romperia quaisquer limites postos ao mercado” (Passetti, 1991, p.27).

É interessante perceber que o ópio era proibido na Inglaterra, porém, produzido e comercializado em suas colônias. Além disso, era contrabandeado para a China, num movimento de recusa aos limites colocados por esse país à abertura ao capitalismo.

À medida que o tráfico de ópio prosperava, a miséria também aumentava, desencadeando o processo de recrutamento da força de trabalho chinesa, sob forma

escravagista, para uso em Cuba, Peru e Austrália, pois a exportação de chá diminuía consideravelmente e a produção artesanal começava a dar sinais de crise. Os ingleses queriam a abertura de um maior número de portos, exigindo negociar diretamente com o governo de Pequim [...] (PASSETTI, 1991, p. 31)

Lin Tse Hse, imperador chinês, acreditava que o problema do elevado número de opiômanos era de origem econômica, porém, utilizava-se de argumentos morais ¹⁵e políticos num apelo por colocar limites ao ímpeto da Inglaterra em vender sua mercadoria (Passetti, 1991). Entretanto, ele não teve sucesso na sua tentativa de convencimento e, conforme o imperador aumentou a repressão ao tráfico de ópio, a Inglaterra declarou guerra e sustentou sua decisão sob o argumento de que a proibição era um atentado à liberdade do comércio.

A primeira Guerra do Ópio ocorreu em 1839 quando o governo chinês destruiu um carregamento de ópio do contrabando inglês. A guerra estendeu-se até 1842 e a Inglaterra saiu vitoriosa. O resultado foi o Tratado de Nanquim que obrigou a China a ceder o território de Hong Kong, abrir cinco portos ao livre comércio e, de modo geral, trouxe favorecimentos aos negócios com ingleses. Além disso, o país teve que pagar indenização de guerra.

Quatorze anos mais tarde, em 1856, eclodiu a Segunda Guerra do Ópio em razão dos chineses revistarem um navio britânico, um fato que foi considerado um ultraje ao acordo estabelecido. Essa guerra durou até 1860 e contou com o apoio da França gerando ainda mais benefícios às nações europeias: dez portos chineses foram obrigatoriamente abertos ao comércio internacional, os estrangeiros ganharam maior liberdade para transitar e comercializar no território chinês, os missionários cristãos receberam aval para atuar no país e novamente a China foi obrigada a pagar indenizações de guerra.

As duas guerras, portanto, propiciaram às nações europeias, sobretudo à Inglaterra, a almejada ampliação do mercado consumidor chinês a partir da obrigatoriedade da abertura dos portos para a comercialização estrangeira.

¹⁵ Passeti (1991) conclui isso a partir de uma carta de Lin Tse -hsu para a rainha da Inglaterra em 1839. Na carta, ele recomenda que a rainha Vitória proíba a produção de ópio em suas colônias como único modo de garantir a erradicação do uso. Refere-se ao ópio como “veneno mortal” produzido por “pessoas diabólicas” e conta que está reprimindo o uso de ópio por sua população com penas aos comerciantes e usuários de ópio.

Paulatinamente as medidas protecionistas do país foram cedendo aos interesses da ascensão capitalista, imperialista e neocolonista dos países europeus.

É importante destacar que após a Segunda Guerra do Ópio houve uma guinada quando a imperatriz Tseu-hi legalizou a importação e o consumo de ópio. Tempos depois o seu sucessor legalizou também a retomada do cultivo de dormideira no território. O resultado disso foi que:

Em 1890, o país produz já 85% da sua procura interna e, ameaça poder abastecer toda a Ásia dentro de poucos anos. Curiosamente, só então o Parlamento inglês declara que o tráfico do ópio em grande escala “é uma empresa moralmente injustificável” (ESCOHOTADO, 2004,p. 81).

Fica claro, portanto, que é devido a perda de mercado – e não por motivos morais, como tentaram justificar – que a Inglaterra reprova o que fazia até então. Vê-se que o discurso moral aparece no âmbito político escamoteando os reais interesses políticos e econômicos.

Escotado (2004) conta que o Relatório Royal Commission on Opium, realizado por médicos ingleses de 1884 até 1896, concluiu que na Índia o consumo de ópio era muito maior do que na China, porém, o tipo de consumo não se caracterizava como um problema de saúde e de segurança pública. O relatório estimava que na Índia 5% da população fazia consumo de ópio com regularidade enquanto na China eram aproximadamente 0,5% da população. Entretanto, o consumo na China era feito de modo intenso – e compulsivo – causando grande alarde a respeito dos malefícios do ópio como substância passível de causar dependência.

Essas diferenças no consumo e no contexto do uso de drogas mostram que o contexto pode se sobrepôr às propriedades da substância e aos seus riscos de gerar dependência, pois havia um número maior de consumidores na Índia, porém era na China que a concentração de dependentes de ópio era maior.

A Guerra do Ópio foi um momento histórico que explicita a ascensão capitalista afinada aos interesses relacionados à lucrativa comercialização de drogas. Para o capitalismo em expansão, as preocupações com a regulamentação do consumo não eram vantajosas, ao contrário, o consumo

exacerbado e compulsivo ia de encontro aos interesses de um mercado igualmente sem limites. Dentro dessa perspectiva, é possível pensar que o aparecimento do fenômeno da chamada “toxicomania” na China enquanto um problema de saúde pública, diz mais respeito à produção em larga escala e a incitação ao consumo que obedecem a interesses econômicos e políticos do que ao potencial de causar dependência da substância.

A partir dessa mudança no modo de consumir a droga, pois é a partir desse momento que o ópio se transformou num problema de saúde pública no país; é possível pensar que a “toxicomania” nesse contexto surge entrelaçada ao discurso capitalista em que não basta que o mercado seja sem limites, é preciso que o consumidor também responda dessa forma. Nesse sentido, os “opiômanos” chineses representavam consumidores ideais para os objetivos econômicos dos ingleses.

Para explanarmos sobre a relação entre a denominada toxicomania e o discurso capitalista, relação que se estabelece a partir do século XIX, antes faz-se necessário introduzir a teoria dos discursos de Jacques Lacan. Feito isso, retomaremos a relação entre a dita “toxicomania” e o discurso capitalista no item 1.3.

1.2 Teoria dos discursos de Jacques Lacan

Primeiramente nos deteremos a explicar sucintamente a teoria dos discursos para depois adentrarmos no Discurso do Capitalista e suas particularidades. Assim teremos preparado terreno suficiente para finalmente articularmos no item 1.3 *Uso de drogas, o discurso capitalista e a justiça*.

No seminário *O avesso da psicanálise* (1969-70/1992), Lacan explicita e formaliza a teoria dos discursos com a qual já estava às voltas desde o seminário anterior. A partir do texto *Análise Terminável e Interminável* (1937/1976) em que Freud discorreu sobre as três práticas impossíveis que consistem em governar, educar, psicanalisar; Lacan fez uma contribuição e extraiu dessas três profissões que sugerem uma limitação, um impossível, três discursos: Discurso do Mestre, Discurso Universitário e Discurso do Analista. Somado a esses, Lacan também acrescentou uma quarta prática impossível, o fazer desejar, correspondente ao

Discurso da Histórica. Adiante, Lacan também apresentou um discurso a partir de uma mutação do Discurso do Mestre como um dos principais responsáveis pelo mal-estar na contemporaneidade: o Discurso do Capitalista.

Os discursos são aparelhos de linguagem e também de gozo, pois todos comportam e ordenam uma captação de gozo e uma reiteração da perda de gozo proveniente da repetição: o objeto a . Os discursos demonstram que a estrutura se sobrepõe ao conteúdo, ou seja, ela prevalece em relação ao sentido que comporta o conteúdo. Por essa razão, Lacan (1968-69/2008) afirma que “a essência da teoria psicanalítica é um discurso sem fala” (p.14).

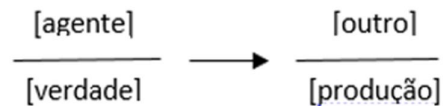
Do mesmo modo que Marx extraiu e nomeou a mais-valia a partir do que já estava inscrito na realidade, assim Lacan o fez com os discursos. Ele diz que o discurso “está desde já inscrito naquilo que funciona como realidade [...] não apenas está inscrito, como faz parte de seus pilares” (LACAN, 1969-70/1992,p.13)

Os discursos operam a partir de um “sistema quadrípode¹⁶” com os elementos S1, S2, \$, a , que representam respectivamente: o significante mestre em sua função de comando de gozo; o saber como meio de gozo proveniente da repetição do S1; o *sujeito* do inconsciente; e o mais-de-gozar cuja característica é a de um gozo que, paradoxalmente, ao mesmo tempo que excede, apresenta uma limite proveniente da repetição. O mais-de-gozar representa um resto impossível de enquadramento e de simbolização que diz respeito à pulsão a qual renunciamos no processo civilizatório, origem de mal-estar.

O discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, na medida em que o processo civilizatório, para permitir o estabelecimento das relações entre as pessoas, implica a renúncia da tendência pulsional em tratar o outro como um objeto a ser consumido: sexual e fatalmente. Pois a inclinação do homem é ser o lobo de outro homem, ou seja, abusar dele sexualmente, explorá-lo, tortura-lo, mata-lo, saciando no outro sua pulsão de morte erotizada. A civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Todo laço social é portanto um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo (QUINET, 2006, p. 17).

¹⁶ Sistema quadrípode e aparelho de quatro patas são expressões utilizadas por Lacan para se referir à estrutura dos discursos.

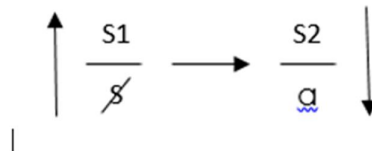
Em cada discurso, esses elementos (S1, S2, \$, a) girarão em torno de quatro posições fixas que demarcam na estrutura o lugar de *agente*, de *outro*, de *verdade* e de *produção*. Dito de outro modo, os elementos trocam de lugar a partir do movimento circular de um quarto de giro e será a rotação desses elementos nessas posições fixas (*agente*, *outro*, *verdade* e *produção*) que permitirá as mudanças discursivas. Sendo assim, é importante que as características de cada elemento sejam lidas considerando o lugar ocupado no matema.



A partir da breve exposição dessa estrutura de “quatro patas”, podemos adentrar nos quatro discursos.

Em linhas gerais, o Discurso do Mestre foi formalizado por Lacan a partir da dialética hegeliana do senhor e do escravo presente na obra *Fenomenologia do Espírito*. O discurso do mestre corresponde ao impossível de governar no qual temos o significante-mestre que representa a lei, dirigindo-se a um outro que, no caso, corresponde ao escravo, o dominado. O escravo, por sua vez, deverá produzir os meios de gozo para o senhor que governa.

Discurso do Mestre



Nesse discurso, o que não está aparente é que essa relação se sustenta numa espécie de co-dependência em que não é somente o escravo na posição de dominado que apresenta uma dependência em relação ao senhor, mas o próprio senhor depende do escravo à medida que é o escravo quem detém o

saber-fazer referente aos meios de produção de seu gozo. Sendo assim, o que está encoberto nesse discurso é que quem o sustenta é o escravo com o seu saber-fazer, portanto, o mestre é castrado. Todo discurso comporta seu impossível, o real não se domina por completo, a dominação de tudo e de todos fracassa e essa é a dimensão impossível desse discurso. O saber-fazer do escravo permanece inacessível ao mestre e é justamente esse saber inconsciente do escravo que sustenta esse discurso. Lacan disse que nesse discurso não há interesse por parte do mestre em se apropriar do saber-fazer do escravo, pois não há motivos que o provoquem, já que o escravo produz de antemão os meios de gozo para o senhor.

Contudo, Lacan defende que a filosofia a partir da modernidade – mais especificamente a partir de Descartes que inaugurou na ciência um outro tipo de sujeito –, interessou-se pelo saber do escravo, o que levou a indagar o que poderia, afinal, mover o mestre em direção ao saber. E ele nos responde: o que conduz ao desejo de saber é o Discurso da Histérica.

O Discurso da Histérica é o discurso que causa o desejo de saber do mestre. Lacan formaliza esse discurso tendo em vista a descoberta freudiana a partir da análise das histéricas cujos sintomas obrigavam os médicos da época a construírem um saber diante do enigma que as pacientes apresentavam em seus corpos e comportamentos. A criação da psicanálise está intrinsecamente relacionada à escuta das histéricas. Foi a partir dos sintomas não explicados por causalidades orgânicas que Freud ficou instigado a decifrá-los. Ao dirigir-se ao mestre com o seu sintoma, a histérica produz um abalo no saber prévio do mestre e o constrange a produzir um saber sobre o sintoma dela. À sua maneira de ler o caso *Dora*, de Freud, Lacan concluiu que a histérica não quer o gozo do Outro, ela quer o saber como meio de gozo para que assim ele sirva à verdade que comporta a sua dimensão de impotência. O impossível desse discurso tem a ver com a “ impossibilidade de que o sujeito possa abordar o significante do gozo que é o falo, a causa do desejo ficando alojada no lugar da verdade que o saber, que a histérica faz produzir pelo outro, é incapaz de satisfazer” (BOUSSEYROUX, 2012, p.106).

Discurso da Histérica



Lacan apontou outra característica importante desse discurso que vale a pena ser mencionada; ele mantém aberta a pergunta sobre a relação sexual e como isso se sustenta. Ademais, Lacan comenta que esse discurso, não raras vezes, pode operar até mesmo na entrada em análise. A histerização do discurso pode levar o sujeito a desejar saber sobre o seu sintoma: “essa é a lei, é a regra do jogo” (LACAN, 1969-70/1992, p.34).

É de um quarto de giro do discurso da histórica que chegamos no Discurso do Analista, o avesso do Discurso do Mestre. Segundo Lacan, “o discurso que digo analítico é o laço social determinado pela prática de uma análise” (LACAN, 1973/2003, p.517). O analista representado pelo a , o mais- de-gozar, opera como agente desse discurso no lugar de efeito de rechaço, de resto do discurso, de rebotalho. Essa condição permite que o *sujeito* o tome como um objeto causa do desejo. No Discurso do Analista ele dirige-se ao outro como *sujeito*, é o único que faz isso e dessa relação é que se produz a *transferência*.

Discurso do Analista

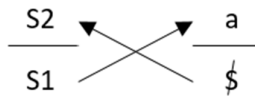


Esse discurso mobiliza a produção de um significante da diferença radical do *sujeito* e se sustenta por um saber no lugar da verdade, um saber como enigma. Outra particularidade desse discurso é que pelo fato de o a estar na posição de agente, isso permite o surgimento de um outro estilo de significante-mestre que, diferentemente dos outros discursos, não precisa ser encarnado por alguém. Esse discurso permite ao *sujeito* produzir o significante de sua própria diferença. É “o dispositivo pelo qual o real toca no real” (LACAN, 1973/2003, p. 542), sem a pretensão de dominá-lo, respeitando a sua dimensão de impossível e de enigma.

Outro discurso formalizado por Lacan é o Discurso da Universidade, uma mutação do discurso do Mestre. Lacan o constrói num contexto político de reforma educacional na França. A universidade passa a operar cada vez mais numa lógica burocrática pautada num conhecimento científico amparado em títulos e especialidades que parecem “tudo-saber” e produzir um conhecimento fechado e absoluto sobre seu objeto, um saber fabricado nos moldes de produção.

No Discurso da Universidade, o saber (S2) está no lugar de agente do discurso e, desse lugar de comando, dirige-se ao outro como objeto (a), contudo, isso produz um *sujeito* (\$) em sua divisão e seu sintoma. No entanto, o saber pretensamente universal e neutro dessa estrutura discursiva esconde que há um enviezamento desse saber à medida que há autores (S1) o construindo, eles substituem o antigo escravo no Discurso do Mestre, portanto, há autores detendo esse saber que agora passa a ser do Mestre.

Discurso Universitário



Em suas aulas, Lacan é provocativo ao dizer que para fazer as pesquisas é possível dizer o que se quiser desde que reporte a autores com um certo nome. É preciso que o saber produzido esteja articulado a uma “etiqueta” correspondente a determinados autores.

Entretanto, não é apenas a psicanálise que se contrapõe a esse discurso, o próprio inconsciente também apresenta um obstáculo a esse saber fechado.

Com efeito, o saber do psicanalista é segregador enquanto saber no lugar da verdade que a barreira de gozo separa radicalmente do significante mestre, assim como o saber do inconsciente real é segregador enquanto é, como saber real, radicalmente separado do sujeito. Por isso, saber do analista e saber do inconsciente real são antipáticos do discurso do saber que se afirma em seu fechamento, “quando faz tese dessa ficção que

chama um autor, ou da história do pensamento, ou ainda, de alguma coisa que se intitula num progresso”¹⁷ (BOUSSEYROUX, 2012, p.194).

Lacan nos diz que “o significante não é feito para as relações sexuais” (LACAN 1968-1969/2008, p.34), isto é, o projeto de um todo harmonioso, de um círculo fechado, é incompatível com a dupla entrada do significante e do significado. A esse saber totalitário, se contrapõe a psicanálise – mas não só ela.

O saber, então, é posto no centro, na berlinda, pela experiência psicanalítica. Isto, por si só, nos impõe um dever de interrogação que não tem razão alguma para restringir seu campo. Para dizer de uma vez, a ideia de que o saber possa constituir de algum modo, ou em algum momento, mesmo que seja de esperança no futuro, uma totalidade fechada – eis o que não tinha esperado pela psicanálise para parecer duvidoso (p. 31).

Após apresentar de maneira geral os discursos, vale retomar sinteticamente os elementos que ocupam cada uma das posições em cada discurso. Embora as posições sejam fixas, os elementos mudam de posição conforme o discurso e, portanto, devem ser lidos a partir do lugar que ocupam no matema, pois apesar de serem sempre os mesmos quatro elementos (S1, S2, \$, α), eles mudam de função conforme o lugar ocupado.

Assim, o lugar do *agente* representa uma propriedade de comando, de dominação. No Discurso do Mestre temos como agente a lei (S1); no Discurso Universitário, o saber (S2); no Discurso da Histórica, o sintoma (\$); no Discurso do Analista, o objeto (α) enquanto mais-de-gozar.

Já o *outro* do discurso indica a quem se dirige a dominação, no caso do discurso do Mestre o outro é o escravo ou um saber a produzir (S2); no discurso do Universitário, o outro é objetalizado (α); no discurso da Histórica, o outro é o mestre (S1); no discurso do Analista o outro é o *sujeito* (\$).

No que se refere à *produção*, no discurso do Mestre temos objetos produzidos para o gozo do mestre (α); no discurso Universitário a produção é de um sujeito dividido (\$); no discurso da Histórica, é fabricado pelo mestre um

¹⁷ Nesse trecho o autor faz uma citação de Lacan (LACAN, 1969b/1987, p.6) a respeito da oposição entre o discurso do Analista e o Discurso Universitário.

saber (S2); no discurso do Analista há a produção do sintoma analítico (S1) que diz respeito a um significante da pura diferença do *sujeito*.

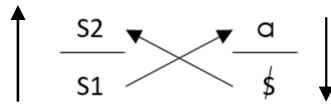
Em relação à *verdade*, Lacan diz que ela é um lugar de passagem em que decanta o saber. É efêmero porque nada é incompatível com a verdade, tudo pode vir a ocupar o seu lugar de maneira provisória e é essa dimensão que assusta, pois “O que há de pavoroso na verdade é o que ela põe em seu lugar” (LACAN, 1969-70/1992, p.198). Lacan nos aconselhou que aquilo que é posto no lugar da verdade não seja feito de modo definitivo, que não se firme “contrato” ou “compromisso” com ela. Ele apresentou um limite em relação à verdade, ou seja, um limite que reside no fato de que a verdade escapa. Eis a sua dimensão de impossibilidade.

Nesse sentido, é importante salientar que ela é caracterizada pela impotência de ser completamente dita. A verdade só pode ser dita pela metade enquanto meio-dizer, ela “levanta vôo no momento mesmo em que vocês não queiram mais capturá-la” (LACAN, 1969-70/1992, p.59). Nesse sentido, nos discursos a verdade fica velada, embora seja ela quem sustenta o discurso. Assim sendo, o discurso deve ser compreendido enquanto um semblante da verdade.

A verdade que fica velada no discurso do Mestre é que quem sustenta o governar é o escravo (\$) – ou, dito de outra maneira, quem sustenta o governo são os governados que cumprem as ordens e as leis; no discurso do Universitário, está escamoteado que há autores (S1) construindo esse saber; no discurso da Histórica, o que está encoberto é que há o mais-de-gozar (a) sustentando o fazer-desejar do mestre; no Discurso do Analista, o que não está aparente é que esse discurso é sustentado por um saber (S2) que leva em conta a castração, um saber que abarca um resto impossível de simbolizar, ou seja, aquilo que a linguagem não dá conta.



Discurso Universitário



Discurso do Analista



Ressaltamos, portanto, que a estrutura dos discursos sempre envolve uma impossibilidade “[...] no interior dessa formalização, [em] algumas regras destinadas a pô-lo à prova, encontramos um elemento de impossibilidade” (LACAN, 1969-70/1992, p. 46); e uma impotência própria à verdade condenada a ser sempre semi-dita “[...] o que é a verdade – é, a saber, a impotência” (LACAN, 1969-70/1992, p.54).

Em resumo, todo discurso possui algo próprio de uma limitação, de um impossível. Todo discurso é um discurso de dominação, mas essa dominação apresenta uma impossibilidade lógica. Na estrutura dos discursos, observamos o impossível sempre no eixo que parte do agente em direção ao outro.

Sendo assim, o discurso do Mestre revela as restrições de governar, não há domínio absoluto, inclusive, não se pode dominar o saber inconsciente; o discurso Universitário mostra que há limitações de um saber sobre o objeto; o discurso da Histórica revela o impossível de dominar completamente o mestre e submetê-lo a construir um saber; no discurso do analista aparece o impossível de curar totalmente o sujeito, livrá-lo de construir novos sintomas.

Os impossíveis demonstram que existe um limite ao simbólico que é de ordem estrutural, ou seja, não se trata de uma condição a ser superada. Algo fica de fora, escapa à simbolização e, ao mesmo tempo, faz parte desses discursos. Vale lembrar a propriedade dos discursos enquanto aparelhos de ordenamento de gozo e enquanto “laço social de poder que restringe um impossível” (BOUSSEYROUX, 2012, p.106).

Já entre a *produção* e a *verdade* de cada discurso, a estrutura demonstra uma impotência: a verdade está inacessível, não se pode chegar até ela. É no movimento de ousar se aproximar da verdade – que se articula com o real, com

um impossível – que se depreende a impotência de a verdade estar destinada a sempre ser dita pela metade (BOUSSEYROUX, 2012).

Entretanto, há um discurso, derivado do discurso do Mestre, bastante polêmico que possui diversas exceções em relação aos quatro discursos expostos, inclusive no que se refere ao impossível e à impotência, próprios à estrutura de cada discurso.

Na Conferência de Milão (1972) Lacan teoriza acerca de um discurso que pode contaminar todos os outros. Trata-se do Discurso do Capitalista que apresenta um conjunto de particularidades que precisam ser examinadas.

Antes, contudo, é importante fazer uma pequena digressão acerca das origens da teorização do objeto α e ressaltar que o “ α ”, enquanto mais-de-gozar, apresenta correspondências com a teoria da mais-valia em Marx. No seminário XVI, *de um outro ao Outro* (1968-69/2008) não são poucas as referências que Lacan faz a Marx demonstrando a influência que as ideias do economista alemão têm em sua construção do campo do gozo na psicanálise.

Lacan explicita a relação feita entre a mais-valia e o objeto α enquanto mais-de gozar: “É de um nível homológico calcado em Marx que partirei para introduzir hoje o lugar em que temos de situar a função essencial do objeto α ” (LACAN, 1968-69/2008, p.16) e, ainda:

O mais-de gozar é uma função da renúncia ao gozo sob o efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto α . Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo da mais-valia (LACAN, 1968-69/2008, p. 19).

Em outras palavras, o mais-de-gozar é um gozo que fica de fora, um gozo perdido que, ao mesmo tempo, impulsiona a recaptura de gozo. É simultaneamente um gozo excessivo e não contabilizável/capturável cujo limite depreende-se de sua própria repetição. A mais valia, por sua vez, provém do trabalho do proletário, porém, de uma parte do valor de uso de seu trabalho que não lhe é paga e, ao mesmo tempo, é justamente a mais-valia que sustenta e impulsiona a lógica da organização do trabalho no capitalismo, assentada no lucro proporcionado pela mais-valia.

Além disso, da mesma forma que um sujeito é efeito do significante, ou seja, sua aparição evanescente se dá entre a articulação de S1 com S2, disso sempre resulta uma perda, o mais-de-gozar (α) tal qual a mais-valia surge do que se perde na articulação entre o valor de troca e o valor de uso de uma mercadoria.

Um sujeito é aquilo que pode ser representado por um significante para outro significante. Não será isso calcado no fato de que, no que Marx decifrou, isto é, na realidade econômica, o sujeito do valor de troca é representado perante o valor de uso? É nessa brecha que se produz e cai a chamada mais-valia. Em nosso nível, só importa essa perda. Já não idêntico a si mesmo, daí por diante, o sujeito não goza mais. Perde-se alguma coisa que se chama o mais-de-gozar. Ele é estritamente correlato à entrada em jogo do que determina, a partir de então, tudo o que acontece com o pensamento (LACAN, 1968-69/2008, p. 21).

Contextualizado isso, podemos afirmar que a organização da sociedade assentada na lógica capitalista é o que faz com que esse discurso seja o laço social dominante na contemporaneidade e o principal responsável pelo mal-estar. Além disso, os imperativos do capital que resultam em consumo podem atravessar os demais discursos.

No Discurso do Capitalista o *sujeito* (\$) está no lugar de agente do discurso na condição de um consumidor que não se relaciona com o outro, mas com gadgets, objetos-mercadorias (α) produzidos pela ciência e tecnologia (S2). Quem comanda esse discurso é o capital (S1) que ocupa o lugar da verdade e, excepcionalmente nesse discurso, a verdade não está inacessível.

Enquanto nos Discursos do Mestre, da Histórica, da Universidade e do Analista, existe a relação com o outro, há uma especificidade no Discurso do Capitalista em que a relação com o outro é mediada pelos objetos. Essa diferença abre um polêmico campo de discussão no campo lacaniano se esse discurso faz ou não faz não laço social. Na presente pesquisa adotamos a posição de que esse discurso produz um laço associativo.

Outra particularidade a ser examinada diz respeito ao fato de que nos demais discursos há uma barreira entre o gozo e a verdade. O gozo possível de cada discurso não corresponde ao gozo almejado, porém, no Discurso do Capitalista não parece haver essa barreira (SOLER, 2011). A promessa

capitalista é de um gozo sem limites que muitas vezes produz o *sujeito* que consome e/ou trabalha de modo compulsivo para consumir. Esse imperativo de gozo que produz um gozo sem limites, insaciável, indica que o Discurso do Capitalista rejeita a castração.

Discurso do Capitalista



Quinet (2006) nos diz que o capitalismo introduz uma nova economia libidinal em que a mais-valia ocupa o lugar da causa do desejo. É um discurso caracterizado por resumir a sociedade a um mercado em que no lugar da (ausência de) lei aparece um imperativo de consumo que produz sujeitos constantemente insatisfeitos, cujo desejo poderá ser confundido – e restringido – ao desejo por consumo. E a falta estrutural que move o sujeito, por vezes, é interpretada como falta-a-ter capital, isto é, a busca fica baseada a ter capital para consumir novos produtos, novas mercadorias.

A sociedade regida pelo discurso capitalista se nutre pela fabricação da falta de gozo, produz sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo. Consumo de gadgets que essa mesma sociedade oferece como objetos do desejo (QUINET, 2006, p.39).

O Discurso do Capitalista produz muitas vezes sujeitos entusiastas e defensores do capitalismo que estão capturados – e motivados – por esse discurso, afinal, “no discurso do capitalista, é o próprio capital que faz esse trabalho de fazer os outros trabalharem, a seu serviço, e isso não pára, tal máquina de gozo” (ALBERTI, 2000).

Desse modo, a figura do patrão foi substituída pelo capital: as pessoas demasiadamente produzem e trabalham não porque há a dominação de um patrão, mas sim a do capital ocupando um lugar de significante-mestre cujo efeito é o imperativo de gozo e de consumo.

A figura do capitalista de hoje tende a desaparecer, e no lugar dominante temos a figura impessoal do capital globalizado. O senhor absoluto moderno, que vem no lugar hegeliano da morte, é o capital, em relação ao qual, vaticina Lacan, somos todos proletários (QUINET, 2006, p.40).

Quinet propõe que o discurso capitalista opera na lógica da segregação apartando os que tem acesso aos objetos-mercadorias e os que não tem.

Autores como Soler (2011) desenvolvem que há a segregação própria a esse discurso no que se refere à exclusão da diferença, ou seja, paradoxalmente existe a recusa de uma segregação necessária:

Todos os discursos, sob suas formas históricas diversas, sempre implicaram uma disparidade dos lugares – não uma paridade, a qual se sonha hoje, mas uma disparidade, mesmo uma discriminação. A discriminação é a repartição das disparidades, a repartição dos lugares prévios (SOLER, 2011, p.65).

Embora na modernidade tenha sido construído um discurso de que todos os homens são iguais – ideia que surge sobretudo após a Revolução Francesa com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade – no Discurso do Capitalista, tal como Marx denunciou, observamos que a relação entre as pessoas passa a ser mediada por objetos-mercadorias e, conforme Quinet (2006) expôs, na sociedade regida pelo Discurso do Capitalista existe uma segregação feita a partir dos que têm e os que não têm acesso ao consumo, portanto, o consumo expressivo delimita privilégios que colocam em xeque o ideal de igualdade.

