

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU* EM PSICOLOGIA

MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA TORRES

INTERNAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS: GOZO E SEGREGAÇÃO NA CLÍNICA DAS
NEUROSES

ORIENTADOR: PAULO EDUARDO VIANA VIDAL

NITERÓI

2015

MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA TORRES

INTERNAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS: GOZO E SEGREGAÇÃO NA CLÍNICA DAS
NEUROSES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: prof. dr. Paulo Eduardo Viana Vidal

NITERÓI
Agosto de 2015

INTERNAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS: GOZO E SEGREGAÇÃO NA CLÍNICA DAS
NEUROSES

Maycon Rodrigo da Silveira Torres

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do título em Mestre em Psicologia.

Examinado por:

Prof. Dr. Paulo Eduardo Viana Vidal-UFF
Orientador

Prof.^a. Dr.^a Anelize Terezinha da Silva Araújo-UFF
Membro Interno

Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba-UERJ
Membro Externo

Prof.^a. Dr.^a Giselle Falbo Kosovski-UFF
(Suplente)

NITERÓI
2015

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento que nunca estamos sós: há uma grade entre o ser e o Outro. Estamos presos uns aos outros por esta grade, que também é o que nos separa. É neste jogo que aproximação e afastamento que gostaria de registrar minha gratidão àqueles que se fazem presente neste trabalho. Agradeço às pessoas que aceitaram, nos atendimentos aleatórios da saúde pública, minha presença para a construção dos vínculos de tratamento e trabalho.

Ao orientador Paulo Vidal, que aceitou mais uma vez acompanhar minha escrita, sem deixar-me esquecer que “quando as pessoas lerem seu texto, elas podem concordar... ou não.”

A Luiz Felipe de Oliveira, pelos tantos anos, pelos tantos encontros e desencontros. Além, é claro, da partilha das angústias das pesquisas de cada um: muitos finais de semana na frente do computador, um ao lado do outro.

A minha família, especial meus pais, Enir e Antônio; meus irmãos, Michel e Karla; minhas sobrinhas, Julliana e Joana; meus cunhados, Verônica e Rodolfo. A minha outra família, em especial Tereza Cristina, Anna Carolina e Couto.

À “bobó” Sasha, que deixou muita saudades; e à “czarina” Zorya, que chegou agitando.

A Simone Ravizzini pela escuta; Anelize Araújo e Vinícius Darriba pela leitura.

À equipe do SAD que se manteve firme apesar de toda precariedade da rede: Andreia Siqueira, Bruna Benevides, José Luiz Lessa, Luiz Felipe Martins, Malena Storani e Tatiana Simões; representando a equipe de enfermagem, Antonio Motta e Hilda Bragança.

Aos diretores do HPJ Eduardo Rocha, Ana Paula Guljor e Raldo Bonifácio.

Aos profissionais da rede, em especial, Julio Cesar Nicodemos, Laura Geszt, Lílian Galper, Ana Carmem Marinho, Georgiana Gonçalves e a equipe da ERIJAD; Maria Alice Bastos, Juliana Prado, Marcela Garcia e a equipe do CAPSad Alameda; Leonardo Almeida, Waleska Cheibub, Maritelmá Santos, Paula Lessa e os trabalhadores do HPJ. À equipe do OGIDERJ, em especial: Fernanda Saint-Martin, Ane Bartholomeu, Cristiane Gomes e Natália Soares.

Aos docentes, discentes e funcionários do PPGPSI, em especial, Gisele Falbo, Marcia Moraes, Maria Lívia Nascimento, Cláudia Abbes, Hélder Muniz, Heloísa Leão, Carla Jeucken, Larissa Pace, Daniel Marimbondo. E aos “miguffos”: Aline Silva, Camila Prista, Diana Brick, Laura Santos, Emanuele Aguiar e Leonardo Pimentel.

À Capes pelo financiamento.

No fim

E no fim

Começar de novo

É o caminho de todas as coisas

Seu corpo é como um poço dos desejos de um milhão de diamantes

Nossos ossos ao pó explodindo em um milhão de diamantes

E você seguirá

Pois no fim

É o caminho de todas as coisas

E será lindo

Vanessa Carlton, tradução livre de "In the end," 2011.

RESUMO

INTERNAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS: GOZO E SEGREGAÇÃO NA CLÍNICA DAS NEUROSES

O consumo de álcool e outras drogas psicoativas tem recebido cada vez mais atenção nas discussões nas sociedades contemporâneas. O uso abusivo destas substâncias se articula com questões de saúde pública, justiça, ordem urbana e outros tantos saberes que organizam e sustentam a ordem social. Dentre os diferentes dispositivos criados para a intervenção neste problema, a internação dos usuários de álcool e drogas é investida de um grande valor como solução definitiva para a questão. No contexto da Reforma Psiquiátrica, importantes avanços foram feitos na via de diversificar e pluralizar o modelo de assistência ao louco que não unicamente pela internação. A atenção no campo de álcool e drogas, por outro lado, encontra forças que impelem o fortalecimento de medidas restritivas. O objetivo desta pesquisa é problematizar o dispositivo da internação a partir da clínica psicanalítica, tendo por metodologia a elaboração teóricas de fragmentos de casos clínicos acolhidos na instituição, além de relatos de experiência de grupos terapêuticos conforme aprovação no Comitê de Ética. Recorreremos aos textos de Freud e Lacan e autores contemporâneos para localizar a questão das toxicomanias como um recurso possível ao mal-estar inerente à civilização, tal qual o sintoma neurótico, mas diferente deste. A experiência do mal-estar está ligada à incidência do significante sobre o corpo, desnaturalizando-o e o sujeito do inconsciente, dividido pelo significante, está às voltas com os discursos que o constitui. No contemporâneo, o Discurso do Mestre impõe-se como sua própria corruptela sendo ela o Discurso do Capitalista e o laço social decorrente é a segregação. Abre-se então para o sujeito uma outra dimensão do gozo onde a droga ocupa lugar de destaque para seu acesso, promovendo a redução do sujeito à nomeação “usuário de drogas” e a sua modalidade de gozo que é respondida pelo poder público através da proliferação de instituição de internação, abrigo e acolhimento para esta população. A instituição quando se propõe total corre o risco de servir como suporte para uma fantasia imaginária que separa dentro e fora de maneira estanque, produzindo mais segregação.

Palavras-chave: Gozo; Segregação; Internação; Álcool e outras drogas

RÉSUMÉ

L'HOSPITALISATION DES USAGÉS DES DROGUES: JOUISSANCE ET SÉGRÉGATION DANS LA CLINIQUE DES NEVROSÉS

La consommation d'alcool et d'autres drogues psychoactives a reçu une attention croissante dans les discussions dans les sociétés contemporaines. L'abus de ces substances est liée aux problèmes de santé publique, de la justice, de l'ordre urbain et autant de connaissances qui devient organiser et maintenir l'ordre social. Parmi les différents dispositifs créés pour intervenir dans ce problème, l'hospitalisation des consommateurs d'alcool et de drogues est investi d'une grande valeur en tant que solution définitive de la question. Dans le cadre de la Réforme Psychiatrique, des avancées importantes ont été faites à la diversification du modèle de soins aux fous et pas seulement l'hospitalisation. L'attention pour les utilisateurs de l'alcool et de drogues, d'autre part, c'est soumis au pouvoir du renforcement des mesures restrictives. L'objectif de cette recherche c'est de discuter sur le dispositif de prise en charge institutionnel à partir de la clinique psychanalytique, à la méthodologie de l'élaboration théorique de cas cliniques reçu dans l'établissement, ainsi que l'expérience des groupes thérapeutiques selon l'approuve du Comité d'Éthique. On utilise des textes de Freud et de Lacan et d'auteurs contemporains pour localiser le problème de la toxicomanie comme une ressource possible contre les malaises inhérente à la civilisation, comme le symptôme névrotique, mais différent de celui-ci. L'expérience de malaise est dû à l'incidence du signifiant sur le corps et le sujet de l'inconscient, divisé par le signifiant, est aux prises avec les discours qui lui constitue. Au contemporain, le Discours du Maître s'impose lui-même comme sa propre corruption, qu'il s'agisse du Discours du Capitaliste et son lien social c'est de la ségrégation. Toute une autre dimension de la jouissance c'est ouverte au sujet où la drogue lui permet un accès privilégié et par conséquence réduit ainsi le sujet à la nomination "usager de drogues" et son modalité de jouir est répondu par le gouvernement par la prolifération d'institutions et d'abris pour cette population. L'institution total prend des risques à servir de support à une fantaisie imaginaire qui sépare l'intérieur et à l'extérieur de manière étanche, produisant plus de la ségrégation.

Mots-clés: Jouissance; Ségrégation; Hospitalisation; Alcool et drogues

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. LEVANTANDO OS MUROS: O HOSPITAL E A POLÍTICA	13
1.1 Um breve histórico do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.....	13
1.2 O Serviço de Atendimento a Usuários de Álcool e outras Drogas (SAD).....	16
1.3 As políticas sobre drogas e a Reforma Psiquiátrica brasileira.....	18
2. DE FORA PARA DENTRO: INSTITUIÇÃO E SEGREGAÇÃO	32
2.1 O momento de chegada: o discurso médico e o discurso do sujeito.....	32
2.2 A teoria lacaniana dos discursos.....	35
2.3 O discurso do capitalista e seu laço social.....	39
2.4 A clínica nos lugares de segregação.....	43
2.5 A segregação em causa e efeito.....	46
2.6 Os limites da liberdade ou o sujeito é o que resiste.....	48
2.7 A angústia em cena na internação.....	54
3. DE DENTRO PARA FORA: A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INSTITUIÇÃO	57
3.1 Freud e a clínica nas instituições.....	57
3.2 Demanda e gozo.....	59
3.3 Desejo e fantasia.....	63
3.4 As toxicomanias nas neuroses.....	70
3.4.1 A instituição a serviço do sintoma.....	71
3.4.2 Passagem ao ato e <i>acting out</i> na instituição.....	80
4. FORA-DENTRO: REDUÇÃO DE DANOS, INTERNAÇÃO E PSICANÁLISE	90
4.1 O Grupo de Redução de Danos no contexto de internação.....	90
4.2 E o que orienta o praticante de psicanálise em um grupo?.....	99
4.3 As práticas em grupo e a função de mais um.....	101
4.4 O GRD na rede de saúde mental.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo apresentar e elaborar teoricamente as particularidades da clínica das toxicomanias no contexto da internação em um hospital psiquiátrico através de recortes de casos clínicos acolhidos no Serviço de Atendimento a Usuários de álcool e Outras Drogas do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SAD/HPJ), em Niterói. O encontro com esta clínica aconteceu durante o Estágio Multiprofissional em Nível de Residência em Saúde Mental vinculado à Fundação Municipal de Saúde de Niterói e à Especialização em Psicanálise e Saúde Mental do Departamento de Psicologia da UFF em 2012, tendo sido contratado posteriormente como psicólogo. Ressalto ainda a experiência no Observatório de Gestão e Informação Sobre Drogas do Estado do Rio de Janeiro (OGIDERJ), em que trabalhei na avaliação e indicação de acolhimento institucional, capacitação dos psicólogos e supervisão clínico-institucional dos Centros de Acolhimento Regionalizado para usuários de álcool e drogas (CAREad).