Não à toa acompanhei em meu trabalho como psicóloga de um programa de Medidas Socioeducativas em meio-aberto (MSE) adolescentes empregados pelo tráfico de drogas que utilizavam o dinheiro recebido consumindo objetos de grife. Era comum ouvir relatos de que “o dinheiro vem fácil e vai fácil” e narrativas de que o dinheiro recebido em um dia ou em uma semana de trabalho – uma quantia muito superior ao salário de toda a família – era gasto em apenas uma noite com o consumo de bebidas, drogas, festas ou outras mercadorias de grifes:

Nike, Oakley, Lacoste, John John, Johnnie Walker, entre outras marcas do capitalismo protagonistas no cenário da ostentação¹⁸.

Podemos exemplificar a partir desse contexto, como os adolescentes estão capturados pelo Discurso do Capitalista. Do lugar de consumidores, buscam incansavelmente esses objetos de grife, esses gadgets (α) que passam a mediar as relações entre eles, definindo um lugar de pertencimento a um grupo. Há uma tentativa de se definir e se fazer representar por pelos gadgets (α) que muitas vezes proporcionam a ilusão de poder, pertencimento e ascensão social.

Contudo, trata-se de um engodo, pois as marcas consumidas nada mais são do que significantes-mestres ditados pelo capital. E apesar das etiquetas em suas vestimentas, os adolescentes – e seus familiares – permanecem num lugar social de segregação em termos de acesso à saúde, educação, cultura e lazer de qualidade. Ademais, estão sempre na iminência de terem seus direitos básicos negados e retirados.

Segundo Pacheco Filho (2015), o Discurso do Capitalista, acelera e intensifica a alienação do sujeito ao Outro. O sujeito no capitalismo rejeita a castração e tem à disposição um leque de mercadorias que podem vir a tamponar seu mal-estar e a driblar as suas impossibilidades. Desse modo, é pouco relevante entender as próprias demandas e a relação com o Outro, bem como explicar o status que uma mercadoria ocupa em sua vida, ou seja, pouco importa questionar a fantasia que sustenta o apreço por determinadas mercadorias. Porém, isso não é sem consequência, pois leva à padronização do “valor-desejo”:

Embora a demanda do sujeito disponha de uma imensa multiplicidade de mercadorias ofertadas às quais essa escolha pode se dirigir, qualquer impressão de singularidade dessa escolha é obrigatoriamente falsa, na medida em que seu desejo e pulsão são capturados nos limites estreitos do consumo de objetos-mercadorias e orientados e regulados a partir do quantum monetário que

¹⁸ Refiro-me à cultura da ostentação que compreende músicas, referências, linguagem e estética atrelada ao consumo de objetos de grife. A ostentação é difundida principalmente através das músicas do estilo funk surgido na baixada santista de São Paulo e de vídeos do mesmo gênero cujos principais representantes são jovens oriundos da periferia.

o mercado articula como valor de troca a cada objeto do mundo: o que produz modos de pensar, agir e sentir homogêneos e massificados (PACHECO FILHO, 2015, pp.34,35).

Na contramão do Discurso do Capitalista temos o Discurso do Analista que faz resistência a esse discurso dominante da modernidade. Enquanto o Discurso do Capitalista opera numa lógica de padronização do desejo insistindo em reduzi-lo ao consumo de objetos-mercadorias previamente determinados pelo capital; o Discurso do Analista sustenta a diferença radical de cada *sujeito* permitindo-o produzir em análise o significante de sua pura diferença, um significante novo que esteja para além dos significantes-mestres próprios de cada discurso.

[...]visto que a tese é que o discurso capitalista torna causa geral o mais-de-gozar, a mais-valia, forma de desejo que anima essa economia, e, em uma psicanálise, damos ao sujeito a pequena singularidade que é a sua, a pequena parte do desejo que não entra no grande circuito do discurso. A ideia de Lacan sobre uma análise terminada é que esta gera um outro desejo. [...] Sustentar um outro desejo é uma forma não de fazer barra – somos todos presos ao discurso capitalista – , mas de subtrair alguma coisa desse discurso (SOLER, 2011,p.66).

No entanto, SOLER (2011) nos alertou que, embora o Discurso do Analista ofereça alguma saída ao Discurso do Capitalista, isso não se confunde a uma revolução patrocinada por psicanalistas, mas apenas possibilita uma subversão que permite a produção de outros tipos de desejos que não os produzidos pelo Discurso do Capitalista.

Constatamos, portanto, que não são poucas as dificuldades de sair desse discurso que, como mostram os vetores, é “um circuito fechado, contínuo, sem ruptura, onde se pode afirmar que o sujeito é comandado pelos produtos” (SOLER, 2011, p.61).

Até mesmo Lacan não pareceu otimista em relação a isso. Ele alertou para o fato de que a saída do discurso do capitalista “não constituirá um progresso, se for apenas para alguns” (1973/2003, p.519).

1.3 Uso de drogas, o discurso capitalista e a justiça

Após apresentarmos modestamente as mudanças ocorridas em relação ao estatuto que as drogas assumiram na sociedade a partir do século XIX e XX e, após introduzirmos a teoria dos discursos, podemos agora assinalar de maneira sucinta as passagens históricas ocorridas entrelaçadas aos discursos, sobretudo ao Discurso do Capitalista e sua relação com a dita toxicomania.

É importante salientar que na modernidade assistimos ao advento do racionalismo e do iluminismo e isso trouxe consequências no modelo político e econômico que até então era ancorado à Igreja e ao Império.

A partir da Revolução Francesa e dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade somados à Revolução Industrial com uma ascensão tecnológica nunca antes experimentada, vemos surgir um outro modelo econômico: o capitalismo.

As transformações decorrentes desse sistema econômico não são poucas: os modos de produção, de empregabilidade e de consumo são substancialmente modificados e, conseqüentemente, impactam o modo de vida:

Tudo é pressa e agitação. A noite é aproveitada para viajar, o dia para os negócios e, até mesmo as viagens de "recreio" colocam em tensão o sistema nervoso. As crises políticas, industriais e financeiras atingem círculos muito mais amplos do que anteriormente. Quase toda a população participa da vida política. Os conflitos religiosos, sociais e políticos, a atividade partidária, a atividade eleitoral e a grande inflação dos sindicalismos inflamam os espíritos, exigindo violentos esforços da mente e roubando tempo à recreação, ao sono e ao lazer. A vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila. Os nervos exaustos buscam refúgio em maiores estímulos e em prazeres intensos, caindo em ainda maior exaustão (FREUD, 1908, p. 45)

O capitalismo inaugura um modo de produção acelerado que visa ampliar o mercado consumidor e, para isso, modifica a divisão do trabalho que passa a ser fragmentada. Além disso, inaugura uma maneira distinta de lidar com produtos e o consumo destes produtos.

Marx (1867/1974) comparou as relações na modernidade com as relações na Idade Média e verificou que havia uma transparência nas relações sociais entre pessoas cujos lugares eram bastante delimitados entre vassalos e suseranos e entre a relação das pessoas com seus trabalhos, pois o modo de

produção era integralmente realizado por uma pessoa ou por sua família/comunidade, de modo que eram conhecidas todas as etapas de produção.

Todavia, isso não ocorre na economia burguesa. Marx explicou que a mudança no modo de produção gera um produto final, uma mercadoria, que embute um certo mistério, um enigma, algo de caráter fantasmagórico no que diz respeito ao seu valor. Já não há a mesma transparência entre a utilidade da mercadoria a partir do momento em que existe um valor de troca.

Quando os produtores relacionam os produtos do seu trabalho a título de valores, não é que eles vejam neles um simples invólucro sob o qual se esconde um trabalho humano idêntico, pelo contrário, ao considerarem iguais na troca os seus diversos produtos, pressupõem com isso que os diferentes trabalhos são iguais. Eles fazem-no sem saber. Portanto, o valor não tem, escrito na frente, o que ele é. Longe disso, ele transforma cada produto do trabalho num hieróglifo [social]. Somente com o tempo o homem procurará decifrar o sentido de hieróglifo, penetrar nos segredos da obra social para a qual contribui, pois a transformação dos objetos úteis em valores é um produto da sociedade, tal como é a linguagem (MARX, 1867/1974)

Algo do trabalho global (conjunto dos trabalhos privados que totalizam o produto final nessa organização de divisão do trabalho) não aparece representado no valor de troca da mercadoria no momento que as mercadorias são trocadas como se fossem iguais. Nesse sentido, o trabalho social fica encoberto, misterioso.

A verdade que Marx encontra a partir desse enigma da mercadoria é a mais-valia. Entre o valor de uso e o valor de troca de uma mercadoria existe a mais-valia, ou seja, uma parte do trabalho social que não é paga aos proletários. Essa parte que não é paga, chamada de mais-valia, é o que garante o lucro e a engrenagem desse sistema. O que está oculto na mercadoria, portanto, é a exploração presente nas relações de trabalho.

Lacan leu Marx. Não apenas fez correlações entre a descoberta da mais-valia feita por Marx, com o mais-de-gozar, inaugural em seu discurso, como também analisou num tom de crítica e de denúncia o Discurso do Capitalista, laço social dominante em nossa sociedade, tal como descrevemos no item 1.1.

Considerando as articulações que podem ocorrer do Discurso Capitalista em relação aos demais laços sociais, é importante verificarmos de que maneira isso pode acontecer no fenômeno dito toxicomaníaco, isto é, tanto no que se refere à própria incidência do uso compulsivo de drogas quanto em relação aos tratamentos para isso que se apresenta como um problema de saúde pública.

Não foram despercebidas por Lacan as transformações pelas quais passou a medicina, sobretudo a partir da emergência do capitalismo, pois ele problematizou a relação dos objetos produzidos pela ciência e o gozo. A respeito disso, Santiago (2001) destaca no ensino lacaniano que a “toxicomania” pode ser analisada como um mais-de-gozar particular que deve ser abordado por uma ética que considera o gozo do corpo em oposição a uma perspectiva policialisca do fenômeno. Ademais, pontua que os efeitos do saber da ciência no mundo, ou seja, o impacto e as consequências desse saber, são desconhecidos pela ciência. Dito de outra maneira, escapa à ciência o que o seu saber pode e visa produzir e, nessa perspectiva, “O recurso do toxicômano às drogas é apenas um efeito, entre muitos, que a ciência produz no mundo” (pp.26,27) e, mais, destaca que a “toxicomania” é um mais-de-gozar particular “correlativo a uma mudança operada pela ciência no real” (p.31).

O exame dos efeitos da ciência faz acentuar-se a reflexão sobre o nexos entre esses objetos e o gozo do corpo. Meu interesse volta-se, sobretudo, para a idéia de que estes só existem para oferecer ao sujeito uma certa satisfação pulsional. Os objetos da ciência existem para que o sujeito possa gozar deles — esse é o efeito real que escapa ao cientista. A ciência não se limita a fabricá-los, mas encontra, também, o meio de ligá-los ao sujeito, o meio de manter o desejo deste último aderido a tais objetos (SANTIAGO, 2001, p.28).

Esses objetos produzidos pela ciência são gadgets (α), objetos tecnológicos facilmente substituíveis e descartáveis que, por essas características, também revelam a propriedade de serem resíduos, objetos rebotalhos da civilização que podem ocupar a função de mais-de-gozar. Essa propriedade de serem efeito de resto do discurso implica numa renúncia de gozo, mas também numa captura de gozo e esse movimento é semelhante a um circuito fechado do qual dificilmente se escapa. A produção de gadgets (α) feita também pela ciência, revela uma curiosa aliança entre ciência e capitalismo.

A ciência não apenas torna possível o acesso ao real, mas também determina-o e transforma-o, povoando-o de certo número de objetos que antes não estavam ali, mas, também, sérios candidatos a se tornarem restos, resíduos, rebotalhos da civilização. Com muita pertinência são chamados de *gadgets*, designando-se, assim, com exatidão, a natureza de dejetos que impregna sua presença no mundo. Esses *gadgets* qualificam todas as espécies de instrumentos que, desde então, fazem parte da existência humana, sendo que o lado fortemente utilitarista desses objetos é o fator que viabiliza o enfoque conceitual da ciência como discurso, portanto, como um dispositivo de saber que produz laço social. O extraordinário dessa elaboração é a maneira como essas fabricações da ciência oferecem ao sujeito os meios de uma recuperação da satisfação pulsional. A característica mais singular dos *gadgets* é que o sujeito se liga a eles, até mesmo agarra-se e fixa-se neles (SANTIAGO, 2001, p. 28).

Com efeito, a relação estabelecida entre o *sujeito* e os *gadgets* (α) demonstra a particularidade do laço social no discurso do capitalista no qual, tal como dissera Marx, há um deslocamento da relação entre as pessoas para uma relação mediada por mercadorias.

O discurso capitalista, efetivamente, não promove o laço social entre os seres humanos: ele propõe ao sujeito a relação com um *gadget*, um objeto de consumo curto e rápido (\$← a). Esse discurso incita um *autismo induzido* e um *empuxo-ao-onanismo*, fazendo a economia do desejo do Outro e estimulando a ilusão de completude não mais com a constituição de um par, mas sim com um parceiro conectável e desconectável ao alcance da mão. Isso pode efetivamente levar a decepção, tristeza, tédio e nostalgia do Um em vão prometido ou a diversos tipos de toxicomania, entre as várias doenças do discurso capitalista (QUINET, 2004, pp. 37,38).

Ainda como exemplo da articulação entre ciência e capitalismo, Ferreira (2016) pesquisou os efeitos do diagnóstico de dependência química realizado por manuais classificatórios de doenças (DMS e CID) e então fez a diferenciação entre a toxicomania (o autor adota esse termo) compreendida enquanto fenômeno por esse referencial, e discutida a partir da clínica psicanalítica. Para isso, o autor analisou as diferenças entre a noção biomédica da chamada dependência química e a clínica psicanalítica. A partir de sua investigação, concluiu que a racionalidade diagnóstica presente em manuais classificatórios

opera numa lógica de “forclusão da singularidade” ao reduzirem ou mesmo privilegiarem uma forma de diagnóstico que conseqüentemente produz intervenções centradas na droga enquanto substância química em detrimento da relação do *sujeito* com a droga, isto é, ao invés de priorizarem o uso feito pelo *sujeito* do objeto droga que diz respeito à sua modalidade de gozo.

[...] o sujeito toxicômano é colocado como sofredor de um transtorno de comportamento associado ao abuso de substâncias psicoativas, com seu avatar descritivo: a alteração neuroquímica do Sistema de Recompensa Cerebral, que “confirmaria” uma base orgânico-cerebral para o desencadeamento dessa entidade nosográfica. Contudo, o que escapa é que essa banalização faz do homem uma máquina neuronal de onde o desejo e o inconsciente estão excluídos (FERREIRA, 2016, p. 175).

Do lugar de psicanalista o autor endereça uma crítica às vertentes da medicina que de algum modo excluem o sujeito e o inconsciente de suas intervenções. Além disso, problematiza e faz objeção à possível aliança entre ciência e capitalismo. Em concordância com os autores que situam a “toxicomania” como um exemplo do funcionamento da lógica capitalista, ele argumenta que:

A droga como produto da ciência é elevada à categoria de mercadoria do discurso capitalista (gadget), e a toxicomania se mostra como uma forma de gozo do sujeito, isto é, é uma nova forma de sintoma - em uma época marcada pela mercadorização dos objetos. O impasse se apresenta diante do objeto droga, na tentativa do sujeito de evitar a castração. Portanto, o efeito de fascinação da droga, é uma forma encontrada pelo dito toxicômano de atenuar o sofrimento decorrente do mal-estar da renúncia ao gozo (FERREIRA, 2016, p. 172).

Felizmente, ressalvamos que o modo de fazer ciência não se restringe ao enlaçamento ao Discurso do Capitalista. Quinet (2006) argumenta que a ciência pode ser mais interessante quando opera a partir do Discurso da Histórica, ou seja, quando interpela o mestre apontando furos em seu saber e instigando-o a construir um saber que explique o seu sintoma enigmático, portanto, causando o desejo de saber.

No entanto, a ciência pode também estruturar-se pelo discurso Universitário quando o saber ocupa um lugar imperativo que objetaliza o outro e faz da produtividade – o que não se confunde com qualidade – seu modus

operandi. A ciência também pode trabalhar numa lógica de validar/sustentar uma forma de dominação e de governo (Discurso do Mestre). Também é possível que caminhe numa via em que impeça o saber total, um saber fechado até mesmo quando esse ideal se anuncia como uma promessa futura, portanto, a ciência pode considerar aquilo que lhe escapa e que jamais estará acessível (Discurso do Analista).

Assim como na ciência, no plano político e econômico a partir da ascensão do capitalismo no século XIX cujas mudanças impactaram profundamente o mundo, vimos que a eleição do ópio como principal mercadoria a ser comercializada com os chineses mudou significativamente a relação deles com a substância. Um uso milenar que até então era parte da cultura local transforma-se num uso compulsivo. O que antes não era considerado um problema, torna-se um grave problema de saúde pública que passa a ser tutelado pelo Estado.

Observamos que é justamente num contexto de intensa incitação ao consumo dessa substância, num momento em que o a substância é transformada numa mercadoria que deve ser amplamente consumida para proporcionar lucro; que assistimos à criação do fenômeno da chamada toxicomania. ¹⁹Dito de outra maneira, o que está sendo proposto a partir de nossa leitura é que houve uma mudança fundamental no modo como os países passaram a se organizar a partir do advento do capitalismo e que isso se deu de maneira concomitante ao isolamento da entidade clínica denominada toxicomania feita pela psiquiatria.

Embora seja sabido que não foi necessário o surgimento do capitalismo para que houvesse pessoas com problemas relacionados ao uso compulsivo de drogas, também é verdade que o consumo problemático elevado à condição de epidemia justificando assim a criação da classificação de toxicomania é um fenômeno recente que, a nosso ver, tem o discurso capitalista e o empuxo-ao-consumo entre as suas causas.

¹⁹ Mesmo em tribos indígenas que fazem um uso ritualístico e contextualizado de substâncias que alteram a consciência e não possuem a priori um modo de organização econômica capitalista, observamos que o fenômeno da dita dependência química é atravessado a partir do capitalismo. O álcool, substância produzida e consumida fora do contexto cultural indígena tornou-se um problema de saúde entre a população indígena de tal maneira que no Estatuto do Índio (Lei 6001/1973) consta que a comercialização de álcool para a população indígena é proibida.

Além do contexto econômico, há fins políticos que se somam a essa incitação ao consumo frenético da droga. É interessante perceber que a droga é produzida e comercializada nas colônias, não na metrópole, como é o caso da Índia com a Inglaterra. No caso da China, que representava uma forte potência e que ao mesmo tempo restringia o seu comércio exterior, a transformação do consumo de ópio num problema de saúde pública viabilizou que o poder desse país fosse enfraquecido e obrigatoriamente tivesse que haver concessões que garantiram maior abertura ao comércio exterior atendendo aos interesses das potências europeias.

Outrossim, com o propósito de combater o uso de drogas, no século XX vimos os Estados Unidos aumentar seu poder de influência – e de controle – em relação a outros países a partir da bandeira da abstinência do uso de drogas. Além disso, após a fracassada política da Lei Seca, verificamos que as drogas consideradas ilícitas no território americano eram utilizadas majoritariamente por populações historicamente segregadas e o combate a essas drogas também proporcionava o combate e o controle desses grupos. Como consequência, temos o encarceramento, a perseguição e as mortes dessa população específica.

No Brasil não foi diferente. Não à toa, a primeira droga tornada declaradamente ilícita, a maconha, era consumida predominantemente pela população escravizada. Segundo o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, o Infopen²⁰, atualmente o Brasil está no ranking do país com a quarta maior população penitenciária do mundo dos quais 27% - que representam a maioria dos presos – cumprem pena relativa ao tráfico de drogas e destes, 67% são negros. Nesse ranking, o Brasil está atrás da Rússia, China e Estados Unidos, porém, enquanto nesses países a taxa de aprisionamento caiu, no Brasil entre 2008 e 2014 ela aumentou 33%. Se considerarmos o aumento da taxa de aprisionamento desde 2000 ela corresponde a um aumento de 119%. Segundo o Infopen (2014), caso o Brasil continue nesse ritmo, é estimado que “em 2075, uma em cada dez pessoas estará em situação de privação de liberdade” (p.16). A situação é ainda mais grave se considerarmos

²⁰ Os dados apresentados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2014 são os dados mais recentes que temos.

que atualmente 41% da população encarcerada aguarda julgamento, ou seja, está presa sem condenação.

Boiteux e Padua (2013) analisam que desde o primeiro Código Penal da República (1890) – esse código previa apenas multa para o que hoje se denomina tráfico de drogas, pois na época a partilha entre substâncias lícitas e ilícitas ainda não estava consolidada – a lei de drogas foi alterada dez vezes e de lá para cá a pena mínima e máxima para o tráfico aumentou 300%. Os autores verificaram que esse aumento expressivo deu-se a partir da Lei de 1976 num contexto mundial de guerra às drogas.

Os autores denunciam uma desproporcionalidade – e irracionalidade – entre os crimes de tráfico quando comparados a outros crimes como estupro, homicídio e corrupção passiva – crimes que não deixam dúvidas sobre o seu potencial de causar danos à sociedade.

Nesse cenário permeado de contradições que estão longe de serem irracionais, analisar o fenômeno do uso de drogas diante desse contexto permite percebermos de que maneira as políticas públicas conduzidas pelos eixos da saúde, da justiça e da moral (sobretudo religiosa) podem estar contaminadas pelo Discurso do Capitalista – mas não só a ele.

A maneira como as políticas públicas sobre drogas estão organizadas e de que maneira se estruturam conforme o discurso ao qual se enlaçam, desenvolveremos no item 2.2 do segundo capítulo sobre Redução de Danos quando discutiremos os obstáculos para o avanço e consolidação da lógica de redução de danos enquanto norteadora dos tratamentos para pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde.

Assim sendo, nosso percurso até o momento objetivou justificar e ilustrar a importância de uma análise crítica sobre a(s) ciência(s) que se propõem a tratar o uso compulsivo de drogas, ou seja, destacar que é imprescindível interrogarmos ao que se reportam os pressupostos, a razão diagnóstica e os modelos de tratamento oferecidos, pois conforme observamos em nossa retrospectiva histórica desse fenômeno, as transformações discursivas sobre as drogas e seus potenciais benéficos/malefícios acompanharam mudanças históricas que revelaram interesses políticos e econômicos que não podem ser subestimados, pois são esses interesses que provocaram a mudança de

perspectiva em relação às drogas para o Discurso do Capitalista. Com efeito, a Guerra do Ópio e a Lei Seca americana ilustram bem esse giro discursivo.

Se uma ciência pode ser construída conforme diferentes estruturas discursivas isso deve ser levado em consideração, já que no caso de uma ciência aliada ao Discurso do Capitalista, ela pode comparecer, inclusive, com um saber cuja autoridade auxilia na repressão ao consumo de determinadas drogas em detrimento de outras e, dessa maneira, pode ajudar a embasar políticas de governo (Discurso do Mestre) que escamoteiam seus reais interesses, tal como aconteceu a partir do século XX, conforme veremos a seguir.

1.4 O proibicionismo e a construção da partilha entre substâncias lícitas e ilícitas

No século XX a medicina ganhou uma notoriedade – e autoridade – como nunca antes, dada a sua possibilidade de prescrever fármacos. A produção e o consumo de medicamentos aumentara significativamente e, com isso, trouxera avanços tais como a confecção de antibióticos e de penicilina. Com o auxílio da química e das novas tecnologias, as drogas que antes eram fabricadas por curandeiros passaram a ser de domínio dos médicos e farmacêuticos que puderam produzir drogas em maior quantidade e qualidade devido aos progressos tecnológicos (VARGAS, 2008).

Contudo, também foi a partir do desenvolvimento de fármacos - com o auxílio da química - que a medicina ganhou um status capaz de diferenciar drogas de fármacos atribuindo a propriedade de veneno às primeiras e de remédio às segundas ²¹e assim ajudou a justificar as políticas repressivas consolidadas no século XX em torno da fabricação, comercialização e consumo de drogas. De modo geral, foram consideradas drogas as substâncias de uso não médico e a partilha entre lícito e ilícito foi estabelecida encobrendo, inclusive, que parte das drogas ilícitas foram criadas em laboratórios a partir de demandas biomédicas (VARGAS, 2008).

²¹ Refiro-me à noção de *phármakon* desenvolvida na Grécia Antiga de que as drogas poderiam ser tanto remédio quanto veneno, a diferenciação seria feita pela dose. Diferentemente dessa concepção, no século XX é consolidada a partilha entre remédio e veneno conforme a substância.

Mas, afinal, como se deu a partilha entre lícito e ilícito? Quais foram os critérios utilizados? Para responder a essas questões, faz-se necessário analisar esse processo.

No final do século XIX e, sobretudo no início do século XX, a morfina, a heroína, os barbitúricos, o LSD, a cocaína, as anfetaminas, entre outras, foram drogas sintéticas mais potentes criadas em laboratórios. Até esse momento da história, nunca houvera tanta produção e incitação ao consumo (por meio da propaganda) de drogas.

Por volta de 1900, todas as drogas conhecidas se encontram disponíveis nas farmácias e drogarias, podendo-se também comprá-las ao fabricante pelo correio. Isso acontece a nível planetário, tanto na América como na Ásia e Europa. A propaganda que acompanha esses produtos é igualmente livre, e tão intensa como a que apoia outros artigos de comércio, para não irmos mais longe (ESCOHOTADO, 2004, p. 91).

No final do século XIX, a morfina, derivada do ópio, era aplicada até mesmo publicamente em salões da elite europeia com seringas de ouro e de platina. Seguiu a criação dessa droga, a heroína, também derivada do ópio e mais potente do que a morfina. O lançamento da heroína no mercado foi acompanhado de intensa publicidade e o produto foi comercializado em farmácias. Foi produção da aspirina e dessa droga tornou a Bayer, inicialmente uma modesta fábrica de corantes, uma empresa multinacional (ESCOHOTADO, 2004).

O ópio, a morfina e a heroína aparecem, portanto, como drogas numa escala de evolução: a morfina substituiu o uso de ópio e a heroína o de morfina. A preferência de uma droga pela outra surge como uma mercadoria nova de tecnologia superior, ocorrem substituições rápidas impulsionadas pelas novas criações da ciência que indicam que a droga nesse contexto assume o papel de um gadget (α) como outro qualquer. A heroína, cujo consumo aparece atualmente como um problema de saúde pública, foi a última dessas drogas a ser proibida e durante um período foi utilizada no tratamento para opiómanos, isto é, houve um momento da história em que, dado o seu potencial terapêutico, essa droga foi utilizada até mesmo com o objetivo de curar os dependentes de

ópio num tratamento executado por missionários cristãos na China. Em outras palavras, a heroína já foi para o ópio o que a metadona representa atualmente para os chamados dependentes de heroína.

Em 1859, contudo, é chegada a vez de uma nova droga roubar a cena igualmente acompanhada de intensa propaganda: a cocaína. A nova droga é recebida com entusiasmo e adquire status semelhante aos dos antidepressivos atuais no que se refere à função de suprimir a tristeza.

Se por um lado o século XX introduziu no mercado novas drogas confeccionadas em laboratórios biomédicos, é também nesse século que um intenso debate sobre a regulamentação da fabricação, comercialização e uso de drogas é realizado no mundo e o contexto em que são realizados esses debates é fortemente influenciado pela pressão americana em proibir o uso de determinadas drogas.

Nos Estados Unidos do começo do século XX, grupos religiosos fazem pressão pela proibição de algumas drogas. Em geral, as drogas vistas como perigosas e avaliadas com a necessidade de serem combatidas estão associadas aos grupos historicamente segregados: o ópio aos chineses, que migraram para a costa oeste americana durante o período da Guerra do Ópio; a cocaína aos negros; a marijuana aos mexicanos e o álcool aos judeus e irlandeses.

Em 1869 surge nos Estados Unidos o Partido Proibicionista (Prohibition Party) e em 1895 a Anti Saloon League. Esses grupos são ligados a algumas associações cristãs e tinham o apoio de grupos latifundiários que compunham o cenário político americano. A princípio, as associações médica e farmacêutica dos EUA não se opuseram aos movimentos proibicionistas porque eles proporcionavam a possibilidade dessas instâncias terem o controle da prescrição das drogas, já que num primeiro momento foi defendido que as drogas deveriam estar sob controle de especialistas (ESCOHOTADO, 2004). Numa leitura psicanalítica, verificamos nessa passagem a formação de uma aliança da ciência ao discurso do mestre, isto é, a ciência embasando as políticas de governo com o seu saber.

O discurso proibicionista avança num contexto contraditório de expressivo consumo legal de drogas – e de estímulo a esse consumo através da propaganda – e de movimentos contrários ao uso de determinadas substâncias.

Enquanto em 1900 é realizada a Conferência Missionária Mundial que propõe o combate ao álcool e outras drogas; em 1905 a venda de ópio e de morfina ocupam o 4º lugar entre os fármacos mais vendidos do país (ESCOHOTADO, 2004).

Em 1914 é proclamada a Lei Harrison, antecessora do que viria a ser a Lei Seca norte-americana. Essa lei monopoliza a produção, oferta e posse de ópio, morfina e cocaína na figura dos médicos e farmacêuticos, isto é, coíbia todo o uso não-médico de opiáceos em seu território. Salientamos que até esse momento, as mencionadas associações médica e farmacêutica não fizeram oposição à nova lei, afinal, nesse momento o saber médico com sua autoridade ajudava a embasar/sustentar as leis, indício de que havia um enlaçamento da ciência ao discurso do Mestre.