A circulação pelos serviços da Rede de Saúde Mental de Niterói permitiu o trabalho com diferentes práticas clínicas, desde o cuidado com a psicose infantil e o autismo no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, até os psicóticos em crise internados no Serviço de Recepção e Intercorrência e no Serviço de Internação a Agudos Femininos, passando pela escuta clínica às instituições da rede de assistência social pela Equipe de Referência Infantojuvenil para Ações ao Uso de Álcool e Outras Drogas. O que se pode constatar nesta circulação é que o uso de drogas atravessa todos os serviços. Considerando este fato, o que indica a necessidade de internação para quem faz uso de álcool ou outra droga? E quais as consequências este modelo de atenção em hospital psiquiátrico pode ter sobre os usuários da rede de Saúde Mental?

Essas duas perguntas norteiam não só a presente pesquisa, como todo o trabalho clínico realizado na instituição. O SAD é uma enfermaria para homens e mulheres adultos que fazem uso problemático ou prejudicial de substâncias psicoativas. Este setor é a única instituição que realiza internação específica para esta população na rede pública de saúde do município. Os hospitais gerais realizam apenas internação para desintoxicação que duram em média menos de 24 horas. A entrada dos pacientes no SAD é realizada pelo Serviço de Referência e Intercorrência (SRI), a emergência psiquiátrica do hospital. A avaliação é feita por psiquiatras e psicólogos que decidem pela conduta do caso, sendo a internação uma das possibilidades. Os pacientes admitidos no setor são todos marcados pelo termo “usuário de droga” e o diagnóstico

correspondente da CID-X, em especial F10 (transtornos associados ao uso de álcool), F14 (transtornos associados ao uso de cocaína e crack) e F19 (transtornos associados ao uso de múltiplas drogas). A partir da especialidade “ad” (álcool e drogas), o SAD acolhe diferentes quadros psiquiátricos ou, considerando o diagnóstico estrutural de acordo com a psicanálise, neuróticos e psicóticos. Esta afirmação ganha seu peso de paradoxo se considerarmos que o que se espera do nosso trabalho é “tratar das drogas” como ouvimos diariamente não só nos corredores do hospício, mas também nos CAPS e ambulatórios. Parte-se de uma prática que visa dar lugar ao sujeito e não reforçar o lugar de drogado, pois o que os pacientes nos dizem é que trata-se de outra coisa, mesmo em uma enfermaria para usuários de álcool e outras drogas.

Seguimos as indicações de Freud (1912a, p. 152) ao afirmar que em psicanálise a pesquisa está atrelada à clínica: “uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem.” Conduziremos nossa discussão por fragmentos de situações clínicas que impuseram a necessidade de uma reflexão teórica. Nesta medida, lançaremos mão dos conceitos para articular esses fragmentos, não sendo nosso objetivo discussão mais aprofundada dos conceitos utilizados. Conjuga-se neste trabalho os impasses da prática clínica e a elaboração teórica através da implicação do analista-pesquisador. O foco de interesse desta pesquisa são os casos que apresentaram algum fenômeno disruptivo como *acting out* ou pedido de alta da internação no sentido de articular a demanda de tratamento com a estrutura neurótica. A motivação por este recorte se deu de duas maneiras: no encontro com a dificuldade dos parceiros de trabalho do hospital e dos demais serviços da rede de Saúde Mental em conseguir ouvir o pedido de ajuda dos usuários, principalmente aqueles que tem longo histórico de internações e recaídas; e na própria divisão dos pacientes durante o tempo de internação, que muitas vezes é marcado por tais fenômenos disruptivos. A pesquisa foi devidamente submetida ao Comitê de Ética em Saúde através da Plataforma Brasil e aprovada, sob o número do CAAE 35033914.7.0000.5243.

Desde Freud (1930/2012, p. 28) o uso de drogas pode ser entendido como um recurso “imprescindível” na tentativa de apaziguamento do mal-estar inerente à vida em sociedade. Sua influência sobre o organismo e a possibilidade de independência em relação ao mundo externo dá o grau de sua importância. Entretanto, como todos os demais recursos contra o sofrimento, o uso de drogas também falha e pode ser incluído nisso que é o mal-estar. É a partir da dimensão do gozo que a clínica das toxicomanias nos aponta que estamos sempre às voltas de tentar tratar

o impossível. A cultura está implicada nos modos de gozo e de seu tratamento, de tal maneira que oferece os mais diferentes recursos dos quais o sujeito pode servir-se, dentre eles a droga vem ocupando cada vez maior lugar de destaque.

As substâncias usadas, o modelo de produção e o modo de uso variam de acordo com diferentes fatores, mas é fato notório que o uso de drogas é intrínseco à experiência humana. Com fins religiosos, médicos, sociais ou recreativos a relação que os indivíduos e a sociedade estabelecem com o consumo de drogas não pode ser separada de um contexto mais complexo. Neste sentido, o modo como nossa sociedade lida com estas questões dialoga diretamente com o sistema de produção, o sistema político e a própria organização social. As drogas e seus modos de consumo estabelecem relação direta entre o desenvolvimento da ciência e do capitalismo, a ponto de afirmar-se que são efeitos do discurso da ciência (SANTIAGO, 2001).

No primeiro capítulo, apresentaremos de que modo as práticas proibicionistas da produção, comércio e consumo de drogas promoveram a lógica que organiza e orienta o trabalho das instituições que lidam com as questões sobre drogas. Há um processo que produz paralelamente a ideia dos usuários de drogas como criminosos ou doentes, de tal modo que a restrição de liberdade e o afastamento forçado do objeto-droga em nome da abstinência encarceram as pessoas em prisões ou internações. Levantam-se muros que separa dentro e fora. A assistência no campo da saúde pública se configura pelo atravessamento de diferentes forças e resistências: os avanços da Reforma Psiquiátrica em direção à atenção psicossocial e a mudança dos paradigmas no que dizem respeito à loucura e à experiência do sofrimento, visando rompimento com a lógica manicomial, são confrontados com o recrudescimento da ideia de droga como um mal a ser extirpado. Observa-se a ampliação de instituições financiadas com verbas públicas que promovem segregação como tratamento para as questões sobre drogas.

O conceito de segregação é trabalhado no segundo capítulo a partir das contribuições de Lacan (1969-70/2007) e a teoria dos discursos. Os quatro discursos são modos de aparelhamento do gozo em relação ao real como impossível, isto é, não restritos à palavra, os discursos estabelecem práticas de acordo com suas próprias lógicas de operação. Partindo do Discurso do Mestre como aquele que insere uma perda de gozo e seu retorno como mais-de-gozar, Lacan propõe o Discurso do Capitalista como uma variação desse primeiro discurso, a partir da ideia de que o capitalismo é o senhor moderno (*id. ibid.*, 1968-69/2008, p. 32) e seus efeitos se fazem sentir na proliferação de objetos como causa de gozo, sendo a droga mais um deles. O laço social

decorrente do Discurso do Capitalista seria a segregação, cujo efeito pode ser identificado na organização de grupos ao redor de um modo de gozo. Entende-se então as cracolândias como um lugar engendrado pela lógica da segregação. Na clínica, é frequente ouvir dos usuários de drogas a expressão “estar internado na cracolândia” que não deixa de articular-se com a demanda de acolhimento institucional. Se há um deslizamento possível entre o Discurso do Mestre e o Discurso do Capitalista (TERRAL, 2003), observa-se suas consequências na passagem da cracolândia à instituição como certa oposição e continuidade, como meios de segregação, mas possibilidade de incidência clínica. Discutiremos a passagem de fora para dentro através da demanda de internação do sujeito e a oferta de instituições pelo Outro social.

No terceiro capítulo, apresentaremos as contribuições da clínica psicanalítica na prática institucional partindo do pressuposto de Freud (1919/2006) de que a inserção da psicanálise nas instituições deve acontecer sem o abandono de sua ética. A ética sustentada por Freud tem como base a abstinência, tanto do sujeito em seus desejos insatisfeitos, quanto do analista em seu desejo de curar. A direção do tratamento se estabelece no próprio manejo da demanda e seu endereçamento à instituição: interroga-se a relação do sujeito com o gozo e sua tentativa de incluir a instituição em seu modo de gozar; e reconheça-se a implicação da instituição nas atuações e nas passagens ao ato do sujeito. Em outras palavras, visa-se pensar de que modo o que acontece dentro da instituição possa ter repercussões fora.

Por fim, no quarto capítulo, discutiremos através de uma prática de Grupo de Redução de Danos um modo de articular clínica e política no âmbito da internação. Dar-se-á destaque à função do praticante de psicanálise em uma prática de grupo realizada com trabalhadores do Programa de Redução de Danos como estratégia criada a partir da orientação das políticas públicas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A sustentação de um lugar entre o fora (encarnado pelos redutores de danos) e o dentro institucional (sustentado pela presença do analista-pesquisador) serve para esvaziar as fantasias imaginárias ao tentar circunscrever pela fala o impossível do real em jogo nas práticas de intoxicação.