Em 1919 é proclamada a Lei Seca, de abrangência federal, que proíbe definitivamente a produção, o transporte e a comercialização (seja importação ou exportação) de álcool e outras drogas em todo o território norte-americano. Temos aqui um ponto alto do projeto puritanista de grupos religiosos americanos defensores da abstinência do uso de drogas (ESCOHOTADO, 2004).

Num crescente movimento proibicionista, o consumo de ópio e morfina são proibidos e os médicos habituados a prescreverem essas substâncias para fins terapêuticos são vigiados e punidos: policiais disfarçados de pacientes adentram os consultórios em busca de prescrição para essas substâncias e os médicos que realizassem a prescrição eram detidos. A partir disso, parte dessas categorias profissionais fazem oposição a essa lei extremada. (ESCOHOTADO, 2004).

Rodrigues (2002) avalia que os Estados Unidos influenciaram outros países a adotarem medidas mais restritivas ao comércio e consumo de drogas na articulação de conferências como uma tática política para auxiliar a implementação de leis mais severas em seu território.

Importante destacar o fato de que ao defender medidas severas de controle no plano internacional, o governo estadunidense não estava defendendo uma internacionalização de sua lei nacional. Pelo contrário, não havia no ordenamento interno norte-americano lei semelhante ao Tratado de Haia; o que de fato ocorreu foi a utilização pelo governo norte-americano de uma tática depois recorrente que consistiu em usar normas

acordadas internacionalmente como instrumento para pressionar reformas legais internas (RODRIGUES, 2002, p.).

Em 1909 houve a Conferência de Xangai em que os Estados Unidos apoiaram a China no que se refere ao combate ao ópio; e em 1911 aconteceu a Conferência de Haia que delimitava o consumo de opiáceos somente autorizado pelos médicos. Tais conferências foram precursoras para que finalmente, a partir do Tratado de Versalhes (1919) fosse consolidado uma diferença significativa no que se refere ao modo como os países ocidentais passaram a entender como um dever do Estado o controle do uso de drogas. É também em 1919 que nos Estados Unidos passa a ser vigente a Lei Seca, mas ao contrário do que se pretendia fazer, a Lei Seca não erradicou o uso de álcool e de outras drogas de seu território (RODRIGUES, 2002).

Em 1932, após doze anos de vigência, o preceito tinha criado meio milhão de novos delinquentes, e corrupção a todos os níveis. Cerca de 34% dos Prohibition agentes têm notas desfavoráveis no seu expediente, 11% são culpados de extorsão, roubo, falsificação de dados, furto, tráfico e perjúrio. Dois ministros – o do Interior e o da Justiça – foram condenados por ligações a gangs e contrabando. Há quase 30 mil pessoas mortas por ingestão de álcool metílico e outros destilados venenosos, e umas 100 mil com lesões permanentes como cegueira ou paralisia (ESCOHOTADO, 2004, p.100)

Apesar da fracassada política proibicionista adotada nos Estados Unidos que gerou produção de álcool de péssima qualidade, aumento do tráfico, da corrupção, dos encarceramentos e das mortes decorrentes de confrontos com a polícia; mesmo após revogada a lei, as convenções internacionais, nas quais os Estados Unidos tinham uma expressiva influência, evoluíram para um discurso cada vez mais repressivo em relação ao consumo de drogas. Nesse sentido, é fortalecido o já existente Comitê Central Permanente, um órgão internacional, que adota uma postura mais combativa em relação à dependência do uso de drogas. Já na Convenção de Genebra de 1936 é acordado o aumento das penas para o tráfico e a posse de drogas ilícitas. (ESCOHOTADO, 2004).

O período da Lei Seca nos Estados Unidos permite analisar que a medida, além de não lograr êxito ao que se pretendia fazer, não representava a realidade do uso de drogas no país. Escotado (2004) conta que em 1895 o Congresso

Americano pediu uma avaliação sobre a questão das drogas a um Comitê que concluiu que havia aproximadamente 0,5% da população que poderia ser considerada numa relação de dependência do uso de drogas. Em 1919 – ano de implementação da Lei Seca – essa avaliação novamente é realizada e a proporção da população considerada dependente mantém-se estável. A grande diferença, portanto, não está num crescente uso de drogas como mostram essas pesquisas; mas na postura dos governos que passam a entender a questão das drogas sob seu encargo.

Longe de serem unívocas, as relações que a maioria das sociedades contemporâneas mantém com as drogas são ambivalentemente marcadas pela repressão e pela incitação ao consumo [...]. De fato, mais do que se apropriar da experiência do consumo de drogas, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas: mais remotamente, com a loucura das especiarias e, mais recentemente, com o duplo processo da invasão farmacêutica e da criminalização das drogas assim tornadas ilícitas (VARGAS, 2008 p.55)

Freud não se eximiu de discutir o assunto e nos deu pistas sobre a discussão psicanalítica desse tema sem defender as medidas proibicionistas como solução para as questões controversas que circulavam a temática das drogas. Em *O futuro de uma ilusão* (1927), Freud comenta a ineficácia da lei seca norte-americana em solucionar os problemas decorrentes de um consumo abusivo. Já em *Mal-estar na civilização* (1929), Freud discorre sobre o uso de drogas como uma das maneiras de lidar com o mal-estar intrínseco ao humano, produto da entrada na cultura que obrigatoriamente requer renúncias pulsionais. É interessante que Freud fala do uso de drogas como uma das possibilidades do humano de criar uma espécie de refúgio do mundo externo, por vezes experienciado como fonte de desprazer, da mesma forma que podem ser utilizados outros recursos com a mesma finalidade. Ao fazer isso, ele não se apressa em colocar o uso de drogas como um problema em si mesmo nem confere uma centralidade à substância e seus efeitos – como muitas abordagens parecem fazer –, mas sim como uma dentre outras possibilidades humanas de lidar com o mal-estar.

Ao pensar o uso de drogas como uma escolha do ser humano que pode ter diversas funções, entramos no campo da autonomia. E a autonomia está

intimamente ligada a uma concepção de individualidade uma vez que tem mais destaque na cultura ocidental pós iluminista. Segundo Carneiro (2008), na Antiguidade havia técnicas como a escrita de diários, meditações e a experiência de estados alterados de consciência a partir do uso de drogas que encorajavam as pessoas a uma espécie de autoconhecimento, embora esse exercício estivesse atravessado por um forte culto aos deuses que por serem considerados os comandantes do destino, limitavam esse autoconhecimento.

O historiador nos conta que com o advento do cristianismo e das religiões monoteístas, houve uma mudança na forma de pensamento no que se refere ao cuidado e gestão de si que passa a ser centralizado pela religião a partir dos líderes religiosos e dos métodos de confissão e penitência coordenados por esses líderes. Sobre o uso de drogas especificamente, passa a haver entraves e restrições para o uso.

No Renascimento, constrói-se a noção de indivíduo e, com isso, um terreno fértil para pensar as questões de autonomia e consciência de si que terá seu ponto alto na Modernidade com as vertentes do Racionalismo e do Iluminismo.

A noção de consciência de si como identidade, que define a constituição de qualquer sujeito, foi decisiva para a teoria social assim como para as ciências humanas em geral. Mas tais conceitos chaves – identidade, sujeito, consciência – não se articulam apenas na esfera da auto-representação racionalmente consciente, conforme o sujeito filosófico da modernidade se postulou. A questão da consciência, individual e social, da identidade e da subjetividade também traz ao debate os aspectos não conscientes ou subconscientes na formação da subjetividade moderna, em particular em seus determinantes morais. Sigmund Freud, médico, criador da psicanálise; Norbert Elias, sociólogo; e Mikhail Bakhtin, filólogo, lingüista e crítico literário, são alguns dos principais historiadores da formação da subjetividade moderna e dos primeiros a alertarem que a individualidade psíquica é sempre um processo social e histórico (VARGAS, 2008, p. 68).

Contudo, é a partir da Modernidade que ocorreu uma guinada e a questão da autonomia no que se refere ao uso de drogas passou a ser regulada a partir das leis e isso se deu com o atravessamento moral (sobretudo religioso, conforme descrito no processo do proibicionismo norte-americano) e médico.

Partindo da leitura psicanalítica, podemos pensar que na Modernidade temos o nascimento do Discurso do Mestre e, nesse sentido, a mudança de perspectiva em relação ao uso de drogas deve considerar esse discurso e também os seus derivados, o Discurso Universitário e o do Capitalista. Assim sendo, podemos ler as leis anti-drogas e o discurso da moral-religiosa defensora da abstinência estruturados pelo Discurso do Mestre, enquanto a Medicina com sua autoridade sustentada num discurso de especialidade pode ser lida como exemplificadora da articulação da saúde com o Discurso Universitário.

Esses discursos, no entanto, comportam em sua estrutura uma impossibilidade, tal como explicamos anteriormente no item 1.2. O governo absoluto (M) é tão impossível quanto o domínio do saber sobre o seu objeto (U), sendo que o *sujeito* do inconsciente escapa e é negligenciado por essas formas discursivas.

Carneiro (2008) ao discorrer sobre a autonomia do uso de drogas em oposição à heteronomia de um uso regulado por médicos, traz à tona a problematização sobre as razões pelas quais o sujeito não pode administrar seu próprio uso e questiona a necessidade de um uso autorizado por especialistas.

É interessante pontuar que, conforme Carneiro destacou, a invenção de psicofármacos coincide com a de outras drogas como o LSD, porém, algumas substâncias foram proibidas em detrimento das substâncias oferecidas pela indústria farmacêutica que se diferenciam não por não serem drogas, pois também são; mas porque possuem um modo de uso diferente (doses regulares com efeito mais discreto no corpo) e contam com a vigilância/autorização desse uso pelas ciências médicas.

Nessa lógica, é pertinente lembrar que geralmente os tratamentos sustentados na abstinência do uso de drogas fazem, paradoxalmente, uso de drogas. Porém, são as drogas da indústria farmacêutica.

A medicalização da tristeza e a construção de uma entidade nosológica – a doença da depressão – inscrevem-se numa vasta empreitada do complexo industrial médico-farmacêutico que hipertrofiou-se no pós-guerra a ponto de torná-lo um dos mais (senão o mais) rentáveis mercados contemporâneos: o das drogas. Nessa empreitada instalou-se uma ordem baseada no monopólio

médico ao direito de uso de drogas em geral e psicoativas em particular. O direito exclusivo de prescrição de medicamentos, inclusive para a alma, é a contrapartida de uma repressão ao uso autônomo, considerado uma prática perigosa devido à falta de competência técnica do consumidor (CARNEIRO, 2008, p. 80).

Nessa perspectiva, apresentamos autores como Vargas (2008), Carneiro (2008), Paseti (1997), Escohotado (2004) que tecem críticas à partilha entre lícito e ilícito e o controle social efetuado pelo Estado a partir dessa divisão. No que diz respeito ao consumo de psicoativos, eles propõem deslocar o controle social efetuado pelo Estado para pensar o controle do uso das substâncias feito pelos próprios usuários. Indicam que a efetividade disso depende de conscientização e da promoção da autonomia.

Resgatar a questão da autonomia parece uma via interessante para abrir caminho ao *sujeito* constantemente negligenciado nesse debate. Nessa direção nos parece haver um alinhamento possível entre a psicanálise e a lógica da redução de danos quando proporciona o debate sobre a autonomia. Na psicanálise a noção de autonomia pode ser discutida a partir da responsabilização do *sujeito* em relação ao seu desejo e gozo. A responsabilização, contudo, está longe de corresponder a uma plena liberdade, já que somos seres de linguagem que obrigatoriamente passamos pela alienação ao desejo do Outro.

Contudo, antes de explorarmos a articulação da Psicanálise com a Redução de Danos, examinaremos no que consiste a estratégia de reduzir danos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2

2. O nascimento da redução de danos

É possível pensar que a Redução de Danos (RD) sempre esteve, de algum modo, atrelada aos princípios da saúde a partir de uma lógica médica. Hipócrates, o pai da medicina, orientava os profissionais que, em primeiro lugar, não causassem danos (ARAÚJO e MOREIRA, 2008 *apud* ABRAMS e LEWIS, 1999).

Outrossim, Escohotado (2004) descreve momentos históricos em que algumas ações também podem ser interpretadas como medidas precursoras do que viria a ser definido como redução de danos. Escohotado nos conta que nos primórdios do proibicionismo norte-americano havia uma “aliança do puritanismo e terapeutismo”, ou seja, havia a tentativa por parte de missionários cristãos de curar dependentes de ópio na Ásia substituindo essa substância por outros psicoativos: “Tanto a morfina como a heroína serão preconizadas por missionários ocidentais para reabilitar opiómanos do Extremo Oriente. Ainda hoje a morfina é conhecida na China por “ópio de Cristo”, devido a esse fato” (p.94). Do mesmo modo, quando o arquipélago filipino passa a pertencer aos Estados Unidos, missionários americanos oferecem a pílula anti-ópio à população local com problemas oriundos da dependência de ópio.

No entanto, o surgimento da Redução de Danos costuma ser remetido ao Comitê Rolleston na Inglaterra. Em 1926 um grupo de médicos prescrevia cocaína e heroína para dependentes de opiáceos na tentativa de promover uma substituição dos opiáceos por estas substâncias consideradas, até então, menos nocivas. A heroína e a cocaína ajudavam a atenuar os efeitos de abstinência dos opiáceos. Tal medida adotada não era oficial, mas posteriormente, em 1990 foi incorporada pelo Departamento de Merseyside na década de 1990 (ALVES, 2009 e ROSA, 2012).

Entretanto, as ações de Redução de Danos ganham maior notoriedade a partir da década de 1980 num contexto de epidemia de HIV e hepatites cuja transmissão ocorria, sobretudo, por práticas sexuais sem uso de preservativos e por contaminação sanguínea. Nesse contexto, usuários de drogas intravenosas (UDI) eram considerados grupos de risco, pois o uso de drogas era uma prática

realizada geralmente com o compartilhamento de seringas, logo, suscetível à contaminação.

Nesse cenário, fez-se necessário pensar em medidas sanitárias alternativas para conter a epidemia de infecção de HIV entre usuários de drogas intravenosas. Porém, essa população, não necessariamente queria ou conseguia interromper o uso de drogas e, por essa razão, profissionais da saúde e usuários de tais substâncias pensaram medidas a serem adotadas que pudessem reduzir os riscos provenientes da prática do uso de drogas injetáveis sem que a abstinência do uso fosse uma pré-condição para o cuidado. Destacou-se nessa conjuntura o protagonismo de usuários de drogas, sobretudo o movimento Junkiebond.

Desse modo, os usuários participaram na construção de ações alternativas ao impositivo abandono do consumo de drogas que, dado o seu caráter intransigente, poderia inviabilizar medidas que pudessem minimizar os riscos aos quais essa população estava exposta em decorrência de suas práticas de uso. Podemos dizer que é nesse sentido que a Redução de Danos é considerada uma prática pragmática desde sua origem: as ações são planejadas conforme a realidade dos usuários. A participação dos usuários de drogas no planejamento de medidas que pudessem reduzir os danos provenientes de suas práticas de uso também revela outro aspecto da Redução de Danos, a saber, a construção de um projeto *com* o usuário, portanto, de baixo para cima. Trata-se de uma diferença importante quando comparada a projetos ancorados unicamente num modelo de abstinência em que o tratamento é ditado por especialistas da saúde com pouca ou nenhuma participação do usuário quando se trata de internações para a desintoxicação.

A iniciativa holandesa mostrou-se eficiente em evitar riscos de contaminações promovendo a troca de seringas efetuada por profissionais da saúde e usuários de drogas intravenosas: os profissionais distribuíam e recolhiam o insumo utilizado para que pudessem descartá-lo de modo mais adequado e seguro. A medida exitosa se estendeu e entre 1986 e 1987 surgiram os primeiros centros de distribuição e de troca de seringas tanto na Holanda como na Inglaterra. (ARAÚJO e MOREIRA, 2008; ROSA 2012; ALVES, 2009).

Se num primeiro momento as ações tiveram preocupações principalmente sanitárias no que se refere a evitar os riscos de transmissão de doenças

infectocontagiosas, os objetivos não pararam por aí. Na Holanda, profissionais de saúde passaram a fazer abordagem e acompanhamento da população nas ruas. Os profissionais, denominados agora como redutores de danos ofereciam informações, ajuda em situações de crise e realizando encaminhamentos para instituições de tratamento quando fosse necessário. Do mesmo modo, para quem quisesse substituir o uso de drogas injetáveis (a heroína era a mais utilizada) a metadona poderia ser fornecida como droga de substituição (ARAÚJO e MOREIRA, 2008).

A prescrição de drogas para dependentes como estratégia de redução de danos pauta-se em algumas premissas. Entende-se que a prescrição reduz os sintomas da abstinência e constitui uma espécie de atrativo ao tratamento oferecido aos usuários de drogas, contribuindo, inclusive, para a adesão a ele. Outra função atribuída a esta estratégia seria o estabelecimento de “metas intermediárias” no processo de mudança no padrão de consumo de drogas, de forma a reduzir gradualmente os danos relacionados. Para aqueles usuários dependentes que não podiam ou não desejavam alcançar a abstinência, a prescrição de drogas teria a função de lhe proporcionar redução de danos e qualidade de vida (ALVES, 2009, p.2313).

A Inglaterra seguiu pelo mesmo caminho de promoção de terapia substitutiva de metadona aos interessados e também fornecia uma dose controlada e de melhor qualidade (substância mais pura) para usuários de heroína. Essa medida reduziu mortes por overdose, contaminações de HIV e hepatites e afastou usuários da criminalidade. (ARAÚJO e MOREIRA, 2008).

A epidemia de AIDS acabou por gerar contribuição muito importante, na medida em que fez com que não se pudesse mais ignorar a população por ela atingida. A contaminação pelo vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis e a propagação entre seus parceiros fez com que se tornasse imperativo parar de falar de grupos de risco e que se passasse a cuidar dos comportamentos de risco ou atitudes de vulnerabilidade, exigindo que ações concretas fossem tomadas. Educadores passaram a trabalhar nas ruas, procurando fazer contato com essa população e estabelecer vínculos de confiança, visando a disseminação de estratégias preventivas e oferecendo acesso a serviços de saúde. Surge então a redução de danos como estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas. Parte-se de uma realidade que se impõe (dependentes são dependentes), sem tentar negá-la ou modificá-la por discursos impositivos, morais ou éticos. Ao

tratar o dependente como um igual, abre-se uma porta e os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar. Trata-se de uma atitude que respeita o indivíduo e oferece meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde (SILVEIRA, 2008, p. 9)

Na década de 1990 foi criada a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA), uma organização não governamental que define a redução de danos como:

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

Essa associação internacional compreende que as medidas de redução de danos se somam a outras ações que objetivam diminuir o consumo de drogas. Nesse sentido, a redução de danos é dirigida às pessoas consideradas dependentes de drogas, mas também às pessoas que não necessitam de tratamento, isto é, pessoas com um padrão de uso menos intenso e habitual também podem se beneficiar de medidas que minimizem os riscos aos quais estão expostas devido ao consumo das mais variadas substâncias, inclusive as lícitas e controladas (drogas produzidas pela indústria farmacêutica).

A redução de danos, segundo a IHRA está intimamente relacionada à saúde pública e aos direitos humanos e, num alinhamento a esses eixos, apresenta a perspectiva de que a atuação pautada na redução de danos não se limita a pessoas que usam drogas, pois o contexto político e social são igualmente importantes: “é essencial questionar e lutar pela mudança de tratados, políticas e leis, nacionais e internacionais, que amplificam os riscos e problemas do ambiente e portanto aumentam os riscos e problemas relacionados ao consumo de drogas”.

Até o momento a IHRA organizou 24 Conferências Internacionais de Redução de Danos sendo que uma delas foi realizada no Brasil. Os países que sediaram essas conferências foram Inglaterra (1990), Espanha (1991), Austrália (1992), Holanda (1993), Canadá (1994), Itália (1995), Austrália (1996), França (1997), Brasil (1998), Suíça (1999), Jersey (2000), Índia (2001), Eslovênia (2002), Tailândia (2003), Austrália (2004), Irlanda do Norte (2005), Canadá (2006), Polônia (2007), Espanha (2008), Tailândia (2009), Inglaterra (2010), Líbano (2011), Malásia (2015) e Canadá (2017).

As Conferências Internacionais de Redução de Danos realizadas, em sua maioria, anualmente e em diversos países de vários continentes demonstram o crescimento dessa estratégia de intervenção junto a pessoas que fazem uso de drogas.

A partir disso, é possível concluir que, apesar da conjuntura política hegemônica estar orientada pelo viés proibicionista, muitos países estão revendo as suas políticas públicas de drogas e permitindo ações de redução de danos.

Dito de outro modo, embora as políticas proibicionistas continuem sendo protagonistas no cenário mundial, elas não são absolutas. Há diversas iniciativas em outros países em relação à regulamentação do uso de drogas que caminham em direção a uma alternativa substitutiva ao modelo proibicionista. Uruguai, Holanda, Portugal, 25 estados dos Estados Unidos, Alemanha, entre outros, reavaliaram suas leis e políticas sobre drogas e regulamentaram o uso de maconha e de outras drogas. Na Argentina, no Chile, na Colômbia, no Equador, no Peru, entre outros, o porte de drogas para consumo próprio já não é considerado crime.

No Brasil ocorre anualmente a Marcha da Maconha que é autorizada pelo Supremo Tribunal Federal desde 2011. Oficialmente, portanto, desde 2012 a Marcha acontece oficialmente. Antes disso, ocorreram marchas similares pelo país desde 2002 e a maioria dos atos foram violentamente reprimidos pela polícia e seus organizadores presos. De modo geral, em todo o Brasil verificamos um crescimento dos movimentos sociais que pautam a regulamentação das drogas, sobretudo a maconha, e um aumento da participação da população nas manifestações sobre o tema.

Essas mudanças permitem a reflexão de que a política proibicionista tem sofrido transformações ao longo do tempo e que medidas alternativas à proibição das drogas bem como o tratamento pela via única da abstinência fazem parte da agenda política de diversos países abrindo espaço para pensar em outras formas de lidar com a íntima relação da humanidade com as drogas.

Entretanto, num cenário proibicionista mundial, cabe questionar o alcance de políticas públicas alternativas a guerra às drogas, já que, conforme discutimos em outros momentos dessa pesquisa, existem interesses econômicos, políticos e sociais que sustentam essa política de tolerância zero.

2.1 A história da redução de danos no Brasil

Até a década de 1920 não havia no Brasil nenhuma regulamentação específica para tratar assuntos sobre drogas. Não existia, inclusive, nenhuma substância psicoativa considerada ilícita até então.

A primeira lei de drogas brasileira data de 1938 quando foi publicado o Decreto-lei de 891 – posteriormente incorporado ao Código Penal em 1941 – que proibia a produção, o comércio e o consumo – salvo sob prescrição médica – de maconha, heroína, cocaína, ópio e seus derivados. Na época havia dois destinos possíveis para a pessoa que usasse drogas: internação psiquiátrica ou penalização com detenção e multa, já que o consumo sem autorização médica era considerado crime.

Para as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, a lei previa que a dita “toxicomania” era uma doença de notificação compulsória e que o tratamento não poderia ser em domicílio. O destino de quem fosse considerado toxicômano, portanto, era a internação obrigatória ou facultativa em hospital psiquiátrico. A duração da internação poderia ou não ter tempo determinado e cabia apenas ao médico decidir ou não pela alta. A questão das drogas como assunto de segurança pública imbricava na saúde de tal maneira que essa lei determinava que as autoridades sanitárias deveriam comunicar a internação para a autoridade policial e ao representante do Ministério Público. Ademais, caso a pessoa recebesse alta, a autoridade sanitária deveria igualmente comunicar a autoridade policial competente para “efeito de vigilância”.

Em 1976 é promulgada uma nova lei anti-drogas, trata-se da lei 6.368/1976 que previa que os considerados dependentes de drogas fossem tratados em locais específicos, porém, na ausência de locais dessa natureza, poderiam receber tratamento adaptado na rede já existente. A internação enquanto tratamento continuava sendo obrigatória quando a pessoa fosse diagnosticada como dependente de drogas. Adquirir e portar drogas ilícitas para consumo próprio continuava sendo crime cuja pena era detenção e multa.

No que se refere ao tratamento para a chamada “toxicomania”, além dos hospitais psiquiátricos, a partir da década de 1970 são criadas no Brasil as Comunidades Terapêuticas. A partir da década de 1990 há uma expansão desse modelo de tratamento que cresce à medida que o poder público não deixa muito esclarecido a questão do uso de drogas como uma questão prioritária da saúde pública (ARAÚJO e MOREIRA, 2013).

Dito de outra maneira, as Comunidades Terapêuticas, portanto, assim como grupos de mútua ajuda como são os Alcoólatras Anônimos e os Narcóticos Anônimos (AA/NA) surgiram e se expandiram no Brasil no hiato deixado pelos governantes quando não assumiram a prioridade da saúde ao invés da segurança pública nos assuntos referentes ao consumo de drogas. Além disso, podemos citar a falta de atendimento especializado para essa população como um fator impulsionador de proliferação de CT.

Numa interpretação otimista, é possível observar na Constituição Federal brasileira de 1988 algumas considerações que podem ser resgatadas como uma brecha para pensar – e justificar – o que viriam a ser as estratégias de redução de danos na saúde brasileira. Trata-se do artigo 196 que prevê a garantia de políticas sociais e econômicas “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em setembro de 1990 é sancionada a lei 8.080/1990 que regulamenta no Brasil as ações e serviços de saúde público e privados. Trata-se da lei que funda

o Sistema Único de Saúde, um modelo de saúde que garante o acesso universal público e gratuito de maneira integral e que traz uma concepção de saúde bastante abrangente por considerar diversos fatores como condicionantes e determinantes de saúde. Além disso, tal como o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, também traz a concepção de que é dever do Estado a redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde, o que pode ser considerado uma concepção embrionária do que viria a ser consolidado como redução de danos. Vejamos suas disposições gerais:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Contudo, é considerado como o marco inicial da estratégia de redução de danos no Brasil uma ação ocorrida em 1989 na cidade de Santos – São Paulo. Profissionais ligados à Secretaria Municipal de Saúde utilizaram uma estratégia de intervenção junto a usuários de drogas intravenosas (UDI) até então inédita no Brasil. Frente à epidemia de HIV que rapidamente se disseminava por essa população dado a prática de compartilhamento de seringas, os profissionais passaram a distribuir e ensinar os usuários a descontaminarem suas seringas com hipoclorito de sódio. A ação tinha o objetivo de diminuir os riscos de transmissão do HIV aos quais esses usuários estavam expostos. Nesse sentido,

a estratégia tinha objetivo similar às ações de redução de danos na Europa, embora fosse um pouco mais tímida do que a troca de seringas propriamente dita. Na época essa estratégia enfrentou resistências, inclusive no âmbito jurídico, pois o Ministério Público interrompeu a intervenção alegando que a estratégia era um incentivo ao uso de drogas.

Em 1991 o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP empregou a mesma medida de redução de danos junto a usuários de drogas intravenosas. O PROAD também treinou os usuários para disseminarem a prática de desinfetar seringas junto a outros usuários (ROSA, 2012).

Em 1994 o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) posicionou-se de modo favorável às intervenções de redução de danos junto a usuários de drogas intravenosas e o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos oficialmente como estratégia de saúde pública (ARAÚJO e MOREIRA, 2013).

Finalmente em 1995 foi criado o primeiro programa de trocas de seringa no país, organizado pela Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA).

A Redução de Danos continuou avançando e o ano de 1998 foi de especial relevância em termos de propagação da estratégia de redução de danos na saúde. Nesse ano a IX Conferência Internacional de Redução de Danos ocorreu no Brasil, na cidade de São Paulo. Foi fundada a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e a Rede Latinoamericana de Redução de Danos (RELARD). O primeiro centro de convivência para usuários de drogas foi fundado em São Paulo: Centro de Convivência É de lei (ARAÚJO E MOREIRA, 2013).

É interessante perceber que no mesmo ano a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma sessão especial da Assembléia Geral (UNGASS) que estabeleceu como meta a erradicação da produção de drogas ilícitas no mundo em 10 anos (ARAÚJO e MOREIRA, 2013). O contexto e o discurso político mundial, portanto, continuava preponderantemente proibicionista, porém, ainda assim, a redução de danos ganhava espaço em meio a esse contexto. Evidentemente a meta alçada pela ONU não foi atingida e em 2003 ela reafirmou a sua aposta e propôs a mesma meta e prazo para a erradicação das drogas.

A década de 2000 pode ser considerada de suma importância para a validação da estratégia de Redução de Danos no âmbito da saúde pública brasileira e também para o fortalecimento de políticas de saúde mental.

Destaca-se nessa década a lei 10.216/2001 que é considerada basilar para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira por tratar dos direitos e da proteção de pessoas com transtorno mental, além de trazer mudanças em relação ao modelo assistencial em saúde. Dentre os principais acréscimos dessa lei, podemos mencionar que confere o cuidado de pessoas com transtorno mental no território e de especificar que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (artigo 4º da lei 10.216/2001), portanto, devem ser o último recurso a ser utilizado. Além disso, quando a internação se fizer necessária não poderá ocorrer em instituição com características asilares, isto é, o tratamento deverá ser feito por equipe multidisciplinar cujo objetivo será a reinserção social. Até mesmo para os pacientes com longo histórico de internação essa deverá ser uma meta traçada com políticas específicas direcionadas a pessoas nessas condições.

Em 2002 foi realizada a I Conferência Internacional de Redução de Danos relacionada ao álcool. Uma lei do mesmo ano, lei 10.409/2002 explicita que o tratamento para usuários de drogas deve ser feito de modo multidisciplinar e faz referência à Redução de Danos. Também houve a publicação da portaria 336 GM/2002 que definiu as diretrizes para o funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que passaram a ser categorizados conforme clientela e abrangência populacional de sua localização. Com isso surgiram CAPS específicos para a população infanto-juvenil (CAPSi) e para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad).