1. LEVANTANDO OS MUROS: O HOSPITAL ENTRE A POLITICA E A CLINICA

1.1 Um breve histórico sobre Hospital Psiquiátrico de Jurujuba¹

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) é a instituição responsável pelas internações psiquiátricas do município de Niterói. Inaugurado em 1953, quando a cidade ainda era a capital do antigo estado do Rio de Janeiro, tinha por proposta ser um serviço de referência em Psiquiatria e Neurologia para o tratamento das doenças mentais. Obedecendo aos padrões da época, o que significa dizer da direção médica de tratamento pelo isolamento, sua estrutura arquitetônica era tal qual das instituições totais, como “um local isolado do centro urbano, destinado a guardar, por trás de seus muros altos e cinzentos, figuras uniformizadas que representavam a doença, o medo, o contágio, o anormal, o perigoso, a ameaça da ordem social: os loucos” (CARRETEIRO, s.p., 1994).

De partida, é fundamental mencionar o trabalho de Goffman (1999) que formalizou o conceito de “instituição total” para pensar as instituições que isolam da sociedade os indivíduos através da restrição de sua liberdade. As instituições totais podem ser definidas “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1999, p. 11). Seu aspecto central seria a ruptura das barreiras que separam as esferas da residência, do trabalho e do lazer. Este seria o ponto de aproximação entre diferentes instituições tais quais prisões, conventos e manicômios.

O hospital era dividido entre Psiquiatria e Neurologia e notadamente marcado por tensionamentos, já que à primeira disciplina não foram realizados os investimentos necessários em equipe técnica e infraestrutura, enquanto à segunda os investimentos fizeram ser um serviço de referência por sua qualidade, sendo necessário encaminhamento e avaliação médica para a internação no setor. Diferente dos pacientes da ala de neurologia, que tinham nome e sobrenome, os internos das alas psiquiátricas não precisavam de avaliação médica e era comum admissão no hospital pelos mandos da justiça e da polícia. As práticas de internação neste período reproduzem o que Foucault (2013, p. 50) já havia apontado da faceta do hospital como uma “terceira ordem de repressão” entre a polícia e a justiça. Ou seja, o louco ou o homem desatinado se torna

[...] uma personagem concreta tomada num mundo social real, julgado e condenado pela sociedade que faz parte. Esse é, assim, o ponto essencial: o fato de a loucura ter sido

¹ Após a escrita deste capítulo, houve determinação por parte dos gestores municipais da demolição de aproximadamente 60% do hospital para a construção de um túnel ligando. Foi necessário repensar o funcionamento do HPJ e a proposta de renomear a instituição de Unidade Transitória de Atenção Psicossocial (UTAP).

bruscamente investida num mundo social onde encontra agora seu lugar privilegiado e quase exclusivo de aparecimento; de lhe ter sido atribuído, quase da noite para o dia [...], um domínio limitado onde todos podem reconhecê-la e denunciá-la - ela que foi vista perambulando por todos os confins, habitando sub-repticiamente os lugares mais familiares; o fato de se poder, a partir daí, e em cada uma das personagens em que ela se materializa, exorcizá-la de vez através de uma medida de ordem e precaução de polícia (FOUCAULT, 2013, p. 104).

A diferença dos modos de recepção dos pacientes produziu o rápido inchaço das enfermarias psiquiátricas, que em três meses de funcionamento já estavam superlotadas (CASTRO, 2012). A falta de infraestrutura das alas psiquiátricas produzia péssimas condições de subsistência dos pacientes e de trabalho para os profissionais, não havendo comida de qualidade, saneamento, iluminação, nem leitos suficientes. Nesta medida, o local afastado onde o hospital foi construído e sua arquitetura que escondia os loucos por trás de grandes muros ao fundo do prédio cumpria o papel de tantos outros hospícios: a exclusão do louco.

A exclusão não se restringia a retirada das pessoas de sua circulação social, significava também uma série de práticas de violência que faziam parte dos recursos terapêutico de então. Sem mencionar o fato de que muitos dos pacientes internados passavam anos até receber um primeiro atendimento médico, a eletroconvulsoterapia era recorrente e visava quase a totalidade dos internados, à exceção daqueles extremamente calmos. Eram executadas coletivamente e sem data marcada para evitar as tentativas de evasão da instituição. Além disto, foram realizadas cerca duas mil cirurgias, a maior parte psicocirurgias como a lobotomia (CASTRO, 2012). Apesar do agravamento do quadro daqueles submetidos à lobotomia, este procedimento era considerado a cura da doença mental. O resultado, entretanto, foi o aumento das reinternações e a eventual transferência dos pacientes para o Hospital Colônia de Vargem Alegre. Vale ressaltar que, naquele contexto, um hospital psiquiátrico se destinava às internações compulsórias de casos agudos com sintomas produtivos, enquanto que uma colônia de psicopatas era o destino dos mais cronicados, como no caso das pessoas lobotomizadas.

A reorientação da assistência psiquiátrica no município se inseriu na reforma do sistema de saúde que ocorria em âmbito nacional. Foi criado o movimento chamado *Projeto Niterói* que tinha por objetivo a organização de vários grupos de trabalho para promover discussões com intuito de diagnosticar os problemas que afetavam a Saúde do município de Niterói (CARVALHO, 2013). O hospital sofreu importantes modificações a partir da década de 80, principalmente após o período de redemocratização do país e a criação do Sistema Único de

Saúde. Sua municipalização ocorreu em 1991, num momento de funcionamento abaixo de sua capacidade em detrimento das clínicas particulares conveniadas que tinham um número muito maior de leitos. Houve a reordenação de parte da rede de serviços públicos, o que tornou possível a coordenação de ações mais efetivas e a redefinição do papel do HPJ no Programa de Saúde Mental de Niterói como unidade de referência para as internações e emergências. Contando com cinco ambulatórios de saúde mental que passaram a atuar no município com consultas individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e grupos de convivência e acolhimento, ao hospital coube as funções de apoio às situações agudas de crises e emergência (CASTRO, 2012).

Uma das principais ações de reformulação da prática do HPJ foi a instituição em 1997 do Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), que passou a receber e regular todos atendimentos de crise e emergência psiquiátrica na rede pública e avaliar a indicação de internação, inclusive nos leitos dos hospitais privados conveniados. Os diagnósticos realizados por este serviço - diagnóstico da rede - auxiliou para a construção dos serviços extra-hospitalares. E com o avanço da implementação dos serviços territorializados, o SRI se coloca como um dispositivo que funciona como dobradiça ao “acolher, responder, pensar a crise que chega e principalmente compartilhar mais ainda com os Serviços da Rede” (COSTA; BARBOSA, 2008, p. 50).

Os avanços na implementação dos dispositivos que compõem a Rede de Saúde Mental, principalmente os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reorganização dos ambulatórios, além das mudanças no funcionamento do hospital possibilitaram a diminuição progressiva da utilização dos leitos conveniados e a realizar as internações quando indicadas no próprio hospital (ROCHA, 2003). Ainda no início dos anos 2000, do total de pacientes que eram internados, os dois principais grupos eram de psicóticos e alcoolistas. Os psicóticos em internação passaram a ser acompanhados por equipes multiprofissionais que orientavam os recursos terapêuticos a partir da elaboração de um projeto terapêutico singular ao sujeito que inclui além da sintomatologia aguda e a relação do paciente com seus sintomas e fenômenos clínicos, a participação de familiares no tratamento, aproximação com as equipes de saúde, e outros recursos comunitários. Assim, este projeto visa “proteger e intensificar a relação do sujeito com seu tratamento, de preferência em um dispositivo extra-hospitalar” (*ibid. idem*, p. 166). Rocha informa ainda que os alcoolistas eram internados em situações de intoxicação e de abstinência e a internação era realizada por períodos curtos para o restabelecimento clínico de desintoxicação. A orientação de trabalho também visava a vinculação aos serviços ambulatoriais ou ao CAPS.

1.2 O Serviço de Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SAD)

O HPJ teve papel muito importante no processo de implementação da Rede de Saúde Mental de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. O enfoque dado pelo hospital à formação dos trabalhadores e estudantes, principalmente pela aproximação com a Universidade Federal Fluminense, ampliou as discussões clínicas e políticas das práticas realizadas. O hospital se tornou uma referência para a formação dos trabalhadores. Neste período, segundo Castro (2012), o hospital contava com 50% dos recursos humanos da rede de saúde mental e funcionava com cem leitos (60 para situações agudas e 40 para os pacientes moradores do hospital). Enfocou-se em maior integração entre os setores através de seminários internos e reflexões sobre a dificuldade do trabalho. Como efeito, o número de atendimentos médicos nos ambulatórios diminuiu pela potencialização de outros recursos terapêuticos. Além disto, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que precedeu o CAPS Herbert de Souza, iniciou suas atividades ainda dentro do hospital para num segundo momento instalar-se em área residencial em outro bairro.

A reformulação ocorrida em 1997 criou o Serviço de Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SAD). Inicialmente com seis leitos, o setor acolhia usuários de droga em crises de intoxicação ou abstinência de todo o estado do Rio de Janeiro. Conforme apontado acima, o maior número era de alcoolistas. As internações eram breves, de quatro a sete dias - extensível quando necessário. Havia grande rotatividade de pacientes pelo processo de alta, internação e transferência para hospital clínico. Em algumas situações, o paciente reinternava no mesmo dia após alta por retomar o uso de drogas. Houve um aumento gradativo de vagas a partir da demanda externa ao hospital e interna de outros setores do hospital, que levou à mudança e adequação do espaço físico. Atualmente são doze leitos para homens e mulheres acima de 18 anos de idade distribuídos em um espaço razoavelmente amplo, de janela gradeadas e portas trancadas. Há acesso a um pátio externo com um pequeno jardim para a sociabilidade dos pacientes e algumas oficinas terapêuticas.