No mesmo período, o Ministério da Saúde publicou a portarias 1.028 GM que regulamenta as ações de redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas e propõe que as ações de redução de danos sejam “informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde; disponibilização de insumos de proteção à saúde e prevenção ao HIV/Aids e Hepatites”. Já a portaria 1.059 GM/2002 do mesmo período, passou a regimentar as ações e os incentivos financeiros destinados à estratégia de RD em CAPS ad.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral a usuários de drogas na qual defende a redução de danos como direção do tratamento. Nesse documento, delimita como parte dos objetivos de um CAPS ad “prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos” (p.42). Além disso, explicita que o trabalho na perspectiva de redução de danos:

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

Ainda em 2003, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) realizou o I Seminário Nacional sobre Direitos dos Usuários de Drogas. Uma organização não-governamental, ONG Psicotropicus, localizada no Rio de Janeiro, produziu conjuntamente com a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD) o primeiro kit de insumo destinado a usuários de drogas. A Associação dos Amigos da Música Eletrônica (AME) lançou uma campanha informativa sobre uso de drogas na perspectiva da redução de danos.

Em 2005 foi lançada a Política Nacional sobre Drogas que manteve alinhamento com um viés proibicionista quando reafirma a necessidade de proteger a sociedade das drogas ilícitas pela redução da oferta e demanda de drogas, porém, também manifestou apoio às estratégias de redução de danos quando afirma que não se deve “confundir as estratégias de RD como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção”. Embora existam inegáveis avanços no bojo dessa política, a tônica proibicionista do documento parece colocar a Redução de Danos como mais uma estratégia que, junto com a redução da oferta (combate ao tráfico de drogas) e da demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial) pode contribuir para uma sociedade livre de drogas. Contudo, é importante salientar que não são

estratégias harmoniosas, pois a lógica da Redução de Danos propõe lidar com as substâncias psicoativas de maneira mais consciente e menos prejudicial, porém, não segue o mesmo pressuposto de que é possível erradicar as drogas e não foca em estratégias com esses objetivos.

A mais recente lei sobre drogas, foi sancionada em 2006. Trata-se da lei 11.343/2006. Para quem for considerado usuário de drogas, a pena prevista já não consiste mais em detenção e multa, mas a pessoa poderá receber advertência sobre os efeitos da droga, prestar serviços à comunidade ou participar de programa ou curso educativo referente às drogas. Existe também nessa nova lei uma tentativa em diferenciar usuário de traficante, para isso: “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”. Contudo, por se tratar de uma avaliação subjetiva, alguns autores e movimentos sociais tem criticado a nova lei com o argumento de que ela mantém imprecisa a diferenciação entre usuário e traficante e que os efeitos disso tem sido um maior encarceramento de pessoas confundidas com traficantes. Além disso, essa lei prevê maiores penas para o crime de tráfico de drogas.

Do ponto de vista da saúde, segundo a lei 11.343/2006, o tratamento ofertado para pessoas consideradas dependentes de drogas, deverá ser especializado e de preferência ambulatorial. Além disso, a redução de danos aparece no texto da lei:

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Em 2012 foram implementados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os Consultórios na Rua regulamentados pelas portarias 122 GM/2011 que traz diretrizes sobre a organização e funcionamento das equipes de consultório na Rua e pela portaria 123 GM/2011 que dispõe sobre os critérios para o cálculo máximo do número de equipes de Consultório na Rua por municípios. Com intervenções itinerantes geralmente em bases móveis e com a

parceria de outros equipamentos/equipes de saúde (UBS, NASF, CAPS, entre outros) essa modalidade de atendimento passou a realizar um importante trabalho junto a uma população historicamente desassistida.

O *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* (2012) descreve problemas causados pelo consumo de álcool e outras drogas como um dos problemas de saúde mais comuns dessa população específica e aponta para a necessidade de utilizar ações de redução de danos nesse contexto:

No tratamento baseado em redução de danos, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com a pessoa, e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços devem ser valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar ou retomar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação ativa da pessoa nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento [...] o tratamento que tem a redução de danos como estratégia não se prende somente ao consumo da substância. Outros aspectos que compõem a história dessa pessoa, como os emocionais, sociais, de relacionamento com os demais e consigo mesmo, a função que tem o uso da droga para ela, bem como outros problemas de saúde, são questões centrais abordadas no tratamento (BRASIL, 2012, p.75)

Em 2011 o governo federal lançou o programa Crack é possível vencer que contou com a adesão de diversos estados e municípios e apresentou uma articulação com equipamentos que preveem ações pautadas sob a lógica da redução de danos como os CAPS ad e os Consultórios na Rua e, ao mesmo tempo, com Comunidades Terapêuticas que trabalham pela lógica da abstinência, por vezes, em consonância com a moral religiosa.

Nessa continuidade, podemos concluir a partir da retrospectiva sobre o histórico da redução de danos no Brasil, que a partir da década de 1980 houve um avanço no reconhecimento e na validação das estratégias de redução de danos no âmbito da saúde pública, porém, o surgimento da redução de danos não se deu pelo desaparecimento ou superação de outras estratégias de tratamento para a população com problemas relacionados ao uso de drogas, ao contrário, as ações de redução de danos passaram a integrar programas de saúde, políticas públicas e leis sobre drogas concomitantemente com outras

estratégias alinhadas ao proibicionismo e focadas no combate ao tráfico de drogas.

2.2 Avanços e desafios na consolidação da redução de danos no Brasil

O Brasil participou de convenções internacionais que objetivavam uma unificação das nações no combate às drogas, portanto, ao longo da história posicionou-se em consonância com a política proibicionista (RODRIGUES, 2008; ALVES 2009). Entretanto, isso não impediu que houvesse uma revisão das leis e políticas públicas sobre drogas. Essas mudanças demonstram um maior reconhecimento e aceitação em relação às estratégias de redução de danos no Brasil.

Do ponto de vista da segurança pública, as leis sobre drogas apresentaram significativas modificações no decorrer dos anos, inclusive no que se refere ao reconhecimento da estratégia de redução de danos com os usuários de drogas. Da perspectiva jurídica, Ribeiro (2008) divide em duas gerações as leis de drogas que reconhecem e validam as estratégias de RD: as primeiras são as leis estaduais que autorizaram a estratégia de redução de danos. A primeira delas foi a lei estadual 9758/1997 em São Paulo. Na sequência foram criadas legislações estaduais específicas autorizando a redução de danos no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, entre outros estados. A segunda geração de leis de RD, na perspectiva do autor, diz respeito às leis que manifestaram também preocupações em relação aos usuários de drogas. Nesse sentido, o autor analisa que a última lei sobre drogas, a lei 11.343/2006 trouxe diversos avanços no que se refere a legitimar a redução de danos como estratégia de cuidado para os usuários de drogas. O autor destaca também que atualmente já não há mais risco de prisão aos redutores de danos, como acontecia no passado, desde que os profissionais e suas ações (incluindo a distribuição de insumos) estejam vinculados a programas de saúde autorizados e em conformidade com as legislações específicas sobre a RD. Num balanço geral sobre os avanços da redução de danos no âmbito jurídico, analisa que:

[...] houve um impacto de mão dupla entre as estratégias de redução de danos e as instâncias formais de controle penal. Num primeiro momento houve forte reação repressiva dirigida aos agentes de saúde que implantavam

os programas uma vez que suas ações eram identificadas como forma de colaboração a uma atividade ilícita. Posteriormente, com a evolução da compreensão da questão, a política de redução de danos ganhou prestígio em razão de seus resultados práticos e atingiu, no Brasil, o estatuto de política de saúde pública na área de drogas, muito embora sua atual aplicação esteja muito aquém de suas possibilidades. Hoje pode-se pretender uma ampliação conceitual da redução de danos para defini-la como uma política humanista e pragmática que visa a melhora do quadro geral do cidadão que usa drogas, sem que lhe seja exigido o absenteísmo ou imposta a renúncia ao consumo dessas substâncias. A ótica da nova abordagem é a de que se o cidadão usa drogas, ao menos que o faça com os menores danos possíveis à sua saúde física e mental, à sua vida de relação – família, trabalho, sociedade, etc. – e, finalmente, à própria comunidade em que vive. (RIBEIRO, 2008, pp. 53,54).

Podemos dizer, de modo geral, que a ilicitude de determinadas drogas pressupõe também um estatuto de periculosidade não somente à substância, mas que também se estende a quem se relaciona com ela seja para consumo próprio ou para fins comerciais (tráfico). A imprecisão das leis de drogas em diferenciar traficante de usuário de drogas parece atestar a extensão que se faz entre a periculosidade da droga para a pessoa que dela faz uso. Nessa perspectiva, verificamos que no plano jurídico, na busca em combater e erradicar as drogas, assistimos a uma guerra que não dirige-se somente às drogas, mas que também envolve as pessoas que consomem essas substâncias proibidas por lei.

Mac Rae, um dos maiores estudiosos dos assuntos sobre drogas da Antropologia e também um dos fundadores da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), em sua análise da conjuntura atual das políticas sobre drogas regidas pelo proibicionismo, avalia que as drogas hoje consideradas ilícitas são “uma categoria arbitrária, de natureza exclusivamente política, sem nenhum embasamento científico” (Mac Rae, 1996, p.4). Considerando que a licitude de determinados psicoativos é algo que varia no tempo e no espaço, o autor posiciona-se favoravelmente à regulamentação das drogas consideradas ilícitas na atualidade, argumentando que:

Submetidos às regras e restrições que regem a economia lícita os produtores e distribuidores de substâncias psicoativas seriam obrigados, por exemplo, a manter uma

contabilidade transparente e um controle de qualidade dos seus produtos. Poderiam também ser obrigados a restringir sua clientela a determinados grupos populacionais, evitando-se, assim, a venda à crianças, por exemplo. Embora a legislação não deva ser vista como o instrumento principal no equacionamento da questão das drogas, ela tem um papel e desempenhar. Mas para ser eficaz deverá levar em conta tanto os seus aspectos farmacológicos quanto os psicológicos e sócio-culturais (MAC RAE, 1996, p. 9)

Entretanto, é importante esclarecer que o autor defende a regulamentação do uso de drogas e não apenas a liberação, ou seja, ele compreende que a regulamentação passa por um controle dos governantes no que diz respeito a qualidade das drogas produzidas bem como permite uma maior transparência do dinheiro arrecadado e uma delimitação do público que poderá adquirir a substância. Porém, ao invés de apostar sobretudo nas leis ou nas autoridades médicas e outras especialidades da saúde na regulamentação do consumo, Mac Rae defende que conhecer e potencializar os controles sociais já existentes são o modo mais apropriado de lidar com o consumo de drogas.

O que se pode fazer é levar em conta os controles já existentes e seus campos de aplicação, assim como outros recursos, de vários tipos, que poderiam ser mobilizados para seu aperfeiçoamento. Assim como preconizam os adeptos das políticas de redução de danos relacionados ao uso de drogas, pode-se atentar para as estratégias já empregadas pelos consumidores e tentar limitar os efeitos indesejáveis através de uma múltipla abordagem, reservando um papel importante para a mobilização das suas próprias redes de sociabilidade, tal como em vários países vem se fazendo em relação a drogas lícitas como o álcool e o tabaco. (MAC RAE, 2003, p. 7).

Partindo de questionamentos semelhantes em relação à ineficácia da guerra às drogas e utilizando o referencial teórico da fenomenologia existencial, Sodelli (2010) faz aproximações valiosas entre a clínica da fenomenologia e a redução de danos. Compreende o uso de drogas como “uma entre tantas outras possibilidades de alterar nossa consciência, de diminuir o sofrimento e a angústia existencial” (p.640). Nesse sentido, afirma que é intrínseca à condição humana uma vulnerabilidade existencial e o uso de drogas aparece como uma das

possibilidades humanas de lidar com isso. O autor sustenta que é preciso respeitar as escolhas e decisões que as pessoas fazem em relação às suas vidas, ou seja, resgata a questão da autonomia no debate em relação ao uso de drogas e argumenta que medidas de prevenção devem considerar essa autonomia. Propõe que as drogas sejam consideradas substâncias que adquirem valor a partir do contexto e do sentido do uso. Para que as pessoas possam tomar decisões mais autênticas no que se refere ao uso de drogas, Sodelli apoia medidas preventivas que oferecem informações embasadas na lógica da redução de danos, inclusive na prevenção primária (dirigida também a pessoas que nunca fizeram uso de drogas, especialmente à população infanto-juvenil). Dito de outro modo, o autor acredita que o modelo de prevenção mais eficaz é aquele alicerçado numa modelo que não parta dos pressupostos proibicionistas de que a droga por si só é uma substância perigosa que deve ser erradicada e seu uso terminantemente proibido.

Em vez de proclamar uma tola proibição, devemos reconhecer que o desejo de drogas recreativas é tão legítimo quanto inextinguível e que é preferível reduzir os danos associados a elas a fingir que está tudo bom apenas com a manutenção da ideologia da proibição - mas na realidade promovendo um consumo extremamente inconsciente, desfavorável, desimpedido, descontrolado e desenfreado (SODELLI, 2010, p.641).

Na contramão da proibição, constatamos a existência de um debate sobre a autonomia das pessoas que usam drogas. Na esfera da saúde, atualmente quando um usuário é qualificado como portador de um transtorno mental relacionado à dependência de drogas, ele é compreendido como um cidadão de direitos que tem acesso a um tratamento que, pelo menos em tese, deve ser isento de julgamentos morais e estigmas que envolvam o uso de drogas. Porém, autores como Rosa (2012) e Alves (2017) advertem para a possibilidade de perda da autonomia em decorrência de um discurso, sobretudo advindo do campo médico, que pode diagnosticar e prescrever o tratamento sem necessariamente considerar os desejos e escolhas dos sujeitos em questão.

Certamente, nos parece mais desejável considerar o usuário um doente ao invés de um criminoso, já que isto torna estas pessoas alvo de políticas públicas de saúde, ao invés da mera punição. Na mesma perspectiva, isso é

também preferível ao tratamento da questão como desvio moral, pelo estigma daí decorrente. Porém, considerar o uso de drogas sob a ótica da saúde abre espaço para certo exercício exagerado do poder médico, particularmente se considerada a legislação vigente sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O profissional médico necessita apenas estar devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento em que irá ocorrer a internação, para poder fazê-la a pedido de terceiro e “sem o consentimento do usuário” (BRASIL, 2001). Ao se tratar o uso de crack como constituindo uma epidemia, passa-se a considerar o consumo coletivo de uma substância de modo semelhante a uma doença infectocontagiosa, onde ocorre transmissão de hospedeiro para hospedeiro ou, em nosso caso, de usuário para usuário. Em decorrência, existe então a possibilidade de advogar a favor da necessidade de realizar um saneamento do ambiente, como feito décadas atrás no caso da hanseníase e da tuberculose, retirando-se os doentes/hospedeiros para locais remotos até seu pronto restabelecimento ou, no caso da hanseníase, de modo perpétuo. A internação compulsória dos usuários de crack nos parece seguir esta lógica (ALVES, 2017, p.242).

Outrossim, partindo do referencial foucaultiano, Rosa (2012) também reflete acerca dos riscos e excessos provenientes do discurso de especialistas, sobretudo dos médicos:

Apesar do desenvolvimento de teorias explicativas de práticas direcionadas tanto ao tratamento dos indivíduos dependentes como à abordagem da minimização dos danos provocados pelo uso de tais substâncias, vislumbra-se o domínio do discurso médico e psiquiátrico que propõe a negação da autonomia dos sujeitos em detrimento da ideia de cura; por mais que haja tentativas de compreender os fenômenos relacionais ao uso de “drogas” através de modelos teóricos ligados à questões culturais, por exemplo, percebe-se que a abordagem médica e psiquiátrica, muitas vezes acaba considerando equivocadamente o simples uso das substâncias psicoativas como um problema (ROSA, 2012, p. 210).

Conter o furor sanandi é fundamental se pensarmos num projeto embasado pela redução de danos. De modo geral, tratamentos de alta exigência baseados na imposição da abstinência tendem a diminuir ou mesmo anular a autonomia dos sujeitos em relação a suas escolhas por funcionarem como instituições totais. Contudo, por vezes, tratamentos nessa direção podem ser confundidos com redução de danos. Arenari e Dutra (2016) analisam instituições

religiosas que oferecem tratamento para toxicomania e concluem que a vocação social específica das religiões – sobretudo as neopentecostais – é a reintegração de pessoas que, geralmente, possuem um histórico de exclusão de outras instituições/redes que já participou (família, trabalho, círculo de amigos, entre outras). Os autores explicam que as religiões não colocam pré requisitos para receber as pessoas que romperam seus vínculos e equiparam o trabalho desenvolvido pela Cristolândia (rede nacional de tratamento religioso para pessoas consideradas dependentes de drogas) com um trabalho na perspectiva de redução de danos.

Os autores contam que, num primeiro momento, os religiosos se aproximam da população de rua sem exigir nada e oferecem “alimentos, roupas, acesso a higiene, primeiros cuidados como também assistência religiosa e “psicológica” por meio de cultos, palestras (“testemunhos”) e conversas” (ARENARI e DUTRA, 2016, p.219). Após essa primeira aproximação, oferecem internação em Comunidade Terapêutica a quem desejar. A pessoa que ingressar nesse projeto de abstinência e de evangelização poderá seguir carreira como missionário na igreja e também poderá fazer capacitação e seguir uma carreira profissional com remuneração chegando até mesmo ao posto de pastor (posto alto nessa hierarquia).

A primeira aproximação dos religiosos poderia ser considerada como uma proposta de baixa exigência que reduz os danos aos quais essa população está exposta ao oferecer condições básicas de sobrevivência com ações assistencialistas, porém, nos parece bastante problemático comparar a lógica da redução de danos e suas estratégias com essas ações pontuais das igrejas. A partir do relato dos autores sobre o trabalho desenvolvido pelas “Cristolândias” verificamos que existe um projeto maior por parte dos missionários em “recuperar” as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social a partir da conversão religiosa. A primeira aproximação nos moldes da baixa exigência, nesse sentido, pode ser interpretada como uma estratégia de criar vínculo objetivando a internação para iniciar um tratamento enviesado pela imposição da abstinência (única proposta de tratamento ofertada).

Um projeto alicerçado pela lógica da redução de danos não pode apresentar e traçar um projeto de vida para a pessoa, mas sim descobrir junto com a pessoa seus desejos e possibilidades. Nesse sentido, o caminho da

autonomia pela via da redução de danos não pode ser confundido com um projeto pré-formatado pela conversão religiosa.

Embora a redução de danos tenha conquistado espaço nas leis e políticas públicas, cabe questionar até que ponto a moral religiosa e as Comunidades Terapêuticas representam um entrave às estratégias de redução de danos, já que parte delas são financiadas pelo governo que, numa via de mão dupla, também aposta na redução de danos como norteadora das ações nos equipamentos de saúde pública. Nesse sentido, nos parece deturpado e perigoso que programas focados na imposição da abstinência como são os programas religiosos oferecidos pela Cristolândia sejam analisados como semelhantes à lógica da redução de danos. Apesar da redução de danos não se contrapor a abstinência do uso de drogas – se esse for o desejo do usuário de drogas – ela não trabalha apenas com essa perspectiva como é o caso dos tratamentos cuja condição de início e objetivo final são a manutenção da abstinência.

Assim sendo, concordamos com Alves (2009), quando reflete sobre os possíveis jogos de interesse que estão operando para sustentar tratamentos conflitantes:

A explicação para este esforço de conciliação entre racionalidades divergentes no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas de saúde pode ser remetida ao conflito de interesses entre representantes dos diferentes modelos assistenciais no país. A este respeito, Machado assinala a participação das federações das comunidades terapêuticas e de profissionais e militantes de programas de redução de danos no processo de formulação da Política Nacional sobre Drogas. A política do Ministério da Saúde, inscrita no escopo da Política de Saúde Mental, contrapõe-se claramente ao modelo de atenção baseado na internação em hospital psiquiátrico ou em comunidade terapêutica tendo em vista a abstinência como meta exclusiva do tratamento [...] Nesta perspectiva, a política de drogas brasileira aproxima discursos antagônicos. Por um lado, compartilha do discurso proibicionista legitimado por convenções internacionais quanto à redução da oferta e da demanda de drogas, mediante mecanismos de repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas ilícitas. Por outro lado, mostra-se aderente à abordagem de redução de danos. (ALVES, 2009, p.2316).

Desse modo, o avanço da redução de danos no Brasil parece caminhar com políticas de tratamento para abstinência e, por vezes, esses modelos

divergentes podem ser tomados como complementares ou até mesmo similares. Se tomados por essa perspectiva, corre-se o risco de que a redução de danos fique bastante limitada. Tentar conciliar as diferentes abordagens pode eliminar o debate sobre a revisão de como a sociedade brasileira lida com as drogas, ou seja, isso descontextualiza as críticas ao modelo político atual de guerra às drogas feito pela lógica da redução de danos e desconsidera a questão da autonomia dos sujeitos e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira que sempre lutou – e continua lutando – por uma sociedade que não banalize as internações psiquiátricas.

Desse modo, insistimos que as divergências entre as abordagens sejam respeitadas e alertamos para o risco de que a redução de danos fique limitada ou adaptada a uma política de mão dupla que não pretende rever sua aliança com grupos religiosos que historicamente implementaram Comunidades Terapêuticas no Brasil e desenvolveram assistência a usuários de drogas porque o poder público não atendia ou não supria essa demanda. Sendo assim, notamos que na conjuntura atual o poder público não tem sinalizado para o rompimento com instituições que oferecem tratamento de cunho preponderantemente religioso e com características de asilamento, ao contrário, continuamos assistindo ao crescimento do número de Comunidades Terapêuticas no Brasil justificadas pela mesma razão: insuficiência do poder público em oferecer atendimento para pessoas com problemas relacionados ao consumo intenso de drogas.

Ainda em relação aos modelos dissonantes subsidiados pelo poder público, a pesquisa etnográfica de Alves (2017) na região da Cracolândia em São Paulo também traz uma descrição interessante sobre a atuação de estratégias distintas na mesma região e as preferências diferentes entre o governo municipal e estadual. Mais uma vez, constatamos a aposta dúbia dos governantes em estratégias opostas:

[...] grosso modo, poderíamos considerar os serviços estaduais como dando certa prioridade à internação em comunidades terapêuticas (CT) enquanto a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) prioriza os CAPS. São cinco CAPS na rede de abrangência do programa De Braços Abertos (DBA), dois CAPSad III, um CAPS infantil, um CAPS adulto e 1 Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), este último também

possuindo um CAPS, além de outros serviços. Isto não impede a abordagem de beneficiários assim como dos demais frequentadores da Cracolândia, por agentes sociais do Instituto Mensageiros para encaminhamento a comunidades terapêuticas, através do Programa Recomeço (PR) do governo estadual. Porém, caso um beneficiário seja abordado e necessite de tratamento ambulatorial, ele é normalmente conduzido pelos agentes sociais do PR aos CAPS da prefeitura. Da mesma forma, caso algum beneficiário do programa DBA chegue, juntamente com a equipe multidisciplinar em contato com ele, à decisão por uma internação em clínica de recuperação ou CT, ele será encaminhado ao PR. Esse tipo de relacionamento existia antes da implantação do programa DBA, inclusive, após sua inauguração foi objeto de acordo formal entre os entes estadual e municipal (ALVES, 2017, pp.236, 237).

Ao longo dos tempos, verificamos que a estratégia de Redução de Danos, apesar de todas as dificuldades para a sua consolidação, demonstra uma lógica que tem avançado de uma perspectiva inicial sanitária com o objetivo de sobretudo evitar da contaminação de HIV e hepatites em usuários de drogas intravenosas; para uma lógica que também almeja reduzir riscos e danos nas esferas sociais e considera em suas ações não apenas a distribuição de insumos e a terapia de substituição de uma droga por outra com menor potencial danoso, mas também ações integradas de cultura, esporte, lazer, assistência social, educação, entre outras.

A baixa exigência, a permissão de objetivos parciais construídos junto aos usuários, as campanhas informativas, as abordagens de redutores de danos junto aos usuários em situação de rua e em cenas de uso que expandem os limites físicos institucionais, além das já citadas ações integradas de educação, saúde, assistência social, cultura, esporte e lazer; indicam uma lógica de cuidado pautada na tolerância do uso e no respeito à autonomia dos sujeitos que participam desse modelo de tratamento desde sua origem, afinal, a proposta de Redução de Danos nasceu junto com as reivindicações de usuários de drogas.

Não são poucas as dificuldades. Os avanços são tímidos e questionáveis quando comparados à urgência em rever leis e tratamentos orientados por um viés de cunho proibicionista que só considera a abstinência como uma saída possível. Porém, ao traçarmos uma breve retrospectiva histórica sobre o surgimento da Redução de Danos, notamos que surge paulatinamente um reconhecimento e investimento dos governantes no Brasil e no mundo acerca

dessa possibilidade de intervenção junto aos *sujeitos* que apresentam sofrimento relacionado (também) a um consumo intensivo de drogas. Podemos dizer que embora a estratégia de Redução de Danos não esteja por si só imune ao *furor sanandi* proveniente da área da saúde; à moral religiosa; às leis vigentes que ainda assumem a tônica proibicionista mundialmente dominante; ainda assim, ela continua caminhando.

Contudo, ao longo desse trajeto uma pergunta insiste em ecoar: para onde e até quando terá possibilidades de resistir num terreno tão árduo e fatigante?

Não são poucos os desafios e não é possível prever o alcance das políticas orientadas pela redução de danos na atual conjuntura contraditória que preserva o investimento em internações, ainda confunde usuário com traficante e parte da premissa de que uma sociedade livre de drogas é aquela que combate as drogas. A consequência de tal premissa é que as pessoas que se envolvem com as drogas também são combatidas e, dada a linha tênue em distinguir consumidor de comerciante de drogas, podemos concluir que essa guerra atinge muitas pessoas.

Sendo assim, é importante interrogar sobre os limites e até mesmo as impossibilidades de execução e avanço das políticas de redução de danos em contexto conservador e moralista – sobretudo no plano político atual – que reflete em pouco investimento financeiro para programas específicos de RD prejudicando a capacitação de profissionais que trabalham na justiça, assistência social, saúde, cultura, etc., dificultando a distribuição de insumos, inviabilizando a testagem da pureza das substâncias para que o usuário possa saber exatamente o que está consumindo (prática proibida no Brasil).

Concluimos que apesar de tantos entraves, a redução de danos caminha devagar e manca num cenário proibicionista adverso às suas ações.

Apesar das contingências desanimadoras, destacamos que por priorizar a autonomia do sujeito em relação às suas escolhas, parece haver uma maior margem de liberdade para trazer o *sujeito* ao cerne da questão a partir de um trabalho na perspectiva de redução de danos. Isso permite um diálogo com a psicanálise que, por sua vez, pode trazer contribuições para a estratégia de redução de danos de modo a fortalecer essa proposta que apresenta diversas fragilidades em sua implantação e consolidação no Brasil.

CAPÍTULO 3

3. A prática num CAPS ad: abstinência e redução de danos em discussão

O interesse de estudar a relação do humano com as drogas e, mais especificamente, as possíveis articulações entre psicanálise e redução de danos, surgiu da minha experiência de trabalho na Assistência Social e na Saúde Pública a partir do exercício do cargo de psicóloga obtido mediante concurso público numa cidade localizada no Estado de São Paulo. A questão do uso problemático de drogas saltou aos olhos no trabalho com adolescentes em conflito com a lei que cumpriam medida socioeducativa em meio aberto (Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade) que eram, em sua maioria, empregados pelo tráfico de drogas; em trabalho em CAPS Álcool e outras Drogas (CAPSad) e CAPS Infantojuvenil (CAPSij).

No CAPS ad, local específico para o tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas, o funcionamento desse equipamento particularmente evidenciava com maior intensidade as contradições do SUS no que se refere às diretrizes de tratamento para essa clínica, ou seja, a utilização simultânea da abstinência como meta e pré-condição do tratamento e a redução de danos.

Entretanto, é fundamental compreender tal divergência partindo de uma ressalva: um projeto estruturado a partir da lógica de redução de danos não necessariamente se opõe à abstinência, pelo contrário, a abstinência pode vir a ser alcançada. Já um projeto fundamentado exclusivamente na abstinência inviabiliza a redução de danos, já que a abstinência de psicoativos está posta desde o início do tratamento.

O trabalho com a população que possui problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas quando está voltado prioritariamente para a compreensão do funcionamento das substâncias psicoativas e pautado na exclusividade da proposta de abstinência total, aproxima-se da ideia de foco na doença e remissão dos sintomas. Já a proposta de redução de danos permite o enfoque na compreensão da pessoa em questão, seu contexto de vida e as necessidades apontadas por ela. Nessa perspectiva, a relação do usuário com a droga é avaliada considerando de antemão a autonomia e a singularidade da

pessoa em questão desfocando da ideia de que a droga é o único ou principal problema a ser tratado.

Diferentemente de um modelo que elege a abstinência do uso de substâncias psicoativas simultaneamente como condição e meta do tratamento, a redução de danos flexibiliza esse pré-requisito e objetivo, atuando na minimização de riscos e vulnerabilidades aos quais os usuários de drogas estão expostos e, mais do que isso, conduz o trabalho privilegiando o vínculo entre os profissionais e os usuários como ponto de partida. As ações e objetivos são traçados conforme as possibilidades e os desejos dos próprios usuários. O modelo de tratamento norteado pela abstinência, ao contrário, não permite que o uso de drogas seja feito, independentemente de suas condições e intensidade.