Em 2004, foi inaugurado o CAPSad Alameda para a atenção aos usuários adultos de álcool e outras droga. O enfoque da Coordenação de Saúde Mental naquele momento eram os pacientes com transtornos mentais e os institucionalizados nos manicômios (judiciário, clínicas particulares conveniadas e no próprio HPJ) e dois CAPS II já estavam em funcionamento. Anteriormente, a clientela de usuários de álcool e outras drogas e a clientela infantojuvenil com

transtornos mentais começaram a receber cuidados através das ações da Equipe de Referência de Álcool e outras Drogas (ERAD) e a Equipe de Referência Infantojuvenil (ERIJ). Estes dispositivos deram origem ao CAPSad e CAPSi, respectivamente, mas suas ações tomavam por base o hospital psiquiátrico - singularidade da Reforma Psiquiátrica em Niterói. O trabalho destas equipes de referências incluía a realização de interconsultas junto às equipes do hospital, muito em função dos casos de emergência (NICODEMOS, 2013).

Conforme afirma Rocha (2003),

No caso particular do HPJ as ações de Reforma Psiquiátrica melhoraram a qualidade da assistência ali prestada através de significativos investimentos em recursos materiais e humanos que têm servido para a gestão pública do SUS assumir seu papel no sistema, mudando assim as formas mais estereotipadas de hospitalização, isto é, aquelas que são feitas com critérios vagos e sem o envolvimento dos serviços comunitários. Durante esses primeiros dez anos de reforma de Niterói, foi tomada a decisão de potencializar o hospital público e limitar o processo de hospitalização permanente e crescente que havia se instalado junto às clínicas privadas. Nesse sentido, não só o papel do HPJ foi decisivo como também as equipes dos ambulatórios e Caps que foram sendo implantadas concomitantemente (ROCHA, 2003, p. 167).

O CAPSad é o serviço de referência para as pessoas em envolvimento prejudicial com álcool e outras drogas. Atua como porta de entrada da rede de saúde mental e é responsável pela organização das demandas desta clientela. Sua competência também abrange a avaliação e o encaminhamento para internação em hospital geral quando necessário cuidado para intoxicação e abstinência ou no hospital psiquiátrico para cuidado em situações de risco e vulnerabilidade. Segundo a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (2015):

Todo o trabalho é orientado pela lógica da redução de danos, que apesar de entender que a abstinência ao uso de substâncias psicoativas é uma das metas do tratamento, não ignora a realidade e limitação daqueles que não conseguem aderir minimamente aos cuidados propostos se dele se exigir suspensão radical e imediata dessas substâncias. Contempla, por isso mesmo, um conjunto de medidas de acolhimento e ações de saúde que busca minimizar as consequências do uso e dependência sem excluir, estigmatizar ou exigir do usuário uma mudança que, em boa parte das vezes, já lhe fora imposta sem sucesso em outras situações (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015, s.p.).

Após a inauguração do CAPSad e da territorialização da rede de saúde através da efetivação da municipalização dos dispositivos, houve uma mudança no cuidado prestado aos usuários e concomitantemente um outro perfil da clientela a ser tratada. A avaliação realizada pelo SRI indicava a necessidade para cuidados de desintoxicação ou abstinência nos hospitais gerais de referência do município. Após este cuidado clínico, os pacientes retornavam para internação no SAD que passou a ter por objetivo promover acompanhamento a partir da lógica

da atenção psicossocial e orientado pela Redução de Danos. O objetivo da internação não é a abstinência e passa a ser um espaço para o trabalho a partir da singularidade do caso, acolher o que é da dimensão do sujeito. Como afirmam Bursztyn e Figueiredo (2013):

O campo da saúde mental, caracterizado por sua heterogeneidade tanto no que se relaciona às referências teórico-práticas quanto no conjunto de serviços de atenção e cuidado psicossocial da rede pública, comporta em si uma variedade de saberes que problematiza uma direção comum para o acompanhamento dos casos. Incluindo nesse campo a psiquiatria, destaca-se a importância dos conceitos psicopatológicos na direção do diagnóstico e na localização do *pathos* do sujeito como balizador do tratamento (BURSZTYN & FIGUEIREDO, 2013, p. 134).

O tratamento, desta forma, organiza-se em um projeto terapêutico singular, que visa acolher a demanda do sujeito e dar lugar a sua palavra para promover um espaço de elaboração subjetiva a partir do endereçamento à instituição e aos profissionais de saúde. Com isto, o tempo de internação deixou de ser curto e restrito à critérios estritamente médicos e orgânicos; tornou-se flexível e passou a incluir o trabalho de inserção ao CAPSad ou ambulatório, nos casos de primeira internação, e o fortalecimento do vínculo com os dispositivos territoriais da atenção psicossocial nos casos de pacientes já em tratamento.

1.3 As políticas sobre drogas e a Reforma Psiquiátrica brasileira

As drogas apresentam uma particularidade que traz consigo um paradoxo: ainda que seja fato notório a universalidade de seu consumo nas culturas humanas (BERGERON, 2012), nas sociedades modernas as práticas proibicionistas produzem outros modos de relações entre o sujeito e a droga (GARCIA; LEAL & ABREU, 2008). No começo do séc. XX, assistiu-se as primeiras medidas de proibição da produção e consumo de drogas em escala global com os acordos adotados pela Liga das Nações, a agência precursora da Organização das Nações Unidas (ONU). Nesta via, a regulação da cocaína teve início em 1903 a partir da pressão feita pelos Estados Unidos no campo econômico contra as indústrias farmacêuticas alemãs que dominavam o mercado, no campo político através grupos religiosos e no campo social devido ao racismo inerente à cultura estadunidense, pois o consumo desta droga estava associado a cultura afrodescendente. As demais drogas também sofreram sanções nesta mesma medida e por motivos muito semelhantes (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Com o estabelecimento da ONU, estas medidas ganharam escala mundial com ratificação de tratados por mais de 160 países, como é o caso da Convenção Única de Narcóticos (1961), Convenção de Drogas Psicotrópicas (1971) e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos

e Drogas Psicoativas (1988). Cabe ressaltar que as medidas proibicionistas foram fortalecidas a partir da década de 70 com a proposta do presidente estadunidense Richard Nixon de *War on Drugs* (Guerra às Drogas). Tal guerra ratifica a proibição da produção e comercialização de uma série de drogas, que então se tornam ilícitas. Assim, os tratados internacionais proibicionistas criam restrições as ações individuais dos países para lidar com a questão sobre drogas a partir de suas próprias particularidades. Faz-se necessário discutir este contexto particular para a elaboração de políticas públicas eficazes sobre o problema (FONSECA & BASTOS, 2012).

As ações dos Estados ocidentais, Brasil incluído, concentram-se em intervenção no campo jurídico e são orientadas para a prisão dos indivíduos envolvidos com drogas, atuando como prevenção de possíveis danos à sociedade. Estas medidas tendem a produzir uma hipertrofia do sistema repressivo, pois favorecem o aperfeiçoamento dos fatores macro e microeconômicos da droga, paradoxalmente aumentando o número de consumidores. A via que busca descriminalizar o consumo de droga corre o risco de novamente incidir apenas sobre a conduta do usuário, produzindo a patologização da mesma. Esta lógica de tentar incidir sobre o problema econômico das drogas pela ação do usuário revela-se extremamente limitada por manter-se presa ao último elo da cadeia da economia da droga (NASCIMENTO, 2006).

Na sociedade estadunidense, a partir da década de 70, houve um crescimento no número da população prisional em mais de quatro vezes em 25 anos, algo inédito em sociedades democráticas². A população atingida foi a de pobres principalmente os negros, que passaram a ser mais da metade da população carcerária. A implementação da política proibicionista aconteceu no momento em que o índice de consumo de maconha e cocaína estava em queda naquela sociedade mesmo considerando que “(...) a abordagem utilizada nas campanhas antidrogas voltada para redução da oferta tinha uma longa e bem conhecida história de fracasso nos Estados Unidos” (WACQUANT, 2003, p. 115). A guerra às drogas pode ser entendida como um importante motor no crescimento da população carcerária nos Estados Unidos por ser uma guerra contra os traficantes locais e consumidores mais pobres, considerando que para estas pessoas o comércio de narcóticos é uma fonte de renda e emprego lucrativo em tempos de recuo do mercado de trabalho e do encolhimento do Estado de bem-estar social. Duas consequências foram o fato de que mais da metade dos presos no sistema penitenciário estadunidense eram por

2 O Brasil ocupa o 4º lugar no *ranking* dos países com a maior população prisional do mundo, perdendo para EUA, China e Rússia. Contabiliza-se 563.526 em 2014 (BRASIL, 2014).

tráfico de drogas e constatou-se um aumento do fluxo de cocaína nas ruas e a redução de seu valor para compra, o que proporcionou aumento no consumo. Assim,

Não é, pois, a guerra as drogas *per se*, mas sim quando esta política é usada e o seu emprego seletivo num quadrante restrito, localizado bem na base do espaço urbano e social, que contribuiu para superlotar as celas estadunidenses e rapidamente ‘escurecer’ seus ocupantes (WACQUANT, 2003, p. 115).

O atual panorama que orienta as políticas públicas sobre drogas em todo território nacional está marcado pelo tensionamento por diferentes forças. Os avanços promovidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido interrogados no que toca às questões sobre drogas, principalmente a prática do cuidado em atenção psicossocial como diretriz dos CAPS. A proposta de um modelo de atenção substitutivo às internações em grandes hospitais psiquiátricos valorizando práticas orientadas para o território está ameaçada por recentes projetos de lei visam fortalecer práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas através de internações e acolhimentos em Comunidades Terapêuticas ou outras instituições de isolamento.

Para melhor estabelecermos um paralelo entre a organização da Rede de Saúde Mental de Niterói e a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, é válido resgatar os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica brasileira na década de 70. Seu objetivo principal visava mudar a realidade da assistência em saúde mental rompendo com a lógica manicomial. Os avanços promovidos pela Reforma tiveram como carro-chefe a questão da loucura e a busca pela mudança de paradigma do modelo de assistência. Os conceitos de saúde, loucura e tratamento foram interrogados para possibilitar a construção de um outro lugar social aos loucos. Como resposta ao modelo hospitalocêntrico foi proposto a organização da rede de assistência em saúde mental a partir de serviços territorializados e inseridos na cultura destes territórios (AMARANTE, 2007). A luta pela Reforma Psiquiátrica ganhou maior respaldo com a sanção da lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), que orienta sobre os cuidados em saúde mental e os direitos dos usuários e com a portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002), que institui os CAPSad (álcool e outras drogas) e CAPSi (infantojuvenil).