O trabalho neste CAPS ad em questão foi uma experiência emblemática no sentido de ilustrar de que maneira as concepções de abstinência e redução de danos podem ser compreendidas e implantadas de maneira diferente do que prevê as diretrizes do SUS e também para demonstrar que a criação de um CAPS ad não garante um alinhamento com a Reforma Psiquiátrica caso a equipe de trabalho tenha uma formação deficitária em saúde mental.

Nesse sentido, a experiência institucional apresentada evidencia que o nascimento de um CAPS ad não corresponde ao dia de sua inauguração enquanto equipamento, mas sim ao processo de formação dos trabalhadores que, nesse caso, incluiu cursos, participação em eventos sobre as políticas de drogas e supervisão institucional – recurso de fundamental importância que, conforme discutiremos, a obrigatoriedade não está assegurada no SUS.

Investigamos também de que maneira o funcionamento deste CAPS ad explicitava contradições oriundas da implantação de políticas de governo controversas e distanciadas da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, a formalização desta experiência de trabalho permitiu analisar as condições, possibilidades e limites da atuação do psicanalista em instituição de saúde pública.

3.1 A moral no tratamento do uso de álcool e outras drogas

A abstinência sob uma perspectiva moralista-religiosa era a direção de tratamento dessa instituição CAPS ad quando comecei a trabalhar lá. O CAPS ad em questão elegia a abstinência como direção do tratamento e,

consequentemente, rechaçava a proposta de redução de danos, pois não havia tolerância ao uso de substâncias, nem estratégias para incentivar um uso menos danoso ou controlado.

Já na portaria se decidia quem deveria entrar e sair da instituição: pessoas intoxicadas ou em surto eram barradas e aqueles que desejavam sair antes do horário de permanência previsto em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) deveriam ser autorizados. A porta do CAPS ad estava sempre trancada e a consequência disso é que não raro os pacientes fugiam quando o portão se abria.

O julgamento moral, portanto, começava na porta de entrada e prejudicava a vinculação dos pacientes à instituição. Além disso, reforçava preconceitos internalizados pelos próprios pacientes que comumente reproduziam o discurso de que eram “fracos”, “safados” e “sem caráter”, isto é, partilhavam dos significantes que circulam no laço social acerca do chamado “dependente químico”.

Entretanto, é sabido que a reprodução desse discurso é conveniente para acentuar e manter a segregação no laço social. Além disso, esse tipo de discurso moral sobre o uso de drogas poderá ironicamente produzir como efeito uma desresponsabilização do *sujeito* que, nesse caso, tamponará qualquer interrogação acerca de seu gozo e sua pathos a partir desses significantes ofertados pelo Outro.

Como efeito da proibição de frequentar o CAPS ad após o uso de substâncias, alguns usuários negavam o uso de álcool e/ou outras drogas mesmo se chegassem visivelmente sob efeito desses psicoativos. Além disso, era comum usuários dizerem que estavam abstêmios sem o ser. Nesse sentido, alguns pacientes reproduziam o discurso institucional de que deveriam ficar abstinentes e que esse era um índice de seu comprometimento com o tratamento. Observamos, portanto, que alguns usuários deste CAPS ad tentavam atender – ou driblar – a demanda da instituição, mas, ao fazê-lo, algo fracassava. Não havia, porém, uma escuta por parte da equipe técnica que diferenciava demanda e desejo.

Os usuários que pouco aderiam aos grupos terapêuticos ou que não conseguiam disfarçar a situação de uso de alguma substância, eram colocados

em grupo de “Prevenção à recaída” numa clara demonstração de que a abstinência deveria ser alcançada enquanto ideal de cura.

Um caso que ilustra a radicalidade da imposição de abstinência acompanhada de julgamento moral foi o que aconteceu com um jovem que levou bebida alcoólica para a Copa da Inclusão²² e foi expulso do CAPS ad por um profissional: foi dito ao usuário que ele estava proibido de frequentar o equipamento. Tal conduta foi individualizada, sem prévia discussão do caso em reunião de equipe. Na época, após saber do ocorrido, alguns profissionais tentaram remediar o ocorrido esclarecendo ao usuário que era seu direito frequentar aquele CAPS ad – o único do município – e que ele poderia continuar seu tratamento. Contudo, o usuário não retornou.

Assim como esse usuário, muitos outros pacientes não retornaram. De modo geral, havia uma dificuldade em relação à adesão ao tratamento. Os pacientes muitas vezes não regressavam após a primeira entrevista e muitos outros sequer concluíam duas semanas frequentando a instituição. Cabe interrogar se a proposta institucional rígida de imposição da abstinência gerava um maior afastamento desses usuários, já que aceitar uma proposta como essa não necessariamente dialoga com as possibilidades e o desejo de cada um. A abstinência como pré-condição ao tratamento é uma proposta de alta exigência e, inclusive por isso, necessita de uma estrutura compatível para alcançar esse objetivo.

A contrapartida desse CAPS ad em oferecer propostas que auxiliassem no processo de desintoxicação eram absolutamente insuficientes e até mesmo inadequadas para o que seria, de fato, um modelo baseado na abstinência e tudo o que isso implica, já que não havia leitos para desintoxicação disponíveis no município e nesse CAPS ad não havia possibilidade de internação. Para os pacientes que quisessem tentar a abstinência via internação, era utilizado um convênio informal com um hospital psiquiátrico de outro município a partir do contato de um psiquiatra que havia trabalhado no CAPS ad em questão. No entanto, evidentemente eram reduzidas as possibilidades desse hospital

²² A Copa da Inclusão é um evento esportivo, cultural e terapêutico que ocorre anualmente em São Paulo e integra diversos serviços de saúde mental.

psiquiátrico em atender os usuários desse CAPS ad e o processo para conseguir vaga para desintoxicação levava meses.

Na prática, além do discurso moral, o principal recurso utilizado para sustentar a abstinência eram os psicofármacos. Contudo, não havia um controle eficiente ²³sobre a dispensa da medicação e era comum que usuários fizessem uso abusivo e de risco dos fármacos e misturassem a medicação com outras drogas utilizadas. Não raro havia casos de overdose medicamentosa ou mesmo tentativa de suicídio com a utilização de fármacos. Havia também muitos casos de usuários de benzodiazepínicos de longa data que conquistaram a abstinência de uma droga (principalmente o álcool) substituindo-o pela droga medicamentosa.

Nesse sentido, é relevante questionar a contradição implícita num tratamento fundamentado na abstinência de psicoativos que se utiliza de drogas – as drogas fabricadas pela indústria farmacêutica – que, apesar de serem consideradas “drogas controladas”, pois necessitam de prescrição médica, o uso que se fazia delas, por vezes, indicava o mesmo descontrole do uso feito das chamadas drogas ilícitas. Dito de outra maneira, esse tratamento que propunha a abstinência do uso de álcool e outras drogas como condição e meta a ser alcançada, a rigor, não operava na abstinência de todas as drogas, mas sim na seletividade de algumas drogas.

No entanto, um tratamento assim também não equivale a um projeto de substituição de uma droga por outra com potencial menos nocivo como podem ser alguns projetos de Redução de Danos que substituem algumas drogas por maconha²⁴, ayhausca²⁵, ibogaína²⁶, pois parte de uma concepção de droga que

²³ Sujeitos em intenso sofrimento poderiam expor-se a diversas situações de risco como, por exemplo, misturar psicofármacos com outras drogas cuja interação medicamentosa pode apresentar grandes riscos à saúde. A hiperdosagem de medicamentos também era algo que acontecia com frequência. Esses casos necessitavam de um controle da medicação mais eficiente, ou seja, seria importante que houvesse um controle da dispensa dos medicamentos – fracionada, quando necessário – efetuada por um farmacêutico. Contudo, não havia farmacêutico nesse CAPS ad e a medicação era distribuída de uma vez só por uma UBS. Desse modo, o paciente recebia a quantidade de medicamentos suficiente para, pelo menos 01 mês de tratamento e não havia supervisão desse uso.

²⁴ A respeito disso, Pereira e Wurfel (2011) relatam a experiência/percepção de usuários de um CAPS ad sobre essa substituição.

²⁵ Ver estudo de Mercante (2013).

²⁶ Existem clínicas privadas no Brasil que realizam tratamento para dependência química utilizando a ibogaína como substituição. Existe também um estudo da UNIFESP sobre isso que mostra o resultado de 72% de eficiência no tratamento tal como aparece na matéria do G1 “Substância derivada de planta trata dependência, diz estudo da UNIFESP” do dia 17/10/2014.

faz a partilha entre as drogas que são consideradas veneno e as que são consideradas remédio. Nessa divisão, as drogas fabricadas pela indústria farmacêutica são as únicas compreendidas estritamente como remédios, escamoteando sua dimensão enquanto gadget.

A lógica da redução de danos permite pensar o uso que se faz da droga abrindo caminho para pensar em relações mais seguras e controladas com as substâncias psicoativas. Nessa perspectiva, os estudos antropológicos de Mac Rae (2003) e Alves (2017) indicam que os controles exercidos pelos próprios usuários de drogas em relação ao seu consumo bem como o controle social exercido pelo grupo são formas mais eficazes de manter uma relação mais segura com as drogas. Sem desconsiderar a importância do debate acerca a regulamentação das drogas, defendem que os controles sociais são mecanismos mais importantes do que a tutela do Estado ou o controle por meio da distribuição de drogas mediante a prescrição médica.

Devido a direção do tratamento adotada por esse CAPS ad, muitos profissionais saíam do equipamento por discordarem da perspectiva moral que atravessava o tratamento. Era comum a transferência dos profissionais para outros serviços de saúde do município.

Para além da transferência em seu sentido burocrático enquanto substituição de local de trabalho; existe a *transferência* envolvida na relação paciente- técnico e esta parecia ser subestimada no funcionamento desse CAPS ad, embora fosse comum que os usuários se queixassem da alta rotatividade de profissionais. Não raro os usuários reclamavam da saída de um técnico. Diziam que quando um profissional estava conhecendo a sua história e quando estes estavam se vinculando a este técnico, o técnico saía. Falavam que teriam que começar a sua história “do zero”. Alguns pacientes também diziam que se sentiam “cobaias”, pois os técnicos trabalhavam lá por um tempo, ganhavam experiência e logo saíam para trabalhar em outro local.

É notório que, em alguma medida, os pacientes tinham a percepção de serem objetalizados. Isso nos dá pistas de que os discursos dominantes nessa instituição eram o Discurso do Mestre (discurso moral-religioso) e o Discurso Universitário (*sujeitos* tratados como objetos de estudo).

À imposição da abstinência e ao desprezo pela *transferência* envolvida na relação dos técnicos com usuários, juntavam-se severas regras institucionais

que pareciam tornar a instituição ainda mais repulsiva para o público a que se propunha a atender.

A cada dia ocorria uma ou duas opções de oficinas terapêuticas, porém, as atividades oferecidas nem sempre consideravam os interesses dos usuários. Entretanto, ainda assim eles eram obrigados a participar das atividades e não havia um local de convivência em que fosse possível o usuário fazer outra coisa ou mesmo não fazer nada. A essa regra, alguns reagiam não produzindo nas oficinas ou fingindo fazer algo quando alguém cobrava a participação.

O furor pela produção nas oficinas e os horários rígidos de entrada e saída da instituição pareciam adequar-se aos moldes capitalistas no que se refere à organização do trabalho. Em outras palavras, o modo de funcionamento das oficinas aproximava-se mais a um modelo de produção do que a um modelo terapêutico. Trata-se de um aspecto institucional relevante que vale ser questionado, afinal, qual seria o objetivo de um projeto de reabilitação psicossocial? Nesse caso, verificamos que parecia se resumir a uma reabilitação para o mercado de trabalho cujo efeito produzido certamente destoa de um caráter terapêutico, já que o potencial terapêutico não pode estar a serviço de uma proposta adaptativa.

Nesse sentido, desconsiderar o que significa a atividade para o usuário no momento de elaborar o Projeto Terapêutico Singular viola o próprio objetivo do PTS que não pode se restringir ao que a instituição tem a oferecer, mas sim considerar os interesses e decisões dos usuários. Do contrário, a utilização do PTS torna-se mero instrumento burocrático e, ao ser utilizado de modo autoritário quando considera as atividades propostas como sendo obrigatórias, elimina o caráter singular desse projeto porque padroniza o tratamento – outro indício da circulação do Discurso Universitário nesse CAPS ad – conforme as possibilidades da instituição e não do desejo do usuário.

Nesse contexto institucional verificamos prevalecer o Discurso do Mestre a partir dos posicionamentos morais, do excesso e da inflexibilidade das regras, da imposição da abstinência – mesmo sem uma estrutura compatível para garantir um modo mais seguro de realizar essa proposta de alta exigência. No que diz respeito ao Discurso Universitário, a aplicação de maneira equivocada do projeto Terapêutico Singular, a fragilidade dos vínculos estabelecidos entre usuários e técnicos devido (também) a alta rotatividade dos profissionais, enfim,

os indícios de um tratamento padronizado que não apostava na singularidade dos *sujeitos* ali em sofrimento assim como a percepção de alguns usuários de serem tratados como “cobaias”, revelam a circulação do Discurso Universitário por parte das ações da equipe técnica.

Entretanto, após duas semanas que eu estava trabalhando nesse CAPS ad teve início um processo de supervisão institucional com um profissional de saúde afinado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e defensor da lógica de redução de danos. Essa mudança possibilitou alguns giros discursivos. A supervisão representou uma novidade para os trabalhadores e tinha periodicidade semanal ocorrendo concomitantemente ao único dia de reunião de equipe.

Algumas mudanças institucionais ocorreram como efeito da supervisão e trouxeram um impacto significativo na realidade desse CAPS ad. Porém, ainda estavam distantes de contemplar um alinhamento dessa instituição com as diretrizes do SUS influenciadas pela Reforma Psiquiátrica e mais distantes ainda de considerar o *sujeito*. Refiro-me aqui ao *sujeito* que não se resume a um corpo biológico dependente de determinada substância, nem ao cidadão de direitos, mas ao *sujeito* do inconsciente.

As mudanças que ocorreram no equipamento tinham o propósito de alinhamento aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Considero que as mudanças de perspectiva que ocorreram preparavam as condições para o que seria, de fato, o nascimento de um CAPS ad. Diante disso, apresentarei algumas das propostas implantadas durante o curto período que estive nessa instituição, junto a mudança de paradigma que apresentavam imbuídas por um pensamento que considerava a Reforma Psiquiátrica.

3.2 O nascimento de um CAPS ad

Entre as modificações no modo de operar deste CAPS ad, houve alterações nas regras institucionais como, por exemplo, eliminação da obrigatoriedade de pedir autorização do técnico para sair do equipamento e colocou-se um fim à proibição de entrar no CAPS intoxicado ou em surto. Aos poucos, o exercício de pensar cada caso como único e em seu contexto foi sendo feito. A flexibilização das regras institucionais buscou contrapor-se ao modelo manicomial de confinamento de regras institucionais rígidas que contribuem para

uma perda de identidade dos próprios pacientes, afinal, nesse modelo as regras institucionais sobrepõem-se ao princípio básico de pensar cada caso em sua singularidade e de resgatar, preservar e incentivar a autonomia do usuário.

Houve uma reorganização da porta de entrada para melhor receber os pacientes que chegavam ao CAPS ad pela primeira vez e também aqueles que retornavam, reformulando o chamado “acolhimento inicial” e proporcionando maior tempo para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa ação pretendia, de certo modo, fazer resistência ao impositivo do acolhimento em série, feito de modo apressado e padronizado na tentativa de dar conta do impossível que representa o real da porta de entrada que nunca fecha ou, em termos psicanalíticos, daquilo que não cessa de não se inscrever. A reordenação do fluxo de atendimento foi uma tentativa de favorecer a proximidade com os pacientes e de repensar o caráter burocrático que vinha assumindo a acolhida inicial dos pacientes.

Uma sala foi improvisada para se transformar numa sala de convivência e permitir que os usuários pudessem ter a possibilidade de não participar das oficinas, ou seja, foi criada uma alternativa à obrigatoriedade da participação e produção. Nessa continuidade, foi criada uma oficina de jogos com base nos interesses dos usuários deste CAPS ad.

Os técnicos passaram a fazer rodízio para participar desses espaços e para apoiarem os profissionais técnicos de enfermagem que tradicionalmente realizavam esse trabalho. Até então os técnicos de enfermagem acompanhavam as oficinas terapêuticas com o propósito de verificar se havia alguma “anormalidade”. Os prontuários eram preenchidos por estes profissionais de modo burocrático e padronizado trazendo uma única informação: se o paciente compareceu ou não à oficina.

Desse modo, ficou explicitado que o potencial terapêutico das oficinas estava prejudicado, pois parecia prevalecer uma lógica de produtividade e de assiduidade, similares à lógica de organização do trabalho. Não se perguntava como era a participação dos pacientes nas oficinas e se estas atividades faziam sentido para eles.

Diante disso, a equipe técnica passou a realizar mais atendimentos conjuntos com os técnicos de enfermagem e a frequentar as oficinas terapêuticas dando suporte também ao trabalho desses profissionais com o

intuito de valorizar o olhar e a atuação deles. Tais modificações avançaram na direção de um trabalho interdisciplinar, em oposição ao modelo de trabalho fragmentado e ajudou a repensar as propostas de oficinas.

Outra mudança concerne na organização das assembleias que passaram a ocorrer mensalmente com ampla divulgação dessa atividade entre os usuários que, até então, não eram acostumados a essa proposta. Antes as assembleias ocorriam no máximo duas vezes ao ano. A maioria dos usuários desse CAPS ad relatavam que nunca tinham participado de uma assembleia e que sequer sabiam da existência dessa programação no equipamento. A ideia de assembleia, portanto, não estava construída, pois não tinha a efetiva participação dos pacientes e o formato não viabilizava que a palavra circulasse para que críticas, propostas e sugestões fossem colocadas de modo a garantir um espaço democrático e afinado com as necessidades trazidas pelos pacientes.

3.3 Algumas considerações

Em linhas gerais, a reorganização da porta de entrada e a construção da sala de convivência foram feitas com o intuito de diminuir a burocratização dos atendimentos criando espaços mais adequados para os profissionais e usuários. Visou também diminuir a distância entre os profissionais e pacientes. A valorização dos auxiliares de enfermagem e da própria equipe técnica como um todo, objetivou que estes profissionais pudessem, de fato, ter autonomia no manejo dos casos para, inclusive, garantir que os pacientes tivessem mais expressividade. Isso corresponde também à criação da sala de convivência e da construção do espaço das assembleias que juntas fazem contraponto ao modelo manicomial no que diz respeito à produção da chamada doença reguladora, isto é, doença criada pela própria instituição ao restringir a participação e o potencial expressivo dos pacientes, além de, no caso da assembleia, ferir um dos princípios do SUS no que tange à participação e controle social.

Evidentemente o recorte que apresento conforme o curto tempo que estive nesse CAPS ad, demonstra que apesar das significativas mudanças, elas ainda eram insuficientes para afinar esse CAPS ad – único do município – às diretrizes do SUS, influenciadas, por sua vez, pelos ideais da Reforma

Psiquiátrica. Entretanto, apesar das limitações, foi possível avançar nessa proposta.

Sem a supervisão institucional dificilmente essas mudanças e a sustentação delas seria possível. Trata-se de um poderoso instrumento, sobretudo em equipamentos de saúde mental com reduzida equipe de trabalho e/ou com profissionais com pouca experiência e conhecimento em relação à clínica ampliada, como era o caso da experiência relatada. Embora seja valiosa, a supervisão institucional não é assegurada pelas diretrizes do SUS, ou seja, é um recurso opcional.

Além da supervisão, foram igualmente importantes a participação dos profissionais em eventos externos e internos sobre o tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e sobre as políticas de drogas. Esses eventos ajudaram a reformular parte dos princípios institucionais que eram seguidos e permitiram suprimir um pouco da defasagem na formação de profissionais da equipe e viabilizaram uma leitura mais crítica da realidade institucional. Nunca houve tantas reuniões e discussões de caso no equipamento, tanto nestes espaços formais de supervisão e curso, como no cotidiano. Outro ponto de destaque foi a breve, porém significativa, participação de alguns técnicos em reuniões gerais dos profissionais que trabalhavam na área de saúde mental do município. Esta participação tornou possível a aproximação com profissionais de outros equipamentos contribuindo para compreensão e articulação da rede de saúde do município.

A experiência de trabalho neste CAPS ad também notabiliza a importância da Reforma Psiquiátrica, visto que sem a mudança de paradigma que considera a autonomia da pessoa, torna-se inviável a inserção do psicanalista no SUS.

A dinâmica do CAPS ad em questão mostra a dificuldade de considerar o *sujeito* do inconsciente no tratamento. Geralmente os espaços de atendimento individual ou em grupo propiciavam melhores condições de trabalho para essa escuta, contudo, isso está longe de corresponder ao trabalho do psicanalista na instituição. Apenas indica que esses espaços eram mais próximos do setting tradicional e, por isso, facilitava esse tipo de trabalho que ficava bastante limitado devido à discrepância com o funcionamento do equipamento como um todo.

O caso dessa instituição CAPS ad demonstra que não está assegurado que um equipamento da saúde seja norteado pelas diretrizes do SUS e pelos

ideais da Reforma Psiquiátrica. O caso desse dispositivo revela um processo de construção em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e, desse modo, deixou evidente que a moral pode atravessar o tratamento para usuários de álcool e outras drogas não apenas em comunidades terapêuticas de cunho religioso, mas também num CAPS ad.

É possível pensar que a precariedade no que se refere à quantidade de profissionais para atender os munícipes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas – era o único CAPS ad da cidade – somada à falta de preparo profissional justificava, em parte, o funcionamento desse dispositivo de saúde, já que apenas parte da equipe tinha familiaridade com a saúde mental e estudo dessa clínica. Curiosamente, a maior parte dos profissionais eram enfermeiros e técnicos de enfermagem embora nesse CAPS ad não fossem feitas internações para desintoxicação ou outros procedimentos de saúde que justificassem a atuação específica desses profissionais. Destaco, nesse sentido, o caráter hospitalocêntrico desse CAPS ad que tinha em sua reduzida equipe de trabalho um número considerável de profissionais provenientes de uma área da saúde cuja perspectiva é predominantemente organicista.

Embora esse equipamento estivesse distante de se alinhar ao que preconiza o SUS para o tratamento desse público, é importante considerar que o fato de não trabalhar numa proposta que isola a pessoa de seu convívio familiar e social, já era considerado um avanço importante para alguns dos usuários desse CAPS ad que, em sua maioria, tinham tido experiências anteriores com internações em comunidades terapêuticas. Diversos usuários tinham histórico de internações voluntárias e involuntárias em comunidades terapêuticas – muitas delas não conveniadas ao poder público e sem projeto e equipe de profissionais da saúde – e contavam que só tinham conseguido ficar abstinente ou aderir ao tratamento no CAPS ad.

Posto isto, a experiência desses usuários não pode ser subestimada. O fato de ser um dispositivo de saúde no território que opera a partir da procura espontânea por tratamento já abre portas para um trabalho norteado pelo desejo que precisa minimamente que o direito de ir e vir esteja assegurado, ou seja, que a autonomia esteja entre os direitos básicos efetivados.

Essa condição é imprescindível, embora não seja suficiente e não se sustente se a instituição retirar a autonomia dos usuários e conduzir o tratamento

numa via moral que culpabilize ao invés de implicar e responsabilizar ²⁷o sujeito em seu tratamento.

Examinamos a partir da prática nesse CAPS ad que os discursos em contexto institucional são variados e verificamos a importância de fazê-los circular tal como proposto por Rinaldi (2015):

[...]não se trata de defender a prevalência de qualquer discurso que seja sobre os outros, nem mesmo o discurso do analista, mas de ressaltar a presença dos quatro discursos, como dissemos: o discurso do mestre, o discurso universitário, o discurso da histórica e o discurso do analista. O que importa assinalar é que o próprio exercício da clínica, em seus impasses, traz à tona os furos desses discursos, ou seja, o seu real, e permite uma circulação discursiva em que o saber se mostra em sua impotência (p. 122).

Os discursos dominantes nessa instituição eram os discursos do Mestre e do Universitário. Observamos isso pela prevalência da moral religiosa (Discurso do Mestre) e da tendência à burocratização no que se refere às intervenções (Discurso Universitário) que pareciam padronizar o tratamento e assim ficavam distanciadas do que deveria ser um Projeto Terapêutico Singular. ²⁸ Em outras palavras, quando era dito que um paciente “não queria se tratar” ou que estava “ bastante comprometido” parecia haver um enrijecimento de parte da equipe que já depositava um saber prévio e fechado em relação ao paciente. Desse modo, parecia ocorrer algo que Rinaldi (2015) descrevera:

Há equipes em que a presença de diversos saberes se apresenta de forma consolidada, cristalizando os discursos. Por exemplo, nas discussões de casos em que se toma os sujeitos como objetos , sobre os quais se debruçam saberes, cultos ou não, muito sendo dito sobre eles, mas pouco ou nenhum espaço sendo aberto para ouvir o seu próprio dizer. Nos casos de pacientes crônicos, há muitos anos vinculados aos serviços, isso fica evidente no descrédito que se dá à sua palavra, uma vez que ela é feita de repetições. Isso nos faz indagar: de que lado

²⁷ A implicação e a responsabilização conforme a ética psicanalítica é a do *sujeito* em relação ao seu desejo.

²⁸ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é desenvolvido pela equipe de saúde junto com o usuário. Muito além de produzir cura, tem como objetivo a emancipação do sujeito e deve considerar a singularidade, a diferença, de cada sujeito. Nesse sentido, é um dispositivo que deve manter-se avesso às padronizações. Tal como conceitua Oliveira (2008): “O PTS é um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade” (p.275)

estará a repetição, na fala dos pacientes ou na escuta surda dos técnicos? Podemos pensar aqui em uma nova cronicidade, que não está do lado do paciente, mas do lado dos técnicos assentados em um saber já sabido. Ou em um não querer saber de nada disso através da burocratização e da reprodução automatizada de práticas (p.119).

A tentativa de fazer girar esses discursos deu-se principalmente pela via do Discurso da Histórica por meio dos questionamentos das regras institucionais efetuado por parte da equipe técnica com apoio da supervisão institucional e, de fato, provocou diversas mudanças.

O Discurso do Analista talvez só tenha aparecido nos atendimentos individuais e em grupo onde era possível, apesar de todas as limitações da instituição, colocar como enigma o saber previamente formatado dos usuários desse CAPS ad sobre a sua modalidade de gozo e, a partir daí, permitir um deslocamento das explicações morais ou organicistas que oferecem pouco espaço para que o *sujeito* queira saber de sua responsabilidade no que se refere ao seu sintoma. Trata-se de uma tímida aparição que certamente seria valiosa se não ficasse confinada a esses espaços e pudesse atravessar as portas fechadas desses atendimentos para se fazer presente também nas reuniões de equipe, oficinas terapêuticas, entre outras atividades e práticas da instituição como um todo.

Pessoa (2013) ao discorrer sobre a aposta do analista nas instituições, defende que, embora a psicanálise possa responder ao mal-estar, ela não está isenta do fracasso. No entanto, a autora considera que o fracasso pode ser bem sucedido e, mais do que isso, que a posição do analista pode acolher esse fracasso.

Diferentemente do certo, do fechado, do estagnado da neurose, o ato analítico abre passagem para modificações por meio da presentificação do furo e da incerteza, o que é um problema para a psicanálise nas instituições, pois elas querem negá-las a qualquer custo” (p.64).

Uma das formas de acolher aquilo que fracassa pode ser extraindo algo dessa experiência para transmití-la considerando também uma certa

impossibilidade e impotência que acompanha o trabalho do psicanalista em qualquer contexto, seja institucional ou no setting tradicional.

No entanto, não se acolhe o fracasso por conformismo, com o intuito de denunciá-lo, criticar a Rede de Atenção Psicossocial ou desconsiderar a importância e os avanços da Reforma Psiquiátrica.

Ao contrário, pretende-se ao acolher o fracasso, lançar-se também ao desafio de construir novos saberes e repensar a prática sem vislumbrar que avançar nessa construção signifique produzir um saber fechado, total. Na contramão disso, estamos avisados da impotência que essa empreitada reserva e, tal como formulado por Pessoa (2013), estamos cientes da importância de manter “o furo no saber em mira”.

Nesta prática, em que se combinam a clínica singular de cada sujeito, na psicanálise em intensão, e o trabalho com equipe, no âmbito da psicanálise em extensão, o psicanalista opera a partir de uma ética que coloca o sujeito e seu desejo como eixo do trabalho.

Essa ética está referida, de um lado, à política do psicanalista no acompanhamento do trabalho que cada sujeito em tratamento empreende e, de outro, à sua inserção no espaço do trabalho em equipe. Nesse espaço a ética da psicanálise pode ser sustentada como uma política, na medida em que ela incide justamente sobre o que não anda, o que faz obstáculo, sobre o impossível do real, no sentido de sustentar esse furo no saber que favorece o reviramento discursivo, que movimenta a instituição e dá lugar à clínica que é sempre de cada sujeito (RINALDI, 2015, p.122).

Por fim, se pensarmos de maneira mais abrangente, veremos que a situação deste CAPS ad e suas similaridades com tratamentos conduzidos sobretudo pela moral religiosa ²⁹ não é algo que se oponha significativamente a alguns projetos políticos atuais, demonstrando que a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil permanece desafiadora. Podemos concluir, nesse sentido, que o tratamento para o uso de substâncias psicoativas ainda segue atravessado

²⁹ Orações religiosas feitas antes do almoço, a prevalência de hinos religiosos nas oficinas de música e de filmes religiosos na oficina de cinema, assim como a confraternização de fim de ano cuja organização remetia a de um culto religioso com orações, leitura da Bíblia e músicas evangélicas, exemplificam a adoção de tal posicionamento.

pela moral e pela estigmatização do usuário de drogas. Em outras palavras, o funcionamento desse CAPS ad revela em seu âmago algo que diz respeito a macro política e, nessa perspectiva, não é um caso extremo ou isolado à medida que revela algo em permanente tensão e disputa entre o que é preconizado pelo SUS e o que implementa os governos.