A Reforma Psiquiátrica foi responsável por uma importante intervenção na cultura, porém as mudanças sobre o modelo de assistência aos usuários de drogas não seguiram direção unívoca conforme suas propostas. Apesar de prevista na lei, a instituição do CAPSad não garantiu de fato a implementação de uma nova lógica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. A demora para a formulação de políticas públicas que contemplassem os novos

paradigmas da Reforma Psiquiátrica foi classificada como estratégica: “até aqui na história a questão de álcool e drogas se manteve em *stand by*, por motivos estratégicos, depois de quase vinte anos de luta pela Reforma Psiquiátrica estamos tomando esta questão para discussão” (TYKANORI *apud* NICODEMOS, 2014, p. 20). Ainda que as referidas leis já previssem a assistência dos usuários de drogas, o contexto desta espera precisa ser melhor circunscrito, uma vez que muitas ações foram construídas antagonizando com os avanços das lutas da Reforma.

O processo de construção de categorias clínicas que determinava a medida entre o consumo normal e patológico das drogas é concomitante aos trâmites de regulação e criminalização da produção e do consumo. No Brasil, as primeiras práticas médicas sobre a questão do consumo de drogas (majoritariamente o álcool) foram instituídas pela Liga Brasileira de Higiene Mental que compreendia o uso abusivo de substâncias como degeneração orgânica e moral das classes mais pobres da sociedade. A própria instituição da Liga respondia a uma demanda social por desenvolver um saber para atuar articulado ao campo jurídico para a repressão ao consumo de álcool (BALBINOT; DALLARI, 2013). A elaboração do saber médico sobre o assunto associava o uso de drogas à pobreza e à miséria social, equiparando-o à criminalidade, que também era entendida como elemento de degeneração. Assim, a proposta terapêutica tinha por base o recolhimento dos usuários de substâncias nos grandes asilos, nos hospitais psiquiátricos ou na prisão. A internação tinha como objetivo principal proteger a sociedade e, como possível consequência, promover a abstinência do uso da substância pelo afastamento do indivíduo do objeto droga (ALARCON, 2012).

No âmbito da saúde pública, o problema-droga se torna contraditório quando não se leva em consideração o fato de que parte dos atuais problemas tem relações com as políticas antidrogas que foram feitas em nome da saúde da população, como é o caso da violência associada ao consumo. As intervenções no campo da saúde se baseiam nas certezas dos danos que o consumo de drogas produz no indivíduo tomando como modelo universal as demandas próprias das consequências dos efeitos do que é entendido por dependência química. Isto exclui de partida a possibilidade do uso de drogas como parte de um estilo de vida individual, ou seja, “tomar como modelo universal a dependência química é reduzir as relações possíveis com as drogas a um tipo de acontecimento em geral incomum e minoritário, distorcendo a magnitude dos agravos decorrentes do uso” (*id. ibid.*, p.46).

As políticas públicas sustentadas pelo Ministério da Saúde que propunham nova abordagem à questão sobre drogas contrastavam com a rigidez da legislação de Entorpecentes, o que leva a dizer que a criminalização do usuário de drogas reflete-se em um campo de atenção ao dependente químico como conflitivo e paradoxal. Assim,

Se por um lado, na perspectiva da saúde pública, o controle dos efeitos danosos do uso abusivo e patológico é a única forma de combate às drogas, uma vez que seu uso não pode ser abolido por decreto, por outro lado o setor da segurança acaba induzindo medidas que têm como horizonte o ideal de uma sociedade sem drogas, privilegiando o combate ao comércio ilegal e tornando secundário o controle sobre os efeitos de um uso eventualmente inadequado. Nessa perspectiva, confere-se mais importância às ações de redução de demanda, gerando, por exemplo, a crença de que o único tratamento possível é o que prescreve a abstinência total (ALARCON, 2012, p. 54).

Os usuários de drogas eram marcados por dois termos “criminoso” e “doente”. A construção destes dois termos foi importante para o fortalecimento da ideia de que a abstinência seria então o único objetivo de um caminho a ser percorrido. Como criminoso, o usuário deveria ser afastado da sociedade por perpetrar o crime e, como doente, ele deveria ser afastado da droga que produzia e disseminava o vício. Por um lado, a prisão era o destino do criminoso e, por outro, a internação no hospital era o destino do doente. As medidas de restrição da liberdade era norteadoras das intervenções sobre o problema das drogas. Os modelos de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas eram pautados na abstinência e carregados de valores morais e religiosos. Somado a isto, os dispositivos de tratamento eram grupos de mútua ajuda, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, atendimentos psiquiátricos e/ou psicoterápicos individuais e os diferentes modelos de internação que incluíam internação nos grandes hospícios, em comunidades agrícolas e comunidades terapêuticas (QUEIROZ, 2001).

Na década de 90, temos início no Brasil as primeiras experiências de Redução de Danos (RD) como estratégia de combate aos avanços da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. O uso de drogas é tido como um fator de risco para contaminação e as primeiras políticas públicas visavam realizar algum cuidado endereçado a esta população. Porém, como fatores que dificultavam a implementação de políticas públicas podemos elencar a política de segurança pública pautada na repressão às drogas, movimentos de bases religiosas e a violência estrutural dos grandes centros urbanos supostamente associada ao consumo de drogas. Nem sempre as diferentes áreas do poder público estão de acordo, como segurança, Justiça e Saúde o que dificulta a implantação de políticas efetivas. As práticas de assistência só puderam ganhar consistência quando algumas alterações na lei foram feitas de modo a diferenciar o consumo de

drogas da criminalidade no início dos anos 2000. Assim, recentemente, o Brasil promoveu duas reformulações na política nacional antidrogas que visam a substituição da antiga lei n. 6.368 de 1976 que criminalizava o consumo de drogas estabelecendo distinções mais claras entre consumo e tráfico (lei n. 11.343/06) (FONSECA; BASTOS, 2012).

Entretanto, antes das mudanças na lei acontecerem já eram realizadas práticas orientadas pela Redução de Danos³ e é somente em 2004 que é criada a *Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, que apresenta a Redução de Danos como princípio norteador da assistência. Afirma-se que:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, 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 (BRASIL, 2004, p. 10).

Inaugurou-se um modelo de assistência individualizado que leva em consideração a escolha de cada sujeito. Além disso prescreve-se que o tratamento deve acontecer prioritariamente em serviços extra-hospitalares como os CAPSad em parceria com outros serviços de saúde. A internação, a partir deste novo modelo de assistência, é oferecida como um recurso importante que pode ser utilizado em alguns momentos, mas não a base do tratamento. Podemos evocar ainda as portarias de nº 1.059 de 2005 que determina as ações em Redução de Danos e a portaria nº 1.190 de 2009 que institui o *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde*.

Apesar de todos os avanços no campo da atenção psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas, forças contrárias à Reforma Psiquiátrica foram mobilizadas e promoveram alguns retrocessos. Dentre estes, podemos elencar o decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 que estabelece o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* cujo primeiro ponto de suas ações imediatas consiste em “ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas” (art. 5º, § 1º). O plano de aumento do número de leitos para internação continua com a meta de atingir 10 mil vagas em todo o país com verbas do Ministério da Justiça através de associação do poder público com a sociedade civil pelas Comunidades Terapêuticas. Ainda que o edital esclareça que as internações sejam “exclusivamente voluntárias” (BRASIL,

³ Destaca-se a experiência do município de Santos-SP no ano de 1989, quando foram implementadas as primeiras práticas de RD no contexto da implementação do SUS. Os gestores da época foram acionados pela Justiça sob a acusação de incentivo ao uso, o que configura-se crime (PASSOS & SOUZA, 2011).

2014), a política de ampliação de leitos de internação sem articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enfraquece o movimento da Reforma Psiquiátrica e alimenta o imaginário construído do isolamento e da abstinência como único caminho possível no tratamento da questão das drogas. Importante ressaltar que a voluntariedade das internações entra em cheque se considerarmos a tramitação do Projeto de Lei 7.663/10 que fortalece o modelo de tratamento baseado nas internações compulsórias e, ainda, cria um cadastro nacional de usuários de drogas e aumenta a pena para o crime de tráfico.

Recorremos a Sabino e Cazenave (2005) que já distinguem três modelos de tratamento sob a forma de internação: internação hospitalar de curta duração; clínicas especializadas e/ou particulares com tratamento de média ou longa duração; e as comunidades terapêuticas. As internações hospitalares são realizadas em hospitais públicos e privados com intuito de desintoxicação e sua inserção institucional garante tratamento realizado por equipe com atuação de cunho científico e multiprofissional - ainda que não totalmente livres de certas concepções morais. As clínicas especializadas são mais comuns na rede particular de saúde e podem ter como linha de atuação um trabalho misto entre equipe multiprofissionais e práticas morais/religiosas. Por fim, as CT, majoritariamente de cunho religioso e pautadas nos modelos de grupos anônimos são recursos utilizados pelos mais pobres. Concluem ainda:

Devido às CT se basearem principalmente na ajuda mútua, ou seja, novos pacientes geralmente são mais auxiliados por pacientes que já conseguiram manter um determinado período sem utilizar substâncias psicoativas ilícitas, essa abordagem se torna questionável, pois não sabemos até quando a ajuda de um profissional especializado pode ser "substituída" por um outro interno, já que alguns casos exigem uma atenção direcionada e específica. Ressaltando também que este fato não ocorre em todas as instituições denominadas comunidades terapêuticas, e também não são todas que aplicam esta total substituição, já que muitas instituições possuem uma equipe multiprofissional (SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 173).

Deste modo, o governo federal mantém os pesados investimentos em ações de cuidado para os usuários de drogas através do programa *Crack é possível vencer* (BRASIL, 2011), que acabou por incentivar dispositivos de internação/acolhimento para os usuários de drogas. Esta medida estava desarticulada com portarias anteriores que garantiam o fortalecimento da RAPS e a possibilidade de internações para os usuários de álcool e outras drogas em leitos de hospitais gerais, já prevista em lei. Assistimos a instituição de diferentes modelos de internações através de uma aparente reformulação das antigas CT religiosas, pois continuam promovendo assistência voltada para a abstinência, com projetos terapêuticos generalizados a todos os usuários e sem o compromisso com os dispositivos de atenção territorial.

Observa-se ao longo do percurso da questão sobre drogas no Brasil a existência de um jogo de contradições produzido pelo exercício de poder gerado no embate entre forças democráticas e forças totalitárias, entre a Constituição Brasileira e o Código Penal. Enquanto a primeira garante o direito a liberdades individuais, o segundo proíbe que os pessoas usem determinadas substâncias. Esta contradição aponta para a conciliação entre democracia e totalitarismo a partir de e sobrepondo a questão das drogas. A inserção das CT na rede de cuidados enquanto dispositivo de restrição de liberdade está diretamente ligada à política de segurança através do convenio por um um edital da Secretária Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional (FOSSI, 2013).

Um dos principais problemas do financiamento em CT foi o elemento constatado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) que divulgou um relatório de inspeção nacional a locais de internação para usuários de substâncias. Este documento demonstrou que ainda são encontradas instituições que não seguem as direções determinadas pela legislação vigente que regulamentam a assistência ao usuário de substâncias psicoativas. Estas instituições desconsideram ainda a dimensão da inclusão social no tratamento e ignoram a importância da lógica da Redução de Danos e a necessidade de projetos terapêuticos individualizados aos usuários, o que provoca violação de direitos humanos.

Dentre as diferentes modalidades de internação, o conceito de Comunidade Terapêutica deve ser levado em consideração. Este dispositivo foi criado na Inglaterra por Marwell Jones nos anos 40 como um outro modelo de tratamento para os pacientes confinado nos grandes hospícios, tendo assim importância no processo de abolição do modelo asilar de cuidado da loucura. Fundado em valores democráticos e de horizontalização das relações entre pacientes e profissionais de cuidado com intuito de promover cidadania aos loucos, hoje as Comunidades Terapêuticas se transformaram em outro modelo de cuidado. Vale ressaltar que, no Brasil, o termo “Comunidade Terapêutica” foi utilizado pelas instituições religiosas que promoviam as internações com intuito de dar maior legitimidade científica a sua prática baseada neste conceito cunhado pelos movimentos europeus de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007). Assim, as CT passam a ser instituições religiosas, geralmente em locais geográficos afastados das cidades, e sua terapêutica consiste em afastar o sujeito da droga tanto geograficamente quanto em seu discurso, impondo o ideal de abstinência muitas vezes pela via religiosa.

Por mais que a aproximação entre prisão e internação ganhe contornos muito particulares em nossos tempos, a história mostra que tal associação não é nenhuma novidade. As instituições precursoras do atual sistema penitenciário podem ser remontadas às antigas casas de correção europeias. O objetivo destas instituições era reformar os internos através da disciplina e do trabalho obrigatório, corrigindo o caminho de vagabundagem e ócio que os internos seguiram ou poderiam vir a tomar futuramente, sendo fundamenta o autossustento pelo próprio trabalho (MELOSSI, 2010). O modelo disciplinar influenciava a fábrica e tantas outras instituições como a família, a escola, o hospital, o manicômio etc., garantindo assim a manutenção do trabalho. A religião desempenha função importante neste processo:

As religiões protestantes e em particular o calvinismo forneceram sem dúvida (...) uma visão abrangente de mundo e da vida baseada na *ética do trabalho*, a *religião do capital*, que animará por si mesma as primeiras instituições segregadoras. (...) Trata-se de construir, no trabalhador, uma tendência *natural e espontânea* a se submeter à disciplina da fábrica, reservando o uso da força apenas para uma minoria de rebeldes. Tal controle, e aqui se revela a importância da reforma religiosa e a sua conexão com as primeiras formas de internamento, move-se de acordo com duas linhas diretrizes: a interioridade do indivíduo (e da família) e a *instituição segregadora* (MELOSSI, 2010, p. 52).

Neste mesmo sentido, Foucault (2013) demonstra que os processos de construção do conceito de loucura estabelece relação com a segregação e, em especial, a prática do internamento. A exclusão acontece através do choque entre diferentes forças que produzem então efeitos pela criação de determinadas categorias como o louco, o vagabundo ou o drogado, o que rompe com a ideia de alguma naturalidade que sustenta ou legitima o internamento. Ainda que as práticas de internamento possam ser remontadas através da história, os sujeitos acolhidos não são os mesmos. Deste modo,

Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que excluem (FOUCAULT, 2013 p. 6).

As instituições de internação como os grandes hospitais se tornam uma estrutura semijurídica, cujas atividades administrativas dialogam com os poderes já constituídos e permitem o funcionamento como uma terceira ordem de repressão entre a polícia e a justiça. No contexto da reforma protestante e a mudança na sensibilidade do que diz respeito à pobreza, à caridade e ao trabalho, a miséria se torna um problema a ser combatido pelo Estado e pela cidade. A concepção de homem e seus deveres para com a sociedade, a família e consigo mesmo

localiza a miséria como obstáculo à ordem que deve ser suprimido. A ideia de internamento serve para então suprimir a miséria de duas formas, seja como adequação ao trabalho, seja como punição. Uma das consequências do internamento é uma divisão que vai marcar a miséria e a pobreza: “De um lado, haverá a região do bem, que é a da pobreza submissa e conforme à ordem que lhe é proposta. Do outro, a região do mal, isto é da pobreza insubmissa, que procura escapar a essa ordem. A primeira aceita o internamento e aí encontra seu descanso. A segunda se recusa a tanto, e por isso o merece” (*id. ibid.*, p. 61). Ou seja, o “internamento se justifica assim duas vezes, num indissociável equívoco, a título de benefício e a título de punição” (*id. ibid.*, p. 61).

Antes de ter o sentido médico atualmente atribuído e relacionado à cura ou ao tratamento, a internação se fazia necessária a uma exigência de trabalho. Os vagabundos e os desempregados passam a integrar à sociedade pela marca da curatela, de modo que o Estado se ocupa de sua subsistência em vida ao cobrar o preço de sua liberdade individual através da coerção física e moral da internação para então ser reintegrar à sociedade pela via do trabalho - ainda que como mão de obra barata. Valores como trabalho, responsabilidade individual e responsabilidade pela família ganha importância em diferentes aspectos da vida íntima e pública dos homens e o internamento executa sua função:

Num certo sentido, o internamento e todo o regime policial que o envolve servem para controlar uma certa ordem na estrutura familiar, que vale ao mesmo tempo como regra social e norma da razão. A família, com suas exigências, tornar-se um dos critérios essenciais da razão; e é ela, sobretudo, que pede e obtém internamento (FOUCAULT, 2013, p. 90).

A tentativa de localizar ou reduzir o problema do consumo de drogas a um objeto leva à crença de um modelo de tratamento que vise afastar o sujeito deste objeto. Uma crítica possível a ser feita pelos recentes programas do governo federal é justamente acentuar o objeto ou a droga - no caso, o *crack* elevado à categoria de epidemia⁴ - e não o usuário, ou sujeito. Políticas públicas que seguem na direção de ampliar a oferta de leitos para a internação de pessoas que fazem uso abusivo ou crônico de álcool e outras drogas encontram eco no imaginário popular que sonha com soluções definitivas e que privilegiam o afastamento do convívio social pelo envolvimento em situações constrangedoras, socialmente marginalizadas ou ilegais. Assim,

⁴ No relatório interno referente a 2014, constatou-se que do total de 59 pacientes internados, 27,1% elencam o álcool como droga de escolha; 30,5% cocaína; 22% crack/cocaína; 11,7% álcool e cocaína/crack; 8,5% fizeram uso de múltiplas substâncias. E do total, 15,2% fazem uso associado e abusivo de medicações psiquiátricas. O uso isolado de *crack* não aparece na clínica como o principal problema. Inofirma-se ainda que 91,5% são tabagistas.

O internamento nestes serviços vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos. Sendo assim, os leitos em hospitais especializados só se justificam em casos de situações que fogem ao controle dos CAPSad e dos outros serviços disponíveis na rede de cuidados (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Nesta mesma medida, a abstinência que se articula com a ideia de internação se configura como um paradigma ético que norteia as políticas públicas. O problema é que este paradigma se impõe como um ideal impossível a ser atingido, como o ideal de uma sociedade sem drogas proposto pela *War on drugs*. Seguir esta direção ética exige o reconhecimento de que este paradigma se constrói através de uma “rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 156)

As determinações proibicionistas tentaram regular as mais diversas substâncias químicas elevadas à categoria de “drogas”. O álcool, hoje uma droga legal e abertamente incentivada ao consumo através de publicidade, já foi alvo de severa restrição na década de 20 os Estados Unidos, onde foi instituída a Lei Seca que proibia a produção e comercialização de bebidas alcoólicas. De fundo religioso, tal lei visava lidar com a questão da droga por sua abolição enquanto objeto. Este fato não passou despercebido por Freud (1927) que apontou de modo crítico a proposta de abstinência pela via da proibição e da substituição compulsória da intoxicação pela devoção religiosa. Afirma que o

[...] efeito das consolações religiosas pode ser assemelhado ao de um narcótico é fato bem ilustrado pelo o que está acontecendo nos Estados Unidos. Lá estão tentando agora - privar o povo de todos os estimulantes, intoxicantes e outras substâncias produtoras de prazer, e, em vez delas, a título de compensação, empanturraram-no de devoção (FREUD, 1927, p.56-7).