Observamos um jogo duplo do poder público de investimento simultâneo em comunidades terapêuticas e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que os primeiros oferecem internações de longa permanência – aproximando-se, por vezes, aos modelos manicomiais no que se refere à violação dos direitos humanos ³⁰–, enquanto os segundos preveem um acompanhamento territorial, em oposição à segregação.

Será possível avançar no tratamento oferecido a pessoas com sofrimento relacionado, também, mas não só, ao uso de psicoativos em contexto tão adverso? Afinal, a quem serve uma implementação frágil e equivocada das políticas públicas, de maneira cada vez mais distanciada de pressupostos fundamentais da Reforma Psiquiátrica e da efetivação de direitos básicos de cidadania?

Manter em aberto esses questionamentos pode contribuir na construção de um saber (também) sobre os insistentes fracassos que acompanham essa empreitada.

³⁰ A respeito disso, indicamos a leitura do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas organizado pelo CRP. O documento mostra inúmeras situações de violações aos direitos humanos ocorridas em Comunidades Terapêuticas. Outrossim, indicamos um documento mais recente, o Relatório de Inspeções do Projeto Redenção organizado pelo Conselho Municipal de Políticas de Drogas e Álcool de São Paulo (COMUDA) de 2017.

CAPÍTULO 4

4. O sujeito enfim em questão

Trilhando o caminho já percorrido por alguns psicanalistas que estudaram o fenômeno do uso de drogas em busca de referências acerca desta manifestação na obra freudiana, constatamos que é consensual a conclusão de que Freud não possui uma teoria específica para a relação do humano com as drogas e não atribui a esse fenômeno uma nosografia própria ou mesmo uma exclusividade em relação a uma determinada estrutura clínica (GARFINKEL, 2011; SANTIAGO, 2001; GIANESI, 2002; RIBEIRO, 2012).

Apesar disso, muitos autores tentaram seguir o caminho inicialmente desbravado por Freud tentando situar a chamada “toxicomania” conforme a nosografia psicanalítica, abrindo uma ramificação no terreno da psicanálise.

Dessa revisão bibliográfica dos textos freudianos, os autores pinçaram comentários e reflexões sobre essa manifestação clínica. Seguiremos tal trilhamento retomando Freud para posteriormente pensar os acréscimos de Lacan.

Em 1898, numa correspondência a Fliess, Freud demonstrou partir de uma observação fundamental: nem todas as pessoas que usam drogas tornam-se habitadas. Trata-se de uma reflexão valiosa, pois conforme vimos nos capítulos anteriores, na atualidade ainda é difundido um discurso proibicionista que defende que o simples contato com a substância pode causar dependência, hiperestimando o potencial da droga e negligenciando a relação do usuário com a mesma.

Nas passagens em que Freud refletiu sobre esse fenômeno notamos a sua inclinação para analisar justamente a relação dos sujeitos com as drogas. Destacamos, nesse sentido, o rigor da investigação psicanalítica desde seus primórdios que não sucumbiu a análises apressadas, superficiais ou pactuadas com a moral vigente.

A respeito dessa postura, Santiago (2001) teceu comentários acerca da trajetória de Freud nos estudos sobre a cocaína, anteriores mesmo ao fundamento da clínica psicanalítica. Para o autor, Freud assumiu desde o princípio uma postura de pesquisador que, embora estivesse em concordância com os preceitos científicos da época, apresentava algumas diferenças

importantes tais como não limitar-se a investigar os princípios ativos das substâncias, mas preocupar-se em relacioná-los com o bem-estar geral de quem as utiliza. Ademais, lembrou que a psiquiatria da época já tinha isolado a toxicomania enquanto entidade clínica e os estudos freudianos não seguiram essa direção.

Quando Freud escreveu sobre o caso Dora (1905/1996), fez uma aproximação entre sintomas psiconeuróticos com manifestações de intoxicação e abstinência de psicoativos e, mais, estabeleceu uma comparação entre relacionamentos amorosos e as drogas. Freud utilizou a metáfora de que a relação entre uma pessoa que apresenta um quadro de intoxicação crônica com a droga é similar a de um hipnotizador (droga) com um hipnotizado (sujeito). Parece destacar, nesse sentido, o caráter de sideração da droga.

Em *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*, Freud (1912/1996) teceu comentários acerca do alcoolismo e utilizou a expressão “casamento feliz” para referir-se a pessoa que possui uma relação compulsiva com a bebida. Novamente trouxe analogias entre droga e relacionamentos amorosos.

Nos *três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/1996) fez indagações acerca da relação entre determinadas zonas erógenas na infância e a habituação por determinadas drogas. O exemplo do autor é de uma criança que chupa o dedo cuja oralidade poderá apresentar futuramente uma inclinação para fumar e consumir bebidas alcoólicas.

Nesses textos observamos que as analogias entre a relação com as drogas e as relações amorosas ou com zonas erógenas não são despropositadas: Freud está indagando sobre as causas da compulsão por determinadas drogas e suspeitando de que funcionam como substituição sexual. A noção da droga operando enquanto substituição se assemelha ao funcionamento do sintoma.

Tanto as analogias entre droga e relacionamentos amorosos como a ideia de substituição continuam repercutindo na formalização desse fenômeno na visão psicanalítica e abrindo um campo de pensamentos diversificados. Como exemplo, as comparações entre o uso de psicoativos e os relacionamentos amorosos permitiram a Gurfinkel (2011) teorizar sobre adicções interpretando

que desse paralelo com o amor: “A adicção é uma forma de paixão, e a paixão é uma espécie de amor viciado ou vício amoroso”.

Já a análise de Freda (1994), ao contrário, entende que a noção da droga operando como substituição sexual é uma ideia basilar trazida por Freud e que pode ser lida em termos lacanianos como a substituição do gozo sexual pela droga:

Há em Freud uma precisão extrema na correlação entre uma manifestação sintomática e uma forma de sexualidade. Esta recebe uma função especial no caso da toxicomania; é a droga que representa o papel principal em sua ligação com a sexualidade. A droga ou os narcóticos, para seguir a definição de Freud, são em regra geral os substitutos do gozo sexual faltoso (FREDA, 1994, p.45).

Em *Luto e Melancolia* (1917/1996) temos outra pequena referência à questão do uso problemático de drogas. Freud fez observações sobre o efeito do álcool produzindo suspensão do recalque. Trata-se de uma constatação interessante, pois de alguma maneira Freud parecia atentar-se ao fato de que a relação do *sujeito* com as substâncias poderia trazer consequências na maneira como as formações do inconsciente se apresentam. Sobre essas possíveis particularidades, falaremos mais adiante.

A reformulação da teoria pulsional operando conforme um sistema econômico, as teorizações acerca da origem do supereu e o desenvolvimento de conceitos como pulsão de morte e repetição produziram uma virada na clínica freudiana. Nesse sentido, em *Mais além do princípio do prazer* (1920/1996) verificamos a demarcação de um antes e depois na obra de Freud, inaugurando a segunda tópica. Esse avanço na clínica psicanalítica evidentemente trouxe novos elementos para pensar o uso compulsivo de drogas. A noção da libido funcionando conforme um sistema econômico passaria então a se aplicar também à compreensão do uso de drogas.

No *Mal-estar da civilização* (1929/1996), Freud pontuou a intoxicação de substâncias psicoativas como uma das possibilidades humanas em lidar com o mal-estar e, pensando em termos econômicos, chegou a comentar que as drogas “são responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano” (p.86). Ademais, Freud avaliou que utilizar do recurso do efeito

psicoativo seria o modo mais bem-sucedido em provocar um afastamento do mundo externo.

Isso que se verifica como um distanciamento do mundo externo por parte dos *sujeitos* usuários de substâncias é uma característica notável que produziu diferentes interpretações no meio psicanalítico. O que nos leva a indagar: afinal, o que observamos diz respeito ao que explicaríamos na leitura freudiana pela economia libidinal e poderíamos avançar pensando na perspectiva lacaniana como uma modalidade de gozo? Ambas estão no nível do fenômeno, ou então deveríamos entender como algo que diz respeito à estrutura, ou seja, próprio a um dos três modos possíveis do humano em lidar com a linguagem e a castração, a saber: neurose, psicose e perversão?

Para responder a essas questões, seguiremos com a psicanálise lacaniana e teceremos comentários sobre outras abordagens psicanalíticas e sobre a psiquiatria contemporânea em grande parte guiada pelo DSM V e pelo CID-10 de modo a delimitar nosso posicionamento e traçar as diferenças com outros campos que também trabalham com esse fenômeno e tem algo – diferente – a dizer sobre ele. Antes, contudo, cabe alertar que não é parte do objetivo desse trabalho dirigir uma investigação detalhada acerca dos posicionamentos controversos na psicanálise em relação a essa questão, apenas tomaremos as diferenças de modo comparativo como um recurso para melhor circunscrever nossa leitura.

Salientamos que nossa posição é a de que os diferentes usos de drogas, inclusive o uso compulsivo, é um fenômeno clínico transestrutural, portanto, observável na neurose, na psicose e na perversão sendo necessário recorrer ao diagnóstico estrutural como direção do tratamento. Desenvolveremos essa questão no item 3.2 intitulado *O sujeito e o diagnóstico estrutural*.

4.1 Toxicomania e psiquiatria

O uso compulsivo de drogas foi agrupado pela psiquiatria na virada do século XIX para o século XX junto a outras “loucuras do impulso” (*folies d’impulsion*), por vezes, também tipificadas como doenças mentais nas fronteiras entre as questões de justiça e de saúde:

A categoria clínica de monomania instintiva provoca uma grande controvérsia na psiquiatria nascente: a descrição da categoria médico-legal da monomania homicida, de um lado, e o grupo das diversas ações mórbidas – incêndio, roubo, assassinato, embriaguez, suicídio e outras -, consideradas no quadro impulsivo puro, de outro, geram um conflito de competência entre a instância jurídica e a médica (SANTIAGO, 2001, p.83).

Posteriormente, caiu a noção de monomania instintiva dando lugar à concepção de distúrbios do ato impulsivo em que a preponderância é a do impulso em ingerir determinadas drogas e não do ato em si. De qualquer maneira, o agir impulsivo se manteve ocupando lugar central para pensar esses casos. No que se refere ao modo de ser das pessoas classificadas a partir desse diagnóstico psiquiátrico, este passou a ser descrito de “degenerado” para “desequilibrado” numa tentativa de atenuar estigmas morais.

A toxicomania encontra, portanto, suas origens na psiquiatria, mais especificamente na discussão sobre mania aplicada à problemática dos distúrbios dos atos impulsivos [...] a excitação maníaca que se manifesta na forma de ímpeto irresistível dirigido aos venenos artificiais, precede o ato toxicomaniaco. É nesse sentido que a psiquiatria distingue a categoria clínica da toxicomania, caracterizada como uma “necessidade imperiosa de se intoxicar”, da série metonímica: morfomania, eteromania, cocainomania, haxixomania, cloromania e opiomania. As primeiras incidências clínicas da categoria da “toxicomania” seguiram-se à própria existência dessa série. Só a partir do momento em que a psiquiatria esgotou seu saber sobre o “ato maníaco impulsivo” é que se tornou possível o aparecimento do *toxicon* como verdadeiro ponto de basta dessa sequência metonímica. (SANTIAGO, 2001, pp.84,85)

A origem da toxicomania na discussão do conceito de mania demonstra, de imediato, a dificuldade que a disciplina psiquiátrica encontra para organizar esses elementos clínicos numa classificação nosológica mais rigorosa. Detectar uma sensibilidade aos tóxicos, que, muitas vezes, encobre um verdadeiro distúrbio do ato impulsivo, revela-se insuficiente para definição rigorosa de uma entidade clínica. Em resumo, essa dificuldade inicial já anuncia os impasses iniciais da psicanálise para enquadrar os fenômenos de ordem clínica da toxicomania nas estruturas clínicas propriamente ditas. (SANTIAGO, 2001, pp.84,85)

O curso do isolamento dessa categoria clínica seguiu na psiquiatria com a mesma tendência das demais psicopatologias: nos manuais psiquiátricos houve uma progressiva retirada das explicações psicodinâmicas (entre elas, a psicanálise) em prol de uma suposta objetividade e homogeneidade de uma psiquiatria baseada na descrição, agrupamento e ordenamento dos sintomas, o que culminou em certo distanciamento da clínica e em colocar numa relevância menor a consideração de elementos subjetivos, históricos e culturais (FERREIRA, 2016).

Em sua pesquisa, Ferreira (2016) dialogou com uma linha de pensamento que estuda a denominada dependência química e concluiu que essa vertente oferece preponderantemente explicações de caráter neurobiológico para responder por que uma pessoa torna-se “dependente de droga”. A partir de sua investigação, foi possível concluir que o diagnóstico de dependência química é construído com base na observação da sintomatologia, isto é, a partir da observação, descrição e classificação de comportamentos. Essa razão diagnóstica enfatiza aspectos fisiológicos e comportamentais e conta com o auxílio das neurociências.

Os atuais manuais médicos e psiquiátricos tais como o CID-10 e o DSM V, apesar de serem supostamente ateóricos por buscarem certa unidade entre as diversas vertentes psicopatológicas, pagam o preço de uma objetividade que, segundo Ferreira, está longe de uma neutralidade, pois apresenta uma demarcação conceitual que se aproxima do campo biomédico.

O modelo biomédico é baseado num modelo de doença cuja causa da dependência de drogas encontra-se em aspectos biológicos, genéticos e ambientais. Do ponto de vista biológico e genético há a ênfase em estudar o Sistema Nervoso Central e falhas no Sistema de Recompensa Cerebral a partir dos neurotransmissores. Já em relação às explicações ambientais (um modelo biopsicossocial faz a junção entre os aspectos biológicos e hereditários com os fatores ambientais), existem aspectos psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais a serem considerados. Entretanto, é importante mencionar que diversos fatores ambientais são analisados à luz de um modelo de comportamento que utiliza explicações behavioristas ou cognitivo-comportamentais tais como explicações baseadas em conceitos como condicionamento, condicionamento operante e modelagem. O tratamento, no

caso, seria norteado pelos mesmos pressupostos de que as intervenções trabalhariam a partir do comportamento – que pode ser aprendido ou condicionado (FERREIRA, 2016).

Laranjeira (2012), um importante psiquiatra dessa vertente de pensamento, em sua definição de dependência química parece ilustrar bem essa posição:

A dependência química é uma doença crônica em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças no cérebro. O consumo de substâncias psicoativas pode causar mudanças duradouras nas estruturas e no funcionamento neuronal que são a base das anormalidades comportamentais associadas à dependência (LARANJEIRA, 2012, p. 23 apud FERREIRA, 2016).

À luz da psicanálise, Ferreira (2016) critica a perspectiva biomédica amplamente presente na clínica de álcool e outras drogas – inclusive na saúde pública.

A psicanálise, através de sua ética (do desejo), se contrapõe a qualquer forma de naturalização ou biologização do ato toxicomaniaco, que sob a rubrica do fisiológico, pretensamente demonstrável, por indicadores de substâncias endógenas, reduz o corpo ao organismo passível de controle por meio dos psicofármacos. Ou seja, o que a Psicanálise tem a oferecer ao dito sujeito toxicômano é a proposta de levá-lo a se interrogar a respeito de sua prática de consumo. (FERREIRA, 2016, p. 176).

É importante ressaltar que o diagnóstico estrutural é próprio de nossa esfera, sendo assim, delimitamos que o diagnóstico médico pautado nos manuais psiquiátricos CID-10 e DSM V não fazem parte de nosso campo de trabalho. Enquanto psicanalistas, não partilhamos do diagnóstico presente no manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de *Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas* (F.19 – CID-10), nem do diagnóstico de *Transtorno de Uso de Substância* realizado a partir do *Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais* (DSM V) feito pela Associação Americana de Psiquiatria, pois tais diagnósticos identificam a manifestação desse fenômeno tomando como referência sobretudo a frequência do uso. Já o diagnóstico psicanalítico é

feito pela linguagem, ou seja, a maneira como o *sujeito* se relaciona com a linguagem dirá de sua estrutura.

De nossa clínica é importante observar que jamais o fenômeno pode determinar a estrutura; na realidade, cada sujeito estabelecerá relações com as drogas cujas intensidades e formas serão sempre meios singulares da inabilidade dos sujeitos em lidar com o desprazer, o mal-estar, ou seja, a castração. É a partir da relação com a castração que o exame estrutural irá identificar a maneira pela qual cada sujeito se inscreve nas estruturas psíquicas, identificando com isso o processo de construção das subjetividades, estejam elas ligadas ou não ao consumo de drogas. Neurose, psicose e perversão são as estruturas que surgem como respostas ao enigma da castração (ALBERTI, INEM, RANGEL, 2003, p. 16).

Apresentamos, portanto, uma divergência diagnóstica com esses manuais psiquiátricos. São diferenças inevitáveis e inconciliáveis, já que partem de racionalidades distintas.

Esclarecido acerca disso, podemos discorrer sobre a orientação psicanalítica com a qual esse trabalho se alinha.

4.2. O *sujeito* e o diagnóstico estrutural

Nos termos psicanalíticos, o nascimento de uma criança não equivale ao do *sujeito*. A constituição psíquica é complexa e haverá uma “escolha forçada” em que o sujeito deverá posicionar-se diante da castração de três maneiras possíveis conforme os termos freudianos: recalque (*Verdrängung*), rejeição (*Verwerfung*) ou denegação (*Verleugnung*).

Ao nascer, o *infans* está obrigatoriamente mergulhado na linguagem. Contudo, a maneira como irá apropriar-se dos significantes do Outro e como irá posicionar-se diante do Outro não será de maneira genérica e equivalente. Ao nascer o bebê está assujeitado a um outro que deverá providenciar cuidados que garantam sua sobrevivência (alimentação, asseamento, abrigo, etc.), mas também está assujeitado a um Outro enquanto universo da linguagem, tesouro dos significantes. Quando falamos desse assujeitamento a um Outro falamos do ponto de vista lacaniano da operação de alienação.

Contudo, o *infans* poderá passar por outra operação que permita separar-se desse Outro que pode aparecer de maneira absoluta e sem furos. Falamos

aqui de outra operação: separação. Ao contrário da operação de alienação que é destino para todos, a separação é escolha para alguns, isto é, a partir desse momento podemos verificar diferentes posições subjetivas de acordo com o modo em que o *sujeito* irá se posicionar diante do Outro.

O Outro precisará ser faltoso e incompleto para que de um estado de completude e fusão o *infans* possa fazer a pergunta: o que o Outro quer de mim? E então lançar-se numa busca pelo desejo do desejo do Outro. Isso que observamos no *a posteriori* é efeito da operação de separação, isto é, concluímos que o Outro é furado, incompleto, faltoso. A falta, portanto, está instaurada e, conseqüentemente, o desejo também. Neste caso, notamos que houve a inscrição do significante Nome-do-Pai, significante que barra o desejo materno. Da operação de separação cai o objeto a da repetição na qual se desenrola a cadeia significativa.

É próprio ao neurótico buscar objetos substitutos ao objeto que originariamente se perdeu. É na trama entre desejo e gozo que o desejo, causado e movido pela falta, coloca um limite à busca por esses objetos substitutos que são também meios de gozo. Contudo, se considerarmos que o desejo funda a lei, entendemos que esses meios de gozo serão limitados, interditados, pois não se pode alcançar a completude – embora se busque por ela. E assim o neurótico estará destinado a deslocar-se de objeto em objeto, pois o desejo é movimento. O desejo é aquilo que se subtrai entre a demanda e a necessidade, o que não se esgota nessa operação, é o que escapa e não se satisfaz. Dito de outro modo, o objeto a está perdido desde sempre sendo impossível um dia localizá-lo e capturá-lo. Porém, é nessa busca que o desejo é posto em movimento. Não à toa uma das nomeações do objeto a é objeto causa do desejo. E mesmo quando Lacan formula posteriormente o objeto a em sua função de mais-de-gozar, ele sublinha a sua característica de recaptura de gozo.

Repete-se, mas nunca o mesmo. Busca-se o unário primitivo, a origem, mas não os encontra. Novamente, pela própria estrutura da linguagem, a característica substitutiva das palavras faz preservar o caráter de impossível da suposta origem. A repetição, de acordo com a psicanálise, é a referência ao original que não o imita e assim, conduz ao novo. Uma tentativa de alcance do perdido e ilimitado gozo absoluto ocorre, porém sob a égide de outro gozo: após a castração – o fálico. A

repetição é a busca por reeditar uma situação perdida que se mantém dentro dos limites da estrutura. É interessante, então, notar a dupla função da repetição. Se por um lado é busca pelo perdido e pelo gozo, por outro, a cada vez que opera, reedita o limite do gozo (GIANESI, 2002, p.80).

Entretanto, caso haja a operação de separação, não constataremos com exclusividade a emergência de um *sujeito* neurótico. O perverso também passa pela castração, mas no caso dele, estruturalmente falando, o perverso é aquele que se coloca como suplemento para o Outro, que tenta tamponar o furo do Outro e, assim, tenta desmentir a castração supondo o que falta no Outro e tentando preencher sua falta:

Afirmo desde já que a função do perverso, a que ele cumpre, está longe de se basear num desprezo qualquer pelo outro, pelo parceiro, como se disse durante muito tempo [...]o perverso é aquele que se consagra a tapar o buraco no Outro. Para introduzir aqui as cores que dão relevo às coisas, direi que, até certo ponto, ele está do lado do fato de que o Outro existe. É um defensor da fé. (LACAN, 1968-1969, p. 245).

Caso não haja a inscrição do significante Nome-do-Pai a estrutura será psicótica. Nas palavras de Quinet (2009), “o Nome-do-Pai tem a função de amarração da cadeia dos significantes com a dos significados”. Se o modo como nos posicionamos diante da castração diz de nossa forma de se relacionar com a linguagem, evidentemente na psicose observamos especificidades: na esquizofrenia a dispersão significante e na paranoia a retenção de um significante-mestre. Da mesma maneira, a relação com o Outro apresenta particularidades e pode ser experienciado de maneira invasiva e ameaçadora em fenômenos como na erotomania, na persecutoriedade, na evitação e na fragmentação.

[Na psicose] Trata-se do retorno no outro, meu semelhante, daquilo que é minha Outra Cena, o inconsciente. Nesse retorno, meu semelhante, o pequeno outro, se transforma num grande Outro. Quem é esse Outro? Na paranoia, o outro é sem lei e quer prejudicar o sujeito. Na esquizofrenia, o sujeito se retrai autistamente em relação ao outro da injúria alucinatória. O melancólico é o indigno do outro e culpado pela ruína do social; o maníaco é o pródigo que faz do outro sua fartura, e o megalomaníaco é o Um que se considera o outro de todos os outros e quer ordenar o social (QUINET, 2009, p.50).

É importante sublinhar que a constituição do sujeito aqui abordada é estrutural e não ambiental, ou seja, existe um ordenamento de operações simbólicas que seguem um tempo lógico, portanto, não se trata de uma linha de desenvolvimento com etapas e fases a serem atingidas conforme o grau de complexidade e a aquisição de novas habilidades. Outro ponto importante a ser destacado é que essa “escolha forçada” só poderá ser verificada *a posteriori*: o diagnóstico estrutural em psicanálise é feito pela linguagem e sob transferência, não é, portanto, no nível da descrição comportamental. Será sempre retroativamente que poderemos presumir que essas operações ocorreram, não podemos acompanhar sua incidência observando comportamentos.

[...] não creio de modo algum que haja em parte alguma um momento, uma etapa em que o sujeito adquire em primeiro lugar o significante primitivo e que depois disso o jogo das significações é introduzido e que depois disso ainda, significante e significado tendo se dado os braços, entraremos no domínio do discurso (LACAN, 1955-1956/2010, p. 179).

Discorrer sobre as três possíveis posições subjetivas diante da castração é importante porque o diagnóstico estrutural é imprescindível ao analista enquanto direção do tratamento.

Nesse sentido, trazendo essas considerações para pensar sobre o *sujeito* que faz um uso significativo de psicoativos e se apresenta sob a denominação de “adicto”, “viciado em drogas”, “dependente químico”, “toxicômano”, entre outras terminologias para dizer de sua relação com as drogas; para a psicanálise, podemos dizer que não será o uso, abuso ou compulsão por drogas que norteará o tratamento psicanalítico, mas sim o *sujeito* que poderá apresentar ou não a sua queixa relacionada ao uso crônico de drogas.

[...] não é raro encontrarmos sujeitos que, apesar de fazerem uso de drogas regularmente e há vários anos, não se consideram dependentes, pois a droga não ocupa um lugar importante em suas vidas e por isso não lhes causa nenhum tipo de problema. Por outro lado, há quem consuma drogas com a mesma frequência e ao longo do mesmo período de tempo que os primeiros, mas se considera um toxicômano porque a droga se tornou a razão de sua vida, além de tê-la transformado radicalmente. (ALBERTI, INEM, RANGEL, 2003, p. 13).

A distinção dos tipos de usuários de drogas e das diferentes formas de uso de drogas também é discutida por Ribeiro (2012):

[...] tanto para as ciências sociais como para a medicina e a psiquiatria clássica tais diferenças pautam-se na quantidade e frequência do uso de drogas, para com a psicanálise, os critérios capazes de diferenciar os tipos de usuários e formas de uso existentes só podem dizer respeito à modalidade de gozo experimentada e suportada por eles (RIBEIRO, 2012, p. 53).

Proposições a respeito da possível queixa relacionada ao uso de drogas também são trazidas por Giansesi (2002). Ela pontua que não cabe ao analista nomear e diagnosticar a partir da terminologia “toxicomania”. Explana que a apresentação do *sujeito* enquanto “toxicômano” é uma representação imaginária de si mesmo que não difere de outras formas neuróticas de se apresentar perante o analista: “não é exclusividade do sujeito denominado toxicômano a repetição ou a queixa produzida pela crença em sua identidade” (pp.94,95).

Se há alguma especificidade no sujeito nomeado toxicômano, esta não advém do objeto droga e seus efeitos, nem da qualidade da compulsão à repetição, as quais parecem ser condições de possibilidades do sujeito na psicanálise, mas algo da ordem imaginária. O sujeito, a partir de sua identidade, queixa-se ou dirige sua pergunta a um outro suposto saber sobre seu desejo, o sujeito se diz toxicômano (GIANESI, 2002, p.94).

A partir dessas considerações, podemos dizer que a dita “toxicomania” tem a ver com a designação do próprio *sujeito* em relação ao uso de drogas e também com uma nomeação proveniente do laço social e da psiquiatria – da qual o sujeito pode se apropriar. Em todo caso, tratam-se de campos externos à psicanálise, tal como defende Giansesi (2002).

Porém, a denominada toxicomania pode ser definida por alguns psicanalistas como Ribeiro (2012) a partir do lugar em que a droga ocupa na economia psíquica, a função que desempenha, os efeitos nos laços sociais e na subjetividade de cada um.

O posicionamento que consideramos mais interessante e pertinente é de que o toxicômano não existe. Zafiropoulos (1994), Santiago (2001) e Giansesi

(2002) trazem essa concepção para resgatar a centralidade do *sujeito* na clínica psicanalítica e para demarcarem que a toxicomania é oriunda de um campo externo à psicanálise. Tal diferença, portanto, requer ser preservada.

Desse modo, é importante não abrir mão do diagnóstico estrutural para poder pensar, nos casos em que a droga se revela importante no discurso do *sujeito* a função que ela ocupa para ele. E a função não estará desvinculada da estrutura: é possível que a droga funcione como um objeto fetiche para alguns perversos assim como pode servir como sintoma para certos neuróticos, tal como pode apaziguar o sofrimento de alguns psicóticos em lidar com a invasão do Outro. No entanto, o psicanalista só estará minimamente autorizado a falar sobre isso considerando a singularidade de cada caso, afinal, não cabe esse tipo de generalização na clínica.

Discorrido acerca dos diferentes usos e usuários de drogas resta ainda explorar a questão do gozo. Muito se indaga acerca do gozo viabilizado pela droga e trata-se de uma discussão importante, pois diferentemente do discurso da ciência que, conforme já anunciado por Lacan em *A ciência e a verdade* (LACAN, 1966/1998), procura excluir o *sujeito* – e, a partir do avanço do ensino lacaniano podemos acrescentar que também exclui o gozo que diz respeito ao *sujeito* –; a psicanálise tem condições de falar justamente sobre aquilo que é costumeiramente rejeitado pela ciência.

Os dizeres lacanianos posicionam-se, assim, de forma distinta daqueles que pretendem classificar as drogas, já que, com o intuito de atingir a verdade a respeito destas substâncias, os últimos através de seu discurso, isolam cada significante e os relacionam com sua significação, referente ao efeito posto no concreto, às fórmulas químicas. (GIANESI, 2002, p.55).

Na tentativa de entender o gozo obtido pelo psicoativo, alguns autores chegaram até mesmo a indagar se existiria uma particularidade nessa modalidade de gozo, isto é, perguntaram sobre a possibilidade de um “gozo toxicomaniaco”. Entretanto, nos colocamos junto a autores que não veem exclusividade nesse tipo de gozo, mas que observam a possibilidade da ocorrência de uma ruptura (provisória) com o gozo fálico em alguns encontros com a droga.

A ruptura com o gozo fálico supõe um gozo pleno, ilimitado, um acesso ao gozo do Outro (não barrado), um gozo que pode ser comparado ao gozo feminino (gozo suplementar, não-todo fálico) e ao do psicótico (não submetido à ordem fálica). Trata-se de um gozo que pode, inclusive, prescindir do Outro e da linguagem.