Aproximamo-nos então da apreensão da ideia da abstinência enquanto a ser atingida pela internação para as pessoas envolvidas com o uso de drogas como uma síntese de diferentes modelos, em especial o psiquiátrico e o moral, ao condensá-los em uma mesma prática. A proposta de abstinência, assim, ainda é hegemônica nas diferentes instituições que privilegiam a internação em detrimento do acompanhamento psicossocial. Como afirma Ribeiro (2012, p. 23) a preferência por este modelo de tratamento “ocorre porque se acredita que as internações permitem uma maior vigilância e controle dos usuários de drogas, o que garantiria, ao menos durante o tratamento, a abstenção do uso.”

Assistimos nos últimos anos o reconhecimento do fracasso da *War on Drugs* e a construção de novas práticas de cuidados de si que dizem respeito ao uso de drogas, como a Redução de Danos (PASSOS; SOUZA, 2011). Há uma maior abertura para experiências no plano da saúde e da política de maior tolerância a o uso de algumas substâncias, como é o caso da maconha, que começou a ter a venda autorizada para fins medicinais em alguns estados norte-americanos, e em 2015 a capital do país Washington legalizou a venda de pequenas quantidades para fins recreativos (BBC-BRASIL, 2015). No Brasil, tramita o projeto de lei 7270/2014 que pretende regular a produção e comercialização da *canábis* através do estabelecimento de clubes de autocultivadores, proposta que insere tal comercialização em práticas coletivas.

Do mesmo modo que a proibição à produção e consumo de drogas não atingiu seu objetivo, a discussão a respeito da despenalização, legalização ou liberação do consumo de drogas deve levar em consideração o caráter paradoxal do gozo, conforme a clínica psicanalítica salienta. Toda a discussão sobre as toxicomanias e os modelos de tratamento alude ao que Laurent (2012, p. 22) sinalizou como “questões de sociedade” sendo aquelas que dizem respeito às formas do mal-estar na civilização e dos fenômenos que se referem ao gozo. O problema residiria no fato de não haver respostas definitivas para estas questões e a dimensão do sintoma se apresenta enquanto o que resiste na esfera social, cujo tratamento não se garante na lógica de um ou outro. Proibição total e liberação generalizada são duas faces dos mesmos imperativos superegóicos de gozo.

Nesta mesma lógica, opor Justiça e Saúde como dois lados opostos no tratamento do mal-estar inerente à questão das drogas é uma armadilha. Por este motivo Laurent (*id. ibid.*) salienta que as certezas antes retiradas do saber tradicional se sustentam hoje numa ciência incide no mundo através de sua eficácia, mas que tem no campo do gozo um ponto de desconhecimento, onde então pode articular-se com a Justiça:

Nós estamos em um movimento da civilização em que a única certeza vem da Ciência, onde a psiquiatria não existe mais, uma vez que ela é colocada dentro da neurologia, tudo o que concerne às passagens ao ato torna-se um grande enigma. Para tratar as questões dos tóxicos, as das passagens ao ato ou dos crimes sexuais, há a necessidade de, nos próximos anos, reconstruir um aparelho de pensamento médico-legal que vai atravessar as fronteiras dos ministérios. [...] Os psicanalistas poderão ser muito úteis para dar uma maior flexibilidade às reflexões, sem, no entanto, fornecer a resposta sobre o que é preciso fazer. Ninguém sabe o que é o bem, como obter o bem, nem dos sujeitos, nem da sociedade (LAURENT, 2012, p. 29).

O problema de tomar a abstinência como ideal ou objetivo final do tratamento é a questão: o que acontece com aqueles que não conseguem sustentar esta posição? De fato, o que

constatamos no SAD é que pelo menos uma terça parte dos pacientes internados já tiveram passagem por Comunidades Terapêuticas, de diferentes tipos e em diferentes locais⁵. Esta contatação é importante se considerarmos o atual contexto das políticas públicas para a atenção em álcool e drogas em que as CT – em geral de cunho religioso e que prega abstinência como objetivo terapêutico sem articulação com a rede de atenção psicossocial – estão recebendo financiamento com argumento de ser estratégia eficaz. Segundo Sabino e Cazenave (2005), apenas o número de 30-35% dos pacientes acolhidos em CT atingem o objetivo de abstinência.

O modelo pautado na abstinência não garante por si a resolução dos problemas associados ao uso de drogas justamente por tentar incidir sobre o objeto, proibindo-o, regulando-o ou afastando do sujeito. Freud (1915/2013) já alertara que o objeto de satisfação é o que há de mais variável na pulsão, e isto significa dizer que objeto e pulsão não estabelecem vinculação desde a origem. Assim sendo, o objeto é atribuído a ela apenas “por sua capacidade de tornar possível a satisfação” (*id. ibid.*, p. 26-7). Enfim, podemos pensar ainda que nas adições não é em relação a uma substância química em si que o sujeito se vicia (FREUD, 1905/2006). Pelo contrário, caberia comparar o vínculo entre um hipnotizador e um hipnotizado para reconhecer o fato de que o Eu deixa de ser investido de libido em detrimento de um objeto que então se torna especial. E este objeto pode ser qualquer coisa, uma pessoa, droga, comida, etc.

O objeto-droga de certa forma representa o fracasso do ideal da repressão e sua prática de guerra. Entretanto, o oposto desta prática, o da regulação autônoma do mercado do objeto droga, também está fadado ao fracasso, uma vez que, com Freud, podemos apontar para o fato de que nas toxicomanias o que está em jogo é da ordem da pulsão e do gozo. Isto não significa dizer que não haja algo específico deste objeto-droga, que não se regula como qualquer outro objeto: na busca por um prazer no corpo encontra-se a passagem imediata para seu mais além e a face letal do gozo. O que a clínica nos mostra é que o “fracasso dos tratamentos autoritários das drogas nos revela que a droga não é um produto solucionável, nem na guerra, nem na economia liberalizada, nem nos ideais, nem nos protocolos universais” (LAURENT, 2012, p. 60-1).

De fato, é possível localizar no texto *Mal-estar na civilização* (1930/2012) os argumentos de uma ética muito específica que é a da psicanálise em contraste o ideal em curso sobre o consumo de drogas. Neste texto, Freud elenca o consumo de drogas como uma das principais

⁵ No relatório referente a 2014, constatou-se que 32,2% dos pacientes internados já tiveram uma ou mais passagens por CT. Além disto, 45,8% foram internados mais de três vezes ao longo da vida.

medidas paliativas frente às dificuldades da vida em civilização. Assim, há um mal-estar que percorre toda a experiência humana, tanto na esfera individual quanto na coletiva, considerando o ponto de partida da descoberta freudiana do inconsciente tem como base um mal-estar presente na produção sintomática que não é totalmente apreendido pelo sujeito. Esse mal-estar individual estabelece relação com o mal-estar na civilização, a ponto de ser possível pensá-lo como intrínseco a fundação da própria sociedade. Dos métodos para a evitação do desprazer o uso das substâncias seria um dos mais interessantes, segundo Freud, por permitirem influir no próprio organismo, uma vez que o sofrimento pode ser reduzido à sensação e apreendido no modelo econômico do mesmo. Freud prossegue afirmando que “o serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizada como benefício, que tanto indivíduos como povos lhes reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal” (*id. ibid.*, p. 33).

O mal-estar proveniente do descompasso entre indivíduo e cultura ressalta a fragilidade dos recursos frente às impossibilidades inerentes ao modo de vida da humanidade. Enquanto na primeira teoria das pulsões Freud pensa o sofrimento neurótico e a tentativa de restituição de gozo pela via do sintoma como resultantes das insatisfações imposta pela sociedade, a partir da segunda tópica, a insatisfação é ela própria constitutiva da vida social de tal maneira que “nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição” (*id. ibid.*, p. 31). Ou seja, há algo impossível de ser satisfeitos no que diz respeito às pulsões. As produções culturais - sejam as artes ou as ciências e suas tecnologias - se inserem na tentativa de circunscrever o mal-estar inerente, mas estão fadadas ao fracasso frente ao impossível, correndo o risco de serem reabsorvidas no mais além. Ao introduzir o conceito de pulsão de morte na teoria psicanalítica, Freud destrói toda ilusão de alguma reconciliação pacífica entre indivíduo e cultura. A proposição do Supereu como instância investida de pulsão de morte promove a ideia da implicação de todos os indivíduos atravessados pela urgência da renúncia pulsional como condição própria à civilização. Em última instância, o princípio de prazer “parece, na realidade, servir às pulsões de morte” (*id. ibid.*, p.73).

Enquanto o enfoque das políticas pública se der na droga - e não tanto no usuário - pouco se tem a avançar, pois o que as toxicomanias expressam é um modo de satisfação privilegiado da pulsão em nossos dias, satisfação que exclui o Outro enquanto alteridade, que cumpre sua função de ruptura (LAURENT, 1990).

2. DE FORA PRA DENTRO: INSTITUIÇÃO E SEGREGAÇÃO

2.1 Momento de chegada: o discurso médico e o discurso do sujeito

A tomada de responsabilidade por parte da Saúde, em especial da Saúde Mental, acerca das questões associadas ao uso de álcool e outras drogas aponta para um deslocamento quanto ao entendimento do problema-droga. Interroga-se se há aumento no número de casos de uso abusivo de drogas ou se o aumento do número de atendimentos registrados diz respeito justamente à mudança na lógica da compreensão dos fenômenos das toxicomanias, no sentido de que o aumento da oferta de serviços produz aumento na demanda de usuários buscando tratamento. Alves (2009) afirma que as práticas proibicionistas são paradoxalmente concomitantes ao próprio aumento do consumo. A ênfase na redução de oferta de drogas pela criminalização ofuscou por muito tempo a redução da demanda através de intervenções de prevenção e tratamento de baixa exigência. Esta mudança de racionalidade a respeito do cuidado às pessoas que fazem uso de drogas permitiu nova organização dos modelos de assistência.