Entretanto, novamente é importante diferenciar gozo de estrutura. A experimentação de um gozo diverso do gozo fálico não equivale a dizer que o sujeito é psicótico ou que esteja na posição feminina nas fórmulas de sexuação, apenas que é possível ter acesso a partir do psicoativo a um tipo de gozo que rompe, ainda que temporariamente, com o gozo fálico. Eis a nossa posição, porém, há psicanalistas que apresentam uma leitura para o que se denomina de “toxicomania” a partir de relações objetais e podem fazer coincidir modalidade de gozo e estrutura ou tipo de comportamento e estrutura.

Como exemplo, a perspectiva de Gurfinkel (2011) não é estrutural e, nesse sentido, verificamos a divergência em relação aos psicanalistas lacanianos no modo de situar as chamadas “toxicomanias” com a nosografia freudiana. O autor parece atribuir aspectos como “degradação do caráter” e a fixação pelo objeto droga como características que aproximam a dita toxicomania da perversão:

[...] A degradação do caráter que muitas vezes acompanha as adições nos faz pensar em um parentesco possível delas com a perversão, este negativo da neurose (GURFINKEL, 2010, p.23).

O fetichismo se caracteriza por uma fixação exacerbada por um objeto sexual parcial, que se torna condição indispensável para o gozo. Esta forma de perversão descrita por Freud serve bem como modelo para pensar a adicção, ela mesma, também, uma fixação a um objeto exclusivo na busca de prazer, em detrimento de outras vias de satisfação (GURFINKEL, 2010, p.51).

Do mesmo modo, a característica que algumas pessoas que usam drogas de maneira compulsiva apresentam de tentar prescindir do Outro ou que, de alguma maneira, parecem fazer um curto-circuito nessa relação com o Outro, é interpretada por Gurfinkel como algo que aproxima a adicção (termo usado pelo autor) tanto do terreno da perversão como da psicose.

Ao contrário desta perspectiva, entendemos que não existe uma clínica própria e específica para os *sujeitos* que apresentam problemas relacionados ao consumo de psicoativos, mas sim uma clínica que escuta o *sujeito*. Porém, isso não é consenso nem mesmo no meio psicanalítico orientado pelo ensino lacaniano: há autores que situam a chamada “toxicomania” no campo da perversão.

Melman (1992) defende que o toxicômano goze da alternância entre a abstinência e o efeito do psicoativo. A partir desse jogo de presença e ausência traça similaridades com a perversão e chega a afirmar que a toxicomania é uma manifestação própria da perversão:

A disposição que ora assinalamos é interessante, também de um ponto de vista teórico, para situar sem hesitar a toxicomania no campo das perversões. Somente estas últimas, com efeito, induzem a uma economia psíquica dominada por um tal jogo de presença-ausência, uma dominação exercida sobre o jogo equivalente a uma introjeção, um gozo de seu desaparecimento (MELMAN, 1992, p. 122).

Outrossim, Birman (1993) compara a droga ao objeto fetiche do perverso que serve para desmentir a castração. Pensando a toxicomania (tal como o autor denomina) na contemporaneidade, ele também a situa como uma das patologias do corpo e da ação de nosso tempo junto a outras queixas atualmente comuns tais como o estresse, burn out, dores difusas e compulsões de diversas ordens que, segundo ele, seriam exemplos atuais da expressão do mal-estar no corpo. A ideia é de que o corpo, enquanto representante da castração produz ações como impulsos descarregados descontroladamente, com efeitos de curta duração, que, inclusive por isso, favorecem a repetição do ato (BIRMAN, 2003). É interessante notar que tanto a ênfase na compulsão como a definição de patologias do corpo e da ação, podem ser aproximadas às loucuras do impulso, formuladas pela psiquiatria, nas quais inicialmente as chamadas toxicomanias se enquadraram. Sendo assim, é possível perguntar se o parentesco entre as proposições não indica um resquício da concepção psiquiátrica. Deixamos a pergunta em aberto.

De qualquer forma, embora a obra freudiana seja o ponto de partida de todos os autores mencionados, é notório que são diferentes leituras do mesmo fenômeno. Tais diferenças demarcarão concepções divergentes e também uma variedade de manejos na clínica.

A posição com a qual concordamos é a de que o sujeito dito toxicômano não pertence a uma estrutura exclusiva. Verificamos nessa manifestação clínica especificidades na relação com o Outro e modalidades de gozo que, por vezes, podem trazer equívocos no que se refere ao diagnóstico: o que está no nível do fenômeno pode ser confundido e tomado como próprio a uma determinada estrutura.

Desfaçamos alguns embaraços. Santiago (2001) propõe que na toxicomania existe um modo de gozo com um aspecto que tenta prescindir do Outro e, nesse sentido, pode ser classificado como um “gozo autístico”, porém, isso não significa que seja um gozo próprio aos autistas ou à estrutura psicótica, apenas indica o aspecto autoerótico desse gozo que tenta não passar pelo Outro. Entretanto, ressalta que se trata apenas de uma tentativa, pois:

A toxicomania é um sintoma da moda, na medida em que se constitui como exemplo de um gozo que se produz no corpo do Um, sem que, com isso, o corpo do Outro esteja ausente. Vale dizer que, em um certo sentido, esse gozo é, no contexto clínico, sempre autoerótico, sempre autístico, mas, ao mesmo tempo, é alo-erótico, pois também inclui o Outro. (SANTIAGO, 2001, p.21)

Outrossim, também ressalta um aspecto cínico dessa modalidade de gozo que também demonstra uma particularidade da relação com o Outro. O gozo cínico diz respeito a uma tentativa de encurtar a chegada ao gozo, de um atalho para a felicidade ao mesmo tempo em que se desacredita nela. Entretanto, é importante frisar que essa característica de buscar e desacreditar na felicidade simultaneamente também não correspondem ao desmentido da castração que ocorre na estrutura perversa.

Se o cínico não carrega nenhuma imagem racional do mundo, nenhuma concepção providencialista da natureza, é porque ele, além de rechaçar, ironiza toda e qualquer forma de transcendência. Não considera que haja um mistério do mundo a ser atingido nem que uma divindade tenha criado o universo para o homem. A seus olhos, tal

qual ela é – e se é forçando a aceita-la - , a condição humana não apresenta nada de almeável. Se o cínico age assim, não é porque esteja marcado por uma falta de coragem ou por um acesso de ceticismo que o levaria a renunciar à felicidade. Ao contrário, o cínico visa, contra tudo e contra todos, à felicidade em um mundo em que os reveses infligidos pela Fortuna são moeda corrente, um que o homem é não apenas vítima das paixões, inerentes à sua própria condição, mas também submetido às agressões de um mundo ambiente que o aprisiona no que se designa como os valores da civilização (SANTIAGO, 2001, p.21 e 22).

Assim sendo, aspectos do gozo proveniente da relação do *sujeito* com as substâncias psicoativas não são suficientes para definir a estrutura. É interessante interrogar se a concepção de que a toxicomania³¹ é própria à estrutura perversa não carrega resquícios de teor policianesco do fenômeno em questão. Conforme discorreremos nos capítulos anteriores, o cenário em que a toxicomania se apresenta tem muito a ver com o Discurso Capitalista e com as políticas proibicionistas. A maneira como os laços sociais são interpretados certamente traz consequências no âmbito da clínica e, nesse sentido, chama a atenção como a ideia de que o uso compulsivo de drogas é próprio à perversão ou que traz consigo a delinquência e a transgressão. Tal ideia ofuscou a possibilidade de considerar que neuróticos também podem apresentar sofrimento relacionado ao uso de drogas.

Sobre o entendimento do uso problemático de drogas como um sintoma neurótico, Ribeiro (2012) assinala que existem divergências entre psicanalistas sobre essa questão. Lembremos que o sintoma é uma operação que supõe o recalque e é uma das manifestações do inconsciente que traz o retorno do conteúdo recalçado assim como outras manifestações o fazem (os sonhos, chistes e atos falhos). A utilização de psicoativos, nesse sentido, não se refere a uma produção do inconsciente, mas a uma técnica que produz um meio de gozo que pode ter diferentes funções conforme a estrutura psíquica. Apesar disso, alguns psicanalistas defendem que o uso problemático de drogas pode funcionar

³¹ Muitos autores psicanalistas utilizam o termo “toxicomania” que, conforme discorreremos ao longo dessa pesquisa, surgiu da psiquiatria. Temos uma perspectiva crítica em relação à adoção deste termo, inclusive porque utiliza o sufixo “mania” que, a rigor, psicanaliticamente falando, é um fenômeno observável na estrutura psicótica no tipo clínico melancólico. Assim sendo, não é um termo que traduza com rigor a concepção psicanalítica acerca dos sujeitos que nomeiam seu sofrimento (também) a partir da compulsão pelo uso de álcool e outras drogas.

como sintoma para alguns neuróticos e, nesse caso, teria a função de satisfação pulsional substitutiva tal como o sintoma. Contudo, isso não quer dizer que para todo neurótico o uso compulsivo de drogas seja um sintoma, pois para muitos neuróticos, a droga pode ser apenas um recurso para atenuar a angústia.

Santiago (2001) desenvolve essa questão fazendo a distinção entre: a toxicomania compreendida como uma nova forma de sintoma enquanto efeito do discurso – o que não se confunde ao diagnóstico estrutural traçado no tratamento – ; a toxicomania servindo para alguns neuróticos enquanto técnica substitutiva à formação do sintoma; a toxicomania funcionando como sintoma em alguns casos específicos.

No caso da toxicomania impedindo a formação do sintoma em alguns casos de neurose, a partir de sua experiência clínica o autor comenta:

Contrariamente à natureza do sintoma, sempre desvelado pela função significativa, a experiência clínica com os pacientes toxicômanos testemunha a presença massiva de acting-outs ou, mesmo, de passagens ao ato. Pelo menos no início do tratamento, fica bastante evidente que não se está em face de alguém que traz equívocos do pensamento, discordâncias entre a palavra e a linguagem, fonte mesma de toda construção posterior do sintoma. A importância (SANTIAGO, 2001, p.34).

No que tange à toxicomania funcionando como sintoma em sua característica de formação de compromisso, Bastos e Ferreira (2012) explicam que:

[...] o uso de drogas seria uma resposta sintomática do sujeito diante do retorno do recaiado, isto é, diante de situações que recolocam o sujeito face à castração. O uso de drogas seria uma solução de compromisso, sendo, portanto, uma satisfação pulsional substitutiva (BASTOS e FERREIRA, 2012, p. 123).

Por fim, em relação à toxicomania enquanto nova forma de sintoma, Santiago admite essa possibilidade com as devidas ressalvas:

Enquanto efeito de discurso, é possível falar da toxicomania como uma nova forma de sintoma, o que, de forma alguma, é suficiente para definir uma estrutura clínica, como atesta o corolário, já admitido no campo freudiano, da inexistência do toxicômano. (SANTIAGO, 2001, p.20).

A discussão sobre o uso prejudicial de drogas ser uma nova forma de sintoma é complexa. O *sujeito* se apropria dos significantes ofertados pelo Outro para constituir o seu sintoma, portanto, todo sintoma é simultaneamente singular e social ao mesmo tempo. A dimensão social do sintoma é tão presente na psicanálise, que vale lembrar que Lacan não poupou homologias entre o sintoma psicanalítico a partir da obra de Marx e a descoberta da mais-valia. Apesar disso, alguns autores utilizam da noção de sintoma social para acentuar que no decorrer dos anos os sintomas podem se manifestar de maneiras distintas conforme a época em que se apresentam, portanto, comportam a dimensão cultural.

Vorcaro (2004) diz que sintoma social foi uma categoria criada por um grupo de psicanalistas e que a noção de sintoma social em psicanálise não tem correspondência com a epidemiologia, mas sim “com a inscrição específica da articulação discursiva própria a tal sintoma no discurso social” (p.64).

De qualquer maneira, pensar em sintoma articulado ao discurso ou, mais precisamente como efeito do discurso tal como Santiago definiu, nos leva à discussão sobre o uso compulsivo de drogas e o laço social. Fizemos essa discussão em outro momento dessa dissertação, mas cabe resgatá-la com o acréscimo de uma contribuição de Gianesi (2002) sobre o uso problemático de drogas pensado nos laços sociais e no âmbito da escuta clínica propriamente dita.

A autora faz uma advertência precisa em relação a isso: embora também considere fundamental articular o fenômeno do uso compulsivo de drogas ao imperativo de gozo e de consumo próprio ao sistema capitalista, ela faz a distinção entre o toxicômano criado por representações sociais de uma determinada época e cultura e o *sujeito* num contexto de escuta clínica que pode nomear seu sofrimento a partir desse significante. Afirma que a escuta psicanalítica do caso a caso não pode perder de vista a singularidade do *sujeito* a ponto de perdê-lo em generalizações numa leitura a partir dos laços sociais. Embora tanto no consultório – privado ou público numa escuta em contexto institucional –, o psicanalista esteja atento ao *sujeito* em sua relação com o Outro assim como na análise do *sujeito* no laço social, a psicanalista salienta que num

contexto de tratamento há que se preservar radicalmente a singularidade do *sujeito*.

A partir do diagnóstico psicanalítico, podemos nos deter sobre a relação e a função da droga para cada *sujeito*, isto é, tomando cada caso como único, analisando cada sujeito em sua relação com a droga de modo particular, não compactuando com generalizações e saberes prévios sobre esse *sujeito* com base nas manifestações fenomenológicas.

A toxicomania é uma manifestação. Está fora do campo conceitual psicanalítico. Pode surgir localizada em qualquer estrutura clínica formulada por esta abordagem. Não possui especificidade. Já o objeto droga, que outrossim pode ser utilizado por qualquer um, é abarcado pela teorização psicanalítica, em relação a sua função de gozo. Função de ruptura com o gozo fálico sem a ocorrência da forclusão, quando se revela na presença da castração. O psicanalista está apto a discorrer sobre o gozo da droga, porém o mesmo não ocorre quando se tenta formular conceito psicanalítico relativo à toxicomania. Novamente, não existe gozo da toxicomania, mas apenas aquele propiciado pelo objeto droga, da intoxicação (GIANESI, 2002, pp.71, 72).

Em linhas gerais, embora a modalidade de gozo do *sujeito* na sua relação com a droga possa muitas vezes eclipsá-lo a ponto de ser difícil diagnosticar a sua estrutura, isso não deve ser motivo para abdicar do diagnóstico estrutural enquanto direção do tratamento.

[...] o que a psicanálise ilumina, tanto no âmbito clínico quanto no escopo teórico, é mais a dimensão do gozo presente na relação do sujeito com a droga, do que lançar bases sintomatológicas para fundamentar a categoria toxicomaniaca. Dessa forma, antes de ponderar qualquer raciocínio diagnóstico sobre o quadro nosográfico, o sujeito em sua singularidade de desejo e em sua modalidade de gozo sobe ao palco como protagonista da cena diagnóstica. Na verdade, esse é o compromisso ético que a psicanálise pretende propor ao universo da saúde mental (FERREIRA, 2016, p. 69).

A presente pesquisa possui uma visão crítica sobre os problemas decorrentes do emprego da terminologia toxicomania, já que se trata de uma categoria clínica com certa autonomia, criada pela psiquiatria e incompatível com o diagnóstico psicanalítico. Portanto, toxicomania diz respeito a uma nomeação

proveniente dos laços sociais, mas que não se aplica ao *sujeito* numa análise. Dito de outra maneira, concordamos com os autores que questionam a inexistência do toxicômano (SANTIAGO, 2001, GIANESI, 2002, ZAFIROPOULOUS, 1994) considerando toda a problemática originada das diferentes racionalidades diagnósticas. Apesar disso, o emprego do termo é corrente no meio psicanalítico.

Neste trabalho partimos da posição de que o sujeito faz a droga e não o contrário, porém, por vezes, algumas abordagens parecem se interessar mais na droga e num suposto gozo particular da toxicomania. Na contramão desta perspectiva, trouxemos alguns autores (SANTIAGO, 2001, GIANESI, 2002, RIBEIRO, 2008) para dialogar sobre a dita toxicomania e que pensam o uso particular que o sujeito faz da droga considerando também o lugar que o psicoativo ocupa em sua estrutura psíquica. O trabalho desses psicanalistas também vai na direção de amplificar as questões dando primazia ao *sujeito* e não à substância ou a pretensa particularidade dessa clínica.

Se resgatarmos as considerações de Lacan em seu texto *Do sujeito enfim em questão* (1966/1998), veremos que em relação a uma suposta diferenciação entre uma análise convencional e uma análise didata, ele apresenta o posicionamento de que, no fim, do que realmente se trata é do *sujeito*, ou seja, o autor não se dedica a delimitar especificidades de uma análise conforme sua conjuntura, ele evidencia o *sujeito*. Tomando como referência essa declaração, podemos parafraseá-la para pensar a questão do uso problemático de drogas e dizer que, independente da droga e das circunstâncias de seu uso, a centralidade de uma análise será o *sujeito*.

Considerando o nosso percurso até aqui, no capítulo seguinte podemos tecer algumas considerações sobre as possíveis articulações entre a psicanálise e a lógica de redução de danos.

CAPÍTULO 5

Nesse capítulo de conclusão, fizemos uma síntese do que foi desenvolvido ao longo deste trabalho trazendo algumas considerações finais acerca do fenômeno do uso problemático de drogas em sua articulação com o discurso capitalista e o empuxo-ao-consumo que essa modalidade discursiva incita, bem como as consequências disso.

Examinamos pontos de aproximação e de diferença entre o tratamento psicanalítico e a lógica e estratégia da redução de danos no que se refere ao tratamento oferecido a pessoas com sofrimento relacionado (também) ao consumo de substâncias psicoativas, além de analisar a conjuntura – e as modalidades discursivas – em que se dá a implementação dessa proposta no Sistema Único de Saúde

5.1 Empuxo-ao-consumo e uso de drogas

Exploramos ao longo do trabalho a perspectiva de autores que se debruçaram em demonstrar de que maneira ao longo da história foi se construindo um problema de saúde pública relacionado ao consumo de drogas na modernidade (PASSETI, 1991, MAC RAE, 2003, ROSA, 2012, RODRIGUES, 2012).

Diante disso, a partir de nossa leitura, defendemos a ideia de que o fenômeno do uso problemático de drogas é causado por algo mais específico que apareceu na modernidade: o sistema econômico capitalista e o discurso que ele inaugura tal como apresentamos nos itens 1.1 *Teoria dos discursos de Jacques Lacan* e 1.2 *A toxicomania e o discurso capitalista*.

Discurso do Capitalista



Discorreremos ao longo desta pesquisa acerca das especificidades desse “discurso do mestre moderno” que faz laço associativo, já que ao contrário do

Discurso do Mestre, da Histórica, do Analista e Universitário, no Discurso Capitalista não existe seta que vá do campo do sujeito ao outro. Nesse discurso o sujeito (\$) liga-se pela seta aos gadgets (α), demonstrando que nesse discurso a relação com o outro é mediada por objetos/gadgets.

No discurso capitalista também observamos a particularidade da inexistência de barreira entre o gozo e a verdade. É um discurso que não considera a impossibilidade e a impotência rejeitando a castração e fazendo crer que a falta pode ser tamponada por mercadorias. É um discurso que faz a promessa mentirosa de que tudo é possível porque desconsidera o descompasso entre o gozo pretendido e o gozo possível.

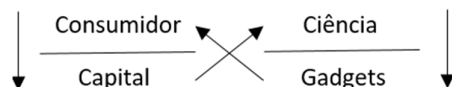
À vista disso podemos utilizar como exemplo as diversas festas e eventos de consumo de álcool e de alimentos de caráter “open bar”, “coma à vontade” ou até mesmo as premiações feitas em alguns estabelecimentos para quem conseguir ingerir determinado alimento em grande quantidade e em curto período de tempo.

A promessa que se anuncia através de estratégias de propaganda e marketing é de um gozo ilimitado. São eventos cada vez mais comuns e valorizados socialmente em que o empuxo-ao-consumo favorece uma experiência compulsiva. Apesar dos excessos escamoteando a falta, o tamponamento de um furo que é estrutural só poderá ser uma promessa mentirosa, uma falácia do que se publicita como gozo ilimitado.

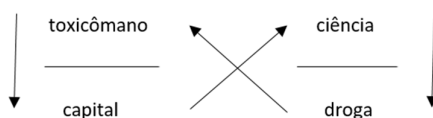
Partindo de referencial teórico distinto, Ong (2015) também analisa a insistência da modernidade em tamponar o vazio bem como o insucesso dessa busca:

[...] A droga só satisfaz em sua curta duração de efeito; a tolerância, a efemeridade e o esvaziamento da experiência impelem o usuário a usar uma vez mais assim que o efeito passa. Fica-se com a produção de efeito de alteração de consciência, perde-se a experiência. A técnica moderna é eficaz em produzir satisfações através das mais diversas vivências. Sua realização introduz necessariamente o seu declínio (ONG, 2015, p. 148).

Expostas essas questões, nessa continuidade podemos ler o discurso capitalista no matema tal como proposto por Quinet (2006): o sujeito (\$) enquanto consumidor como agente do discurso; a ciência produzindo o saber desse discurso (S2); o capital no lugar da verdade (S1) sustentando esse discurso e os gadgets sendo a produção desse discurso (α).



Parafraseando essa formulação e trazendo-a para o nosso campo de pesquisa, propomos ler o sujeito que nomeia – ou tem nomeado – o seu sofrimento como “toxicomania”, “adicação” ou “dependência química” em sua articulação com o discurso capitalista da seguinte maneira:



Neste matema formalizamos o fenômeno da “toxicomania” / “dependência química” no discurso capitalista. Propomos ler como *agente* do discurso o toxicômano (\$) – enquanto representação social com a qual muitas vezes os sujeitos se identificam e da qual, por vezes, se apropriam. No lugar da *verdade*, temos o capital (S1). Na posição do *outro* verificamos a ciência e tecnologia (S2) e, por fim, como produção desse discurso temos a droga enquanto gadget (α).

Ao colocar o dito dependente químico ou toxicômano no matema do discurso capitalista, estamos propondo a leitura de que o sujeito dito toxicômano (\$) se relaciona com o outro a partir da mediação de drogas (α). Até aí, desde Marx, não constatamos nenhuma novidade.

Contudo, a radicalidade com que o sujeito com sofrimento relacionado ao uso compulsivo de drogas se fia nisso, podendo ser considerado como um

“consumidor ideal” para o sistema capitalista, parece dialogar com o que autores como Santiago (2001) observaram no que se refere a uma modalidade de gozo com um aspecto autístico, isto é, ensimesmado, autoerótico. Também parece corresponder ao que Gurfinkel (2002) descreveu como uma espécie de curto-circuito na relação com o Outro.

Nesse sentido, as pessoas que possuem um uso intenso e prejudicial de drogas e que passam por diversas perturbações no laço social (família, amigos, relacionamentos em geral), parecem evidenciar ao máximo dinâmicas em que a relação com o outro é mediada por mercadorias, no caso, as drogas. Pensando por essa perspectiva, o chamado dependente químico seria aquele que escancara e radicaliza num ponto conhecido e habitado por todos nós, já que – ainda que de maneiras distintas – estamos todos submetidos a esse discurso na contemporaneidade em que as relações são medidas por mercadorias.

El sujeto del Discurso Capitalista realiza todo el tiempo su propia voluntad de satisfacción, en un circuito, que como hemos dicho, no está "cortado" por ninguna imposibilidad, pues su propósito es que todo lo que "es" en el mundo se presente como mercancía (ALEMÁN, 2008).

Retornando ao matema, no lugar da verdade podemos encontrar o capital que rege a produção e o incentivo ao uso compulsivo de drogas. A verdade do discurso é que o capital sustenta esse fenômeno, tal como defendemos no primeiro capítulo e ilustramos a partir da retrospectiva da Guerra do Ópio, um momento emblemático da história em que o uso compulsivo de ópio foi elevado à condição de epidemia porque a Inglaterra fez da venda dessa mercadoria sua principal exportação para a China e, ao aumentar a oferta, num empuxo-ao-consumo, aumentou também a demanda. O uso milenar do ópio no país passou a representar um sério problema de saúde pública a partir do momento em que interesses econômicos embasaram as decisões políticas.

Prosseguindo na explicação do matema, encontramos a ciência e a tecnologia ocupando a posição do *outro*. Verificamos que é pelo saber e técnica da ciência que as drogas são produzidas. No mercado ilegal de drogas há sempre novas substâncias surgindo em produções de larga escala e de alta tecnologia, assim como no mercado lícito podemos citar as drogas psiquiátricas

da indústria farmacêutica, cada vez mais potentes e diversificadas, todas confeccionadas através do saber e técnica da ciência.

La alianza entre neurociencias, cognitivismo e industrias farmacológicas, constituyen parte de la nueva "logística" del emplazamiento técnico. Gracias a sus construcciones metafísicas, soportadas en las técnicas de imaginería informática, el ser del ente es provocado para que se represente como un ente, un ente que explique a través del funcionamiento cerebral los imperativos morales, la ética o su ausencia, el amor, las intenciones implícitas, los actos inconfesables, e incluso aquello que el Derecho no puede localizar en la declaración del acusado. Es lo que el neurobiólogo (ALEMÁN, 2008)

Por fim, as drogas (α) aparecem como produção desse discurso. Podemos afirmar que a droga é um entre os diversos gadgets (α) produzidos pelo discurso capitalista.

Contudo, pensamos que seja possível compreender a chamada “toxicomania” imersa no discurso capitalista de mais uma forma. Pensando as articulações entre a ciência e o discurso universitário e, entre a ciência e o discurso capitalista; o fenômeno da “dependência química” pode ser analisado também à luz destes atravessamentos. Antes de propor essa análise, é interessante retomarmos alguns pontos discutidos na presente pesquisa.

Vimos que o consumidor compulsivo do objeto droga pode ser considerado como um paradigma do consumidor ideal no capitalismo (PACHECO FILHO, 1998). Entretanto, é justamente essa consumação excessiva do objeto droga que faz com que ele seja confundido com o próprio objeto na posição de “escravizado” e “consumido” pela droga. Sendo assim, verificamos que o sujeito denominado no laço social e/ou por si mesmo como dependente químico, adicto ou toxicômano pode simultaneamente ocupar uma posição de consumidor ideal e de desvalia (“nóia”) no Discurso Capitalista.

Pensando nessa notável característica da inversão do lugar de sujeito para o de “dominado pela droga”, podemos propor a leitura de que essa inversão é tributária das modificações pelas quais a ciência moderna tem passado. Conforme explana Alemán (2008) no discurso capitalista existe uma homologia estrutural com a técnica e quando a ciência circula por este discurso, se produz uma ciência tecnicista a serviço do capital.

Assim sendo, fazemos a leitura de que a ciência quando circula pelo discurso capitalista pode simultaneamente produzir no que concerne às drogas o “consumidor ideal” e o “nóia” – que possibilitará rendimentos a partir do tratamento. Já a ciência afinada ao Discurso Universitário poderá produzir o que Ribeiro e Fernandes (2013) denominaram de “demissão subjetiva” ao oferecer, ao sujeito diagnosticado por ela como “dependente químico”, uma explicação de ordem predominantemente organicista e comportamental cuja ênfase recai sobre o psicoativo e, desse modo, encerrar qualquer possibilidade de o sujeito vir a se interrogar acerca de seu sofrimento e a questionar algo sobre o seu gozo.

Quinet (2006) alerta para o fato de que quando a ciência cede ao discurso capitalista, o entrelaçamento das pesquisas, as categorias diagnósticas e a venda de medicamentos estarão direcionados em prol do lucro. Em relação ao discurso universitário, em que o saber comanda o discurso se colocando de maneira totalitária, Quinet (2006) faz uma relação interessante:

Qual é o sujeito que corresponde ao discurso da ciência universitária? Surpreendentemente é o sujeito da crença, o crente. Ao universal da ciência responde não o sujeito da ciência, mas o sujeito da Igreja Universal. Pois é lá que o sujeito encontra a prêt-à-porter o máximo de totalidade do saber: aquele que sabe, o Onisciente. Eis a divinização do saber promulgada pela idealização do discurso universitário da ciência. Deus é o cúmulo de saber. Paradoxalmente, eis o ápice do discurso da ciência [...] O sujeito dividido como produto da ciência, resto do saber científico, é também aquele que é excluído por ela. E é por isso que ele acredita desacreditando na ciência (QUINET, 2006, pp.20 e 21).

De fato, a ciência envolta pelo discurso universitário não necessariamente se opõe a fé. O mesmo é possível dizer em relação à religião. A existência de comunidades terapêuticas financiadas pelo poder público cujo tratamento moralista-religioso é combinado com intervenções de uma equipe de profissionais de saúde atesta essa aproximação. Outrossim, as pesquisas que tentam validar esses tratamentos combinados também ilustram essa possível aliança. Ademais, quando a abstinência é um ideal de cura para a ciência e para a religião, podemos concluir que ambas podem unir forças em prol do mesmo objetivo.

A partir dessas considerações, podemos concluir que a experiência de trabalho analisada no Capítulo III exemplifica essa possibilidade de aliança entre o Discurso Universitário e o discurso moral-religioso – outra faceta de saber totalitário. Desse modo, o CAPS ad perscrutado demonstra seguir uma lógica que, ao ser examinada com cuidado, opera muito além dos limites físicos da instituição, pois faz parte da macro-política.

Seguindo nessa direção, podemos interpretar que o discurso da Organização Mundial da Saúde (2004) se afina ao Discurso Universitário quando denomina a “dependência química” como um transtorno “crônico e recorrente, ocorrendo muitas vezes juntamente com outras afecções físicas e mentais” (p. 33). Os tratamentos provenientes dessa concepção colocam a abstinência como ideal de cura e rechaçam qualquer possibilidade de mudança em relação ao uso que se faz da droga porque desconsideram a possibilidade de um uso controlado da substância. Tal concepção objetaliza o sujeito e o mantém numa posição irreversível de objeto do objeto droga e, conforme dito anteriormente, obstaculiza a possibilidade de que o sujeito construa um saber sobre sua condição.

Do mesmo modo, reiteramos que o Discurso Capitalista pode tirar proveito desse discurso vendendo internações a longo prazo e medicamentos de toda espécie para tratar desse “doente crônico”. Ademais, grupos de mútua ajuda como os Alcoolatras Anônimos e os Narcóticos Anônimos, embasados sobretudo no moral religiosa, adotam o mesmo posicionamento quando se posicionam como “alcoólicos em recuperação” e “adictos em recuperação”, isto é, a condição permanente sinaliza para a identificação como “doentes crônicos”.

Diante disso, devemos estar alertas para o fato de que a ciência circulando nos moldes do Discurso Universitário, Capitalista e do Mestre (moral-religioso; proibicionista) pode convergir a um projeto de imposição da abstinência do uso de drogas como pré-condição e meta do tratamento simultaneamente. Considerando que as políticas públicas direcionadas a usuários com problemas decorrentes do uso de psicoativos estão distantes de serem coerentes, já que apresentam profundas contradições em seu bojo; podemos compreender que os desafios para a consolidação da redução de danos não são poucos, pois há conflitos de interesses que marcam esse impasse.

Concordamos com Quinet (2006) quando advoga a favor de uma ciência nos moldes do discurso da histórica, ou seja, uma ciência que produza

conhecimento a partir do *sujeito* e de seu sofrimento. Dito de outra maneira, é o sujeito e sua pathos que deve comandar o discurso colocando o mestre (cientista) para produzir saber.

Em termos de tratamento, portanto, trata-se de um engodo com sérias consequências clínicas tomar o *sujeito* desse lugar objetalizado – seja pelo saber, seja por sua consumação excessiva que pode confundí-lo ao objeto do objeto – sem analisar as especificidades do uso de drogas no Discurso Universitário e no Discurso Capitalista. Além disso, vale lembrar que o dito “dependente químico” nada mais é do que uma caricatura de todos nós como *sujeitos* consumidores no Discurso Capitalista, pois ele se assevera da mesma lógica.

As setas do Discurso Capitalista indicam um circuito fechado demonstrando a dificuldade em sair dele. No caso do *sujeito* com problemas relacionados ao uso de drogas, podemos dizer que ele participa desse discurso e proporciona lucro tanto como consumidor de drogas (gadgets) quanto como “dependente químico”, pois dessa posição costumeiramente associada moralmente a algo pejorativo³², ele possibilita rendimentos aos hospitais psiquiátricos, clínicas de recuperação, comunidades terapêuticas, indústria farmacêutica (consumidor de drogas prescritas), entre outros.

Contudo, conforme exploramos no item 1.2 de nossa pesquisa, intitulado *A toxicomania e o discurso capitalista*, o Discurso do Analista pode apontar para uma saída. Enquanto verificamos uma tendência de padronização do desejo no Discurso Capitalista, pois os desejos passam a ser orientados por significantes ditados pelo capital (PACHECO FILHO, 2015); no Discurso do Analista podemos interrogar esses desejos pré-moldados. O Discurso do Analista sustenta uma segregação necessária, possibilita que se acolha a diferença radical de cada *sujeito*. Nesse modo de operar, o Discurso do Analista pode abrir caminho para que o sujeito possa se servir de outros significantes para além dos significantes-mestres de cada discurso.

³² O atual prefeito de São Paulo, João Dória explicitou esse posicionamento quando disse que a cidade de São Paulo é um “lixo vivo” e associou a isso o crescimento da população em situação de rua e da Cracolândia.

Desse modo, para o sujeito que faz um uso compulsivo de drogas e que tem sua vida preponderantemente direcionada para obter e consumir essa substância, o Discurso do Analista, ou seja, o discurso envolvido numa análise, pode ajudar o sujeito a interrogar sobre o seu desejo e suportar a falta estrutural que permite o deslizar de significantes colocando o desejo em movimento. O discurso do analista favorece a emergência de outros desejos que não sejam apenas ditados pelo capital.

Não resumindo o sujeito ao âmbito da necessidade (a ideia presente no imaginário social de que o chamado “dependente químico” já não tem controle sobre suas ações porque necessita da droga a qualquer custo e isto inviabiliza sua autonomia, consciência e senso crítico); o discurso do analista incita o sujeito a produzir um saber sobre aquilo que ele se queixa e tratando-o como sujeito restitui a sua autonomia favorecendo a emergência do desejo.

5.2 Diálogos possíveis entre a psicanálise e a redução de danos

Ribeiro e Fernandes (2013) fazem uma análise entre a proposta de tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas focando em três abordagens: abstinência como pré-condição do tratamento; redução de danos e psicanálise. Observam que a psicanálise se aproxima mais da estratégia de redução de danos e destacam pontos de convergência tais como: as duas abordagens tecem críticas à imposição da abstinência; ambas concordam que nem todo uso de drogas pode ser considerado patológico; a redução de danos prevê atuar conforme a particularidade dos usuários de drogas e isso abre caminho para que o tratamento psicanalítico venha auxiliar com a escuta do sujeito preservando a sua singularidade.

Estamos de acordo com os pontos de convergência mencionados, entretanto, exploraremos algumas outras questões.

Vale questionar se da mesma maneira que a abstinência ocupa um lugar de ideal de cura, a redução de danos ao propor um uso controlado não estaria apenas assumindo um outro ideal de cura, pois a troca de um ideal por outro continuaria a se opor a ética da psicanálise que não pode se basear em ideais.

Se retomarmos ao que prevê a política oficial do Ministério da Saúde, ou seja, *A Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2003)*,

veremos que a redução de danos é apresentada como o norte desta política. A diferença entre esse modelo de tratamento e o da abstinência é que no caminho traçado pela redução de danos não existe a pré-condição da abstinência, mas isso não quer dizer que ela não possa ser almejada e respeitada.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de coresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p.10).

Nesse sentido, entendemos que a lógica da redução de danos não se opõe à abstinência, apenas não lhe confere lugar de privilégio e de padronização no tratamento. Já os modelos pautados na imposição da abstinência como pré-condição de tratamento não conseguem agregar as propostas de redução de danos.

Por conseguinte, compreendemos que a própria lógica da redução de danos possibilita que o manejo se dê conforme as possibilidades de cada sujeito, incluindo os que querem ou precisam da abstinência e aqueles que não querem ou não conseguem interromper o consumo de drogas. A partir disso, concluímos que não está em questão trocar um ideal pelo outro já que a lógica da redução de danos contempla uma abrangência para que o sujeito possa se situar em

relação a como administrar o gozo obtido na sua relação com a droga: fracionando-o pelo uso controlado ou evitando-o absolutamente se tornando abstinêncio.

A redução de danos como norte das políticas de álcool e outras drogas, portanto, permite uma saída a tratamentos padronizados, favorecendo que os casos sejam manejados em sua singularidade. Por essa razão, defendemos nessa pesquisa a consolidação dessa lógica operando como norte das políticas públicas sobre drogas por considerá-la mais abrangente, já que não nega a abstinência, mas também não a impõe e, desse modo, abre portas para um tratamento baseado na singularidade e desejo de cada um.

Outro ponto de interrogação que colocamos em relação a possíveis alianças entre a psicanálise e a redução de danos diz respeito a possibilidade de conseguir mudar de uma posição de uso compulsivo para um uso controlado. Examinemos esse aspecto.

A redução de danos sugere um consumo de drogas mais consciente, no sentido de garantir que a pessoa que opte pelo uso de determinada substância esteja informada sobre as consequências de sua escolha através do recurso de panfletos informativos e da oferta de insumos e técnicas para tornar o consumo mais seguro, por exemplo. No entanto, à luz da psicanálise, podemos perguntar se tais medidas são suficientes para que o sujeito escolha fazer alterações em seu modo de gozar na relação com as drogas.

Certamente tais medidas são absolutamente relevantes, porém, se forem implantadas de modo isolado desconsiderando o sujeito, sua relação com a substância, sua história, seu gozo e seu desejo, serão infrutíferas. De alguma forma, o próprio Ministério da Saúde já descobriu isso quando não obteve sucesso na distribuição de cachimbos de crack (insumos) confeccionados por redutores de danos que se orientaram em criar um insumo menos prejudicial, porém, não levaram devidamente em consideração o que representa o cachimbo e o gozo obtido pela substância conforme o tipo de cachimbo. A respeito disso, Alves (2017) comenta:

O cachimbo de fumar crack não se presta facilmente a técnicas de substituição ou acréscimo de apetrechos por ser um instrumento complexo, fruto de anos de aprendizagem e desenvolvimento em meio a um ambiente marcado por proibicionismo, mas ao mesmo tempo pelas possibilidades abertas pelos materiais e forças presentes

no ambiente urbano. Ao contrário dos usuários de crack norte-americanos tanto estadunidenses quanto os canadenses, ambos presos ao produto industrializado, seja o tubo de vidro ou a palha de cobre, o usuário brasileiro é autônomo com relação à indústria, se valendo da reciclagem dos mais diversos materiais e não aceita se sujeitar à indústria, sequer via equipes de redutores de danos e suas tentativas de substituição de insumos (ALVES, 2017, p. 106).

Outrossim, os próprios profissionais redutores de danos com certeza reconhecerão que essas ações tomadas de modo isolado não são suficientes e nos lembrarão que o que há de mais fundamental no trabalho deles é a construção do vínculo e o respeito às escolhas e autonomias dos usuários de álcool e outras drogas.

A lógica da redução de danos opera e se sustenta a partir do vínculo. Assim sendo, tomando a relação do redutor de danos/técnico com o sujeito como o fator crucial do tratamento, observamos uma entrada para a psicanálise. A clínica psicanalítica tem contribuições a oferecer para pensar o vínculo enquanto transferência e para que o trabalho do profissional se dê a partir dela.

Estamos de acordo que o vínculo – que problematizamos como transferência – pois é a base para o trabalho e a pré-condição para que se estabeleçam projetos *com* o usuário, ou seja, mantendo a proposição muito usada na redução de danos e na antropologia acerca do saber e das propostas de políticas públicas aos usuários de drogas “nada sobre nós, sem nós”. O que está em questão não é fazer pelo sujeito, sem a participação dele, mas garantir condições para que ele se implique e se responsabilize em seu próprio tratamento não negando o seu próprio saber e experiência. Aliás, o que é o discurso do analista senão dar a palavra ao analisante para que ele construa seu próprio saber e produza os significantes de sua singularidade?

Para garantir que isso realmente aconteça, para que não nos enganemos tomando demandas nossas como se fosse o desejo dos usuários dos equipamentos de saúde, podemos somar com uma escuta que não rejeite o inconsciente, o desejo e o gozo, tal como o discurso da ciência costumeiramente faz.

Não rejeitar o inconsciente e tudo aquilo que é indício da divisão subjetiva do sujeito, implica compreender também que, em certa medida, existe uma dimensão do gozo presente no consumo de drogas que pode buscar – e levar a

– um gozo ilimitado, mortífero, portanto, danoso. Ribeiro e Fernandes (2013) trazem algumas considerações a respeito das aproximações entre dano e gozo e, subscrevendo o que desenvolve essas autoras, salientamos a importância de que os profissionais entendam os possíveis descompassos entre o que é proposto como um uso seguro de substâncias e o que alguns usuários procuram no seu modo de gozar da substância. As possíveis recusas por parte de alguns dos usuários que não aceitarão concessões em seu modo de gozar sugerem outra contribuição psicanalítica nesse campo: pensar aproximações entre o dano com o gozo mortífero a serem evitados e a possibilidade de seu controle/fracionamento.

Em linhas gerais, o que estamos dizendo é que para sustentar a singularidade prevista nesse projeto é imprescindível que se leve em consideração o inconsciente. Essa é a posição, a aposta e a contribuição mais íntima da psicanálise.

Assim como Kyrillos (2007) e Ribeiro e Fernandes (2013) defendemos que os avanços no campo da promoção de direitos das pessoas com problemas decorrentes (também) do uso de álcool e outras drogas é fundamental. A reforma psiquiátrica possibilitou que as pessoas que necessitam de cuidados relacionados à saúde mental tivessem seus direitos como cidadãos preservados apostando em alternativas de tratamento ambulatorial e substituindo paulatinamente o modelo asilar e hospitalocêntrico presente nas longas internações psiquiátricas e terapêuticas preponderantemente medicamentosas.

Contudo, assim como estes autores, sustentamos que para continuar avançando é necessário que exista uma escuta qualificada nos centros de saúde mental, isto é, que não se perca de vista a clínica nesse horizonte. Em nossa perspectiva, a psicanálise com sua clínica pode ajudar na construção e fortalecimento dessas políticas públicas. Em relação à psicanálise, podemos dizer que sua contribuição específica é sustentar a singularidade do *sujeito* não excluindo o inconsciente, o desejo e o gozo do tratamento. Consiste em viabilizar o acolhimento do *sujeito* que não se resume ao indivíduo (indivisível) ou ao cidadão de direitos.

A inclusão no campo social é também tributária do conceito de sujeito em Lacan, na medida em que não há sujeito sem Outro. O sujeito é dependente de como se dá sua relação

com o Outro, assim como o desejo do sujeito é o desejo do Outro e como o sujeito do discurso é vinculado ao outro do laço social. O conceito de sujeito é, portanto, concomitantemente, individual e coletivo (KYRILLOS, 2007, p.203)

Reiteramos que as ações voltadas para a promoção de direitos e de cidadania dos usuários de equipamentos de saúde mental são basilares, nesse sentido, quando propomos enfatizar também o lugar da clínica, não estamos defendendo um tipo de intervenção em detrimento de outra, mas sim que os dois tipos de intervenção estejam presentes. A escuta clínica vem para somar na melhoria dos atendimentos ajudando a levar radicalmente em consideração a singularidade e a responsabilização dos sujeitos no tratamento.

Privilegiando a articulação entre a psicanálise e a redução de danos como um diálogo entre as mesmas, se pensarmos em apontamentos e contribuições da lógica de redução de danos para a psicanálise ou, melhor dizendo, para os psicanalistas, podemos trazer algumas problematizações.

A redução de danos pode lembrar aos psicanalistas que se deve escutar o sujeito ao invés de conferir centralidade à droga, pois do contrário se desliza de um posicionamento ético para um posicionamento moral. Nesse sentido, a leitura crítica do fenômeno da toxicomania e, inclusive, a problematização desse termo que embute em suas origens a noção de um sujeito aprisionado a uma substância “tóxica”, permite amplificar a escuta não perdendo de vista a relação da queixa do sujeito relacionada ao uso de drogas como efeito também de algo que permeia o laço social – e isso inclui as especificidades de classe, gênero e étnico-raciais.

Além disso, confundir a droga com um sintoma que precisa ser erradicado aproximaria a psicanálise do discurso da ciência que exclui o sintoma e o gozo como índices do sujeito.

Igualmente prejudicial seria o analista entender o uso de drogas como um problema (somente ou necessariamente) quando o uso for de uma substância ilícita. Uma postura como essa estaria afinada ao discurso da segurança pública, um discurso construído nos moldes do Discurso do Mestre.

A respeito disso, Alencar (2012) advertiu acerca dos riscos desse discurso proibicionista que, ao invés de evitar o uso, pode incentivá-lo, além de produzir representações sociais estigmatizantes das pessoas que consomem drogas

ilícitas. Segundo ele, o discurso proibicionista focado no “perigo das drogas” produz saberes acerca da prevenção e do combate de drogas e faz do sujeito consumidor de psicoativos que não se enquadra na abstenção das drogas, o “nóia”, entre outras representações sociais permeadas por estigmas. O que não está aparente nesse discurso, embora o sustente, é o mal-estar, uma das razões pelas quais os seres humanos usam e continuarão a utilizar drogas.

Derivada desta concepção proibicionista está a postura de impor a abstinência para todo e qualquer sujeito. Vale advertir que os psicanalistas não estão isentos de incorrer também neste engano. Se o tratamento psicanalítico não pode operar com esse ideal de cura, nisso a redução de danos também mantém afinidade e tem algo a nos transmitir acerca das experiências exitosas em que o sujeito mudou a sua relação de quase exclusividade com a droga a partir de um uso fracionado, controlado e até mesmo de uma substituição de uma droga por outra com potencial menos nocivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, por mais eclipsado pela droga que possa parecer o *sujeito*, não podemos esquecer que se trata de um *sujeito e não de uma substância*. Não estamos diante de um objeto ou de um organismo comandado pelos efeitos farmacológicos de determinada substância. É um *sujeito* e, portanto, cabe a nós escutar e acolher a singularidade mais radical desse *sujeito*.

A perspectiva da redução de danos está atenta à dimensão social do fenômeno do uso de drogas, apresenta uma leitura crítica em relação a isso e construiu estratégias interessantes para o cuidado de pessoas em sofrimento na sua relação com as drogas. Essa lógica, entende, portanto, que a droga em sua materialidade não pode ser, por si só, a única explicação para esse fenômeno e que as intervenções não precisam estar necessariamente direcionadas a resolver a questão do consumo de drogas. A redução de danos tem o objetivo de levar em consideração os desejos e caminhos apontados pelas pessoas atendidas e isso não se resume ao uso de drogas.

Estamos de acordo que a droga não deve ser tomada simplesmente como um sintoma a ser eliminado, mas indicamos que não é só isso. Nossa leitura instiga a trazer a essa discussão e às intervenções o *sujeito do inconsciente*, ou seja, algo que está para além da droga e para além da pessoa dotada de direitos e tomada em seu estatuto racional e consciente.

Trazer o *sujeito* do inconsciente, reconhecer sua estrutura e sua relação com o desejo, o gozo, a castração e o laço social, eis a contribuição possível que temos a oferecer.

Sendo assim, fez-se necessário salientar neste trabalho que a política pública que propõe focar na singularidade de cada pessoa não equivale à proposta psicanalítica de se nortear pela singularidade do *sujeito*, embora ambas conversem.

A diferença e contribuição da psicanálise é que ela estará atenta e manejará a partir de algo que não se percebe e, portanto, que escapa a uma intervenção que não considera o *sujeito* determinado – também e sobretudo – pelo inconsciente.

Diante de algumas contribuições pensadas partindo da psicanálise para a redução de danos e da redução de danos para a psicanálise, fizemos uma

articulação promovendo aproximações e sustentando as diferenças entre esses campos com o objetivo de produzir um diálogo, portanto uma troca, em que fosse possível avançar na produção de saber e tocar no impossível desse fenômeno do uso compulsivo de drogas assumindo a impotência de não encontrar uma “cura” com soluções e respostas definitivas. Com efeito, essa pesquisa também tentou trazer fundamentação teórico-clínica advinda do campo psicanalítico de modo a endossar na legitimação da lógica da redução de danos e a embasar e fortalecer essa estratégia utilizada enquanto direção de tratamento pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Foram adotadas as normas da ABNT

ALBERTI, Sônia; Clara Lúcia INEM; Flávia Corpas RANGEL. *Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, volume VI, n3, 2003.

ALEMÁN, Jorge. *La metamorfoses de la ciência em técnica: el discurso capitalista*. Disponível no blog da Asociación Mundial de Psicoanálisis, 2008. Endereço eletrônico: www.ampblog.2006.blogspot.com.br

ARAÚJO, M. A. P; MOREIRA, F. G. *Aspectos históricos da Redução de Danos*. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais da saúde. Org: Niel, Marcelo; Silveira, Dartiu Xavier. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde, São Paulo, 2008.

ARENARI, B; DUTRA, R. *A religião e seu potencial na recuperação de usuários de crack : “os longos futuros”*. Crack e exclusão social, 2016.

ALBERTI, Sônia. *O valor de a e a política da psicanálise no campo público*. In: Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito. Org: Manso, R.M; Derriba V.A. Editora Companhia de Freud. Rio de Janeiro, 2015.

ALBERTI, Sônia. O discurso capitalista e o mal-estar na cultura.

ALENCAR, Rodrigo. *Por que a guerra às drogas? Do crack na política ao crack do sujeito*. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de mestrado, 2012.

ALENCAR, Rodrigo. *A fome da alma: Psicanálise, drogas e política na modernidade*. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado, 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas*. Cad. Saúde Pública, v.25, n.11. Rio de Janeiro, 2009.

ALVES, Ygor Diego Delgado. *Jamais fomos zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo*. EDUFBA, 2017.

AUN, Heloisa. *Dossiê denuncia ações violentas contra moradores da cracolândia*. Catraca Livre. São Paulo. 26 de Maio de 2017. Disponível em:

<<https://catracalivre.com.br/geral/cidadania/indicacao/dossie-denuncia-acoes-violentas-contra-moradores-da-cracolandia/>>. Acesso em: 31/07/2017.

BASTOS, A. L.; FERREIRA, A. P.. *Psicanálise e Toxicomania: Desafios na Assistência Pública*. Curitiba: Juruá, 2012.

BAUDELAIRE, C. *Paraísos Artificiais, 1860. L&PM, Porto Alegre 1998*.

BIRMAN, Joel. *Dor e sofrimento num mundo sem mediação*. Estados gerais da psicanálise: 2º encontro mundial. Rio de Janeiro, 2003.

BOITEUX, L. PADUA, J. P. *A desproporcionalidade da lei de drogas. Os custos humanos e econômicos da atual política do Brasil*. Laboratório de Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coletivo de Estudos Drogas e Direito. Rio de Janeiro, 2013.

BOUSSEYROUX, M. *Práticas do impossível e teoria dos discursos*. Revista A Peste , v. 4, n 1, 2012.

BRASIL. *Decreto- lei nº 891 de 25 de novembro de 1938*. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes

BRASIL. Portaria Nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. *Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria*. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Justiça. *Levantamento de Informações Penitenciárias*, 2014.

BRASIL, Ministério da Cultura. CARNEIRO, H. *Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência*. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Org: Labate, Goulart, Fiore, Mac Rae e Carneiro. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

BRASIL, Ministério da Cultura. VARGAS, E, V. *Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas*. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Org: Labate, Goulart, Fiore, Mac Rae e Carneiro. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

BRASIL. *Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, o uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

BRASIL. *Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre drogas – SISNAD; prescreve sobre medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Justiça. Observatório Crack, é possível vencer. Disponível em meio eletrônico em www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html

BRASIL. Mapa das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Realização: Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Censo encerrado em outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes do Consultório na Rua eCR por Município.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

BRASIL. Lei 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Constituição Federal de 1988 art. 196 a 200.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS. Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

_____. Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

ESCOHOTADO, Antônio. *História Elementar das Drogas*. Antígona, 2004.

FERREIRA, Isaías Gonçalves. *O Sujeito e as drogas. Uma clínica para além da descrição sintomatológica*. Dissertação de mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016.

FERRAZ, Adriana. MANSO, Bruno Paes. *Governo quer acabar com crackolândia pela estratégia de 'dor e sofrimento'*. O Estado de São Paulo. São Paulo. 04 de Janeiro de 2012. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,governo-quer-acabar-com-crackolandia-pela-estrategia-de-dor-e-sofrimento,818643>>. Acesso em: 31/07/2017.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Editora Sinergia – Relume Dumará, 1997/2002.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Psicanálise e práticas institucionais na saúde mental: o estado da arte*. In: *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Org: Manso, R.M; Derriba V.A. Editora Companhia de Freud. Rio de Janeiro, 2015.

FREDA, Francisco-Hugo. In: *A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. BITTENCOURT, L. (Org.). Rio de Janeiro: Imago Editora, 1994.

FREUD, S. *Além do princípio do prazer*, 1920. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*, 1912. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Fragmentos da análise de um caso de histeria*, 1905. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, 1905. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *O futuro de uma ilusão*, 1927. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *O mal-estar na civilização*, 1930 [1929]. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Linhas de progresso da psicoterapia psicanalítica*, 1919. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Totem e tabu*, 1912-1913. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Luto e melancolia*, 1917. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*. São Paulo, 2011.

G 1 SP. *80% dos moradores de SP apoiam internação à força de usuários de crack, diz pesquisa Datafolha*. G1 SP. São Paulo. 03 de Junho de 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/80-dos-moradores-de-sp-apoiam-internacao-a-forca-de-usuarios-de-crack-diz-pesquisa-datafolha.ghtml>>. Acesso em: 31/07/2017.

G 1 SP. *Substância derivada de planta trata dependência, diz estudo da Unifesp*. São Paulo. 17 de Outubro de 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/10/substancia-derivada-de-planta-trata-dependencia-diz-estudo-da-unifesp.html>>. Acesso em 31/07/2017.

GIANESI, Ana Paula Lacôrte. *Toxicômano? Considerações psicanalíticas sobre a toxicomania, o objeto droga e o sujeito da psicanálise*. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Dissertação de mestrado, 2002.

GURFINKEL, D. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL. *O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. Disponível em: www.hri.global

JONES, E. *A vida e obra de Sigmund Freud*. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1989. _____. *O seminário, livro VII: A ética da psicanálise, 1958-1959*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

LACAN, J. *O Seminário, livro XVI: De um Outro ao outro*, 1968-1969. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro XVII: O avesso da psicanálise*, 1969-1970. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992.

_____. *Televisão*, 1973. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

_____. *Ou pior*, .Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

_____. *Do sujeito enfim em questão*, 1966. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

_____. *A Ciência e a verdade*. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

_____. *Subversão do sujeito e dialética do desejo*. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

_____. *A direção do tratamento e princípios de seu poder*. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. *Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos*. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MARX, K. *O fetichismo da mercadoria*. *O Capital*. 1867/1974

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania – Uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.

MERCANTE, Marcelo S.. *A ayahuasca e o tratamento da dependência*. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 529-558, 2013

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. *O Projeto Terapêutico Singular. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Organização: Campos, S.W.G & Guerrero, A.V.P. Editora HUCITEC, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra, 2002.

ONG, Lucas Francis e Silva. *Consumação na modernidade*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015.

PACHECO FILHO, R. A. *Drogas: um mal estar na cultura contemporânea*. *Revista Psicanálise e Universidade*, n 9, 1998.

PACHECO FILHO, R. A. *Compra uma Mercedes Benz prá mim?* Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. V. 24, n.1. São Paulo, 2015.

PACHECO FILHO, R. A. *O frenesi teórico sobre o sujeito do capitalismo tardio.* In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. L. (Orgs.). *Psicanálise e outros saberes.* Rio de Janeiro: Cia de Freud/FAPERJ, 2012.

PAGNAN, Rogério. VERPA, Danilo. *Polícia faz megaoperação de combate ao tráfico na cracolândia.* Folha de São Paulo. São Paulo. 21 de maio de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1886022-policia-faz-megaoperacao-de-combate-ao-trafico-na-cracolandia.shtml>>. Acesso em: 31/07/2017.

PAULO, Paula Paiva. *Prefeitura identifica 22 pontos de usuários de crack após megaoperação na Cracolândia.* G1 SP. São Paulo. 25 de maio de 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/prefeitura-identifica-22-pontos-de-usuarios-de-crack-apos-megaoperacao-na-cracolandia.ghtml>>. Acesso em: 31/07/2017.

PASSETI, Edson. *Das fumeries ao narcotráfico.* São Paulo: Educ, 1991.

PEREIRA, Amanda Schreiner; WURFEL, Rudiane Ferrari. *O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack.* Aletheia, Canoas , n. 34, p. 163-174, 2011 .

PESSOA, S. *A psicanálise nas instituições: razão de um fracasso.* Livro Zero Revista de Psicanálise. Resposta do Psicanalista. V. 1, n4. Escolas do Fórum do Campo Lacaniano – EPFCL. São Paulo, 2013.

RAE, Edward Mac. *A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão.* 1996. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf.

RAE, Edward Mac. *Abuso de drogas: problema pessoal ou social?* 2003. Disponível em: www.giesp.ffch.ufba.br

RIBEIRO, M.M. *A Redução de Danos e a legislação penal.* Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais da saúde. Org: Niel, Marcelo; Silveira, Dartiu Xavier. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde, São Paulo, 2008.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. *Que lugar para as drogas? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade.* Dissertação de mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

RIBEIRO, Cynara Teixeira; FERNANDES, Hortélio Andréa. *Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise*. Revista Analytica, volume 2, n 2. São João del Rei, 2013.

RINALDI, Dóris. *Clínica, ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental*. In: Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito. Org: Manso, R.M; Derriba V.A. Editora Companhia de Freud. Rio de janeiro, 2015.

ROSA, P.O. *Drogas e Biopolítica: Uma Genealogia da Redução de Danos*. Tese de doutorado em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP. São Paulo, 2012.

RODRIGUES, Tiago. *A infundável guerra americana: Brasil, Estados Unidos e o narcotráfico no continente*. Revista São Paulo em perspectiva. V. 16, n. 2. São Paulo, 2012.

SANTIAGO, J. *Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo*. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, V.4, no 1. Rio de Janeiro, 2001.

SANTIAGO, Jésus. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Editora Relicário, 2001.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. *Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais da saúde*. Org: Niel, Marcelo; Silveira, Dartiu Xavier. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde, São Paulo, 2008.

SODELLI, Marcelo. *A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010 .

SOLER, C. *O discurso capitalista*. Stylus, n 22. Revista de Psicanálise da Escola dos Fóruns do Campo Lacaniano - Brasil. Rio de janeiro, maio de 2011.

QUINET, A. *Psicose e Laço Social: Esquizofrenia, Paranoia e Melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

VORCARO, Angela. *Seria a toxicomania um sintoma social?* Revista Mental, ano 11 n 3. Barbacena, 2004.

ZAFIROPOULOS, M. *O toxicômano não existe – Fenomenologia da experiência toxicomaniaca e referências psicanalíticas*. In: A vocação do êxtase: uma

antologia sobre o homem e suas drogas. BITTENCOURT, L. (Org.). Rio de Janeiro: Imago Editora, 1994.