No SAD, todo paciente internado precisa necessariamente ser avaliado pelo SRI, a emergência psiquiátrica do SUS no município. O primeiro atendimento é realizado por uma dupla de profissionais composta por médico psiquiatra e psicólogo. A maior parte dos atendimentos tem como resolução o encaminhamento do paciente para o CAPSad ou os ambulatorios de saúde mental. Há ainda a possibilidade de introduzir o uso de medicação psiquiátrica com intuito de regular sintomas de ansiedade que podem estar relacionados a um maior consumo de drogas. Em situações de maior gravidade, opta-se pela prática chamada de “ambulatório de crise,” de modo que o paciente é orientado a retornar para reavaliação em menor espaço de tempo. Caso seja avaliado agravamento da crise, é realizada a internação para observação, onde o paciente permanece em leito em uma enfermaria e é avaliado diariamente por médicos, psicólogos e enfermeiros até ser transferido para as enfermarias de agudo ou receber alta articulada com o serviço extra-hospitalar de referência.

O trabalho em dupla psiquiatra/psicólogo tem por objetivo promover uma avaliação do caso pela lógica da atenção psicossocial, que visa estabelecer diagnóstico da situação do usuário, não restrito a apenas um campo do saber, que seja médico ou psicológico. Entretanto, algumas dificuldades na recepção de pessoas que fazem uso de drogas se presentificam diariamente. A indicação de internação desta clientela não é óbvia nem obedece a critérios totalmente objetivos. Ainda que haja dados que não possam ser ignorados, como o estado de saúde global do paciente

e o uso de drogas associado a comportamentos de risco, a tentativa de estabelecer critérios objetivos muitas vezes produz condutas equivocadas. Como exemplo, podemos citar o retorno que os profissionais deram a um paciente negando a internação pela justificativa de que ele não estaria utilizando quantidade de pedras de *crack* suficientes para ser enquadrado como uso abusivo. O critério adotado para a internação seriam 20 pedras de *crack* por dia - valor completamente arbitrário por parte dos profissionais - que levou o paciente a aumentar a quantidade consumida para então ser internado em outro momento.

Este fragmento da prática institucional é um exemplo entre vários da dificuldade de estabelecer a clínica orientada pelo sujeito e não para a manifestação sintomática: o uso de drogas não é sem o usuário. Freud (1917/2006) inicia seu argumento para estabelecer a diferença entre a psiquiatria e a psicanálise apontando para um fator banal na clínica - o paciente que não fecha a porta do consultório na primeira consulta com o analista. Este ato arbitrário, um gesto insignificante, na verdade pode e deve ser lido como uma manifestação inconsciente que implica o clínico desde o início do tratamento. De fato, cabe ao profissional a quem tal gesto está endereçado fazer disto um fato clínico ao responsabilizar o sujeito que comparece no ato. Freud não opõe a psicanálise à psiquiatria. Pelo contrário, afirma haver uma continuidade entre estas duas espécies de estudo, mas “o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras,” conclui Freud (*ibid.*, p. 262). Ou seja, a oposição acontece em referência à posição ética do clínico - independente de sua categoria profissional.

Em um discurso endereçado aos médicos, Lacan (1966a/2001) indica o lugar da psicanálise na medicina ressaltando algo que os médicos parecem ter esquecido: a dimensão ética implicada no gozo. Propõe pensar esta questão por duas vias, sendo elas, a da demanda do sujeito ao médico e a do corpo como lugar de gozo. Neste ponto de nossa discussão cabe ressaltar a primeira via. A inserção da ciência no campo da medicina promoveu uma mudança na função do médico e de seu ato, destituindo-o de seu lugar de autoridade simbólica para prescritor de drogas. De fato, a própria demanda do sujeito também mudou, e o que está em jogo seria uma demanda por “*tickets* de benefício” (*id. ibid.*, p. 9). A demanda ao médico não é necessariamente demanda de cura, mas de colocar à prova o médico para ratificar-se em sua condição de doente. Nesta medida, a condição de sobrevivência da posição médica está no modo de resposta à demanda do doente, pois o que a psicanálise tem a ensinar é que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que “no momento em que qualquer um que seja

macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que deseja" (*id. ibid.*, p. 9).

A ratificação do lugar de doente traz à cena a dimensão de gozo contido neste benefício, neste *a mais* que o sujeito demanda que justamente é a faceta do que o faz sofrer, do que não funciona em sua vida. Podemos elencar ainda outra consequência a ser melhor trabalhada no fragmento clínico a seguir: a ratificação do lugar de doente e a nomeação do sujeito através de um diagnóstico pode ter efeitos de segregação, que em nada interroga o sujeito sobre seu gozo apenas encerra-o ainda mais numa forma de gozar devastadora.

Encontramos no caso de César, que tem histórico de internações regulares no SAD nos últimos quatro anos, elementos que atualizam a dimensão da segregação presente nas toxicomanias. Seu percurso em internação psiquiátrica começou no momento em que separou-se da ex-esposa. Usuário de cocaína e álcool, adere ao discurso de ser “sujeito de direitos” e exige a atenção que acredita ser necessária. Remonta sua história a partir do ponto em que foi colocado em um colégio interno quando pequeno por sua mãe não poder cuidar dos filhos. Ainda na primeira infância, sua mãe retorna ao colégio interno para buscá-lo após estabelecer relacionamento com outro homem. César frisa que sua saída da instituição aconteceu de maneira estranha: “minha mãe me tirou pulando o muro.” Nos momentos de maior exaltação, César costuma pular os muros das instituições, tanto para sair quanto para entrar.

César cresceu tendo o padrasto como referência de pai e a relação entre eles era intensa e ambígua, sendo resumida na fala: “Aprendi tudo com meu pai, inclusive a usar droga.” Fez uso de cocaína e álcool dos 15 anos de idade até os 18 anos, momento em que casou-se com sua ex-esposa e descobriu ser portador de uma grave doença renal, que veio a tornar-se crônica. Durante 15 anos, César precisou ser internado inúmeras vezes em hospitais clínicos para tratamento renal.

No acompanhamento, César faz seu discurso girar em torno de quatro eixos principais: a interrogação do motivo da separação, sua posição de pai, as exigências de amor endereçadas à mãe e sua condição de doente/dependente químico. Inclui a internação em um circuito de repetição que pode ser resumido em: o uso intenso de drogas promove o rompimento com a mãe e agrava seu estado de saúde que o faz demandar internação para refazer os laços familiares. Descreve grande vergonha e culpa por seus atos devido ao uso abusivo de drogas e afirma que precisa “arrancar esse vício enraizado no meu coração.” Neste ponto de seu discurso, consegue

deslocar o mal enraizado no seu coração um pouco aquém da droga: “tem um problema de família enraizado no meu coração.”

César relata dois pesadelos. No primeiro, “estava na boca de fumo quando começou uma confusão... Na hora que eu ia levar um tiro eu acordei.” Imediatamente relata o segundo: “estava namorando uma mulher mas não conseguia ir até o final [da relação sexual] por causa da ânsia de usar droga.” Associa então à impossibilidade de interromper o uso de drogas pela dificuldade de abandonar a “imagem de drogado” que define ao dizer que “ser drogado é como um *muro* que eu uso para me esconder dos outros... Eu me escondo desde o casamento... Foi ali [na separação] que virei drogado.” Sobre a descoberta da doença renal, afirma: “eu sofria muito, mas parei de usar [cocaína] para me esforçar em ter uma mulher e família.” Recaiu quando “eu me separei e a doença descompensou... Antes eu queria viver, depois eu larguei tudo.” Diz ainda: “engraçado, quando eu estava doente dos rins não usava droga, foi eu melhorar que voltei a usar drogas.”

Neste fragmento clínico, o recurso às drogas é também recurso à possibilidade de nomear-se frente o Outro. Durante muitos anos, a internação tinha como escopo a doença renal e incluía o acompanhamento próximo da esposa. Com a melhora do quadro clínico e o fim do relacionamento, a posição de doente-renal se desloca para doente-dependente-químico e César busca instituições que ratifiquem sua posição: as passagens por Comunidades Terapêuticas que reforçam esta identificação servem para protegê-lo e oferecer alívio, ao preço de não ser ouvido. Busca o SAD onde é ouvido, mas encontra-se com algo que é da ordem da angústia e que possibilita a constatação desta nomeação como o muro que o segrega do outro, ou segrega Outro uma vez que a droga serve como evitação do encontro com o Outro sexo.

2.2 A teoria lacaniana dos discursos

A abordagem às questões sobre drogas no contemporâneo deve levar em consideração a fratura operada pela Ciência no saber e as consequências decorrentes, sejam elas, no caso das drogas, sua transformação em substância química isolada e fixada como uma fórmula. Os avanços técnicos na destilação, no caso do álcool, do isolamento da substância química de seu elemento da natureza, no caso da cocaína extraída da folha de coca, e da criação de novas substâncias químicas, no caso das drogas sintéticas, apontam para a ação da ciência que “cria o real, já que seu trabalho de formalização acaba por apreender um saber que passa a existir no real” (SANTIAGO, 2001, p. 59). Nesta medida, esvazia todos os saberes sobre as práticas de drogas,

produz o sujeito como resto de sua operação e transforma a droga como um novo meio de gozo através de um saber que se apresenta como acréscimo. De fato, “é como excluído, como dimensão banida do domínio da ciência, que o gozo permite o acesso do saber psicanalítico à prática das drogas” (*id. ibid.*, p. 60).

Partindo destas considerações e com intuito de embasar a discussão sobre a função da internação e a clínica possível na instituição, apresentamos o que Lacan teorizou como os quatro discursos, em especial o Discurso do Mestre e sua variante o Discurso do Capitalista. Lacan (1969-70/1992) define o Discurso do Mestre como o que se enuncia a partir de um significante que representa o sujeito para outro significante. É tomando este discurso como primeira referência que se obtém os outros três, sejam eles o discurso do universitário, o discurso da histórica e o discurso do analista, através de um quarto de giro dos elementos que o constitui, a saber, S1 (significante mestre), S2 (saber), \$ (sujeito dividido), *a* (objeto causa de desejo/dejeto).

A formulação dos quatro discursos é construída a partir dos quatro lugares fixos (agente, Outro, verdade e produção) que devem ser lidos no sentido de giro a partir do lugar de agente ao Outro. Os discursos se constituem como articulação entre o sujeito e o Outro ordenados a partir do lugar do agente:

Agente → Outro

verdade // produção

Os Quatro Discursos e o do Capitalista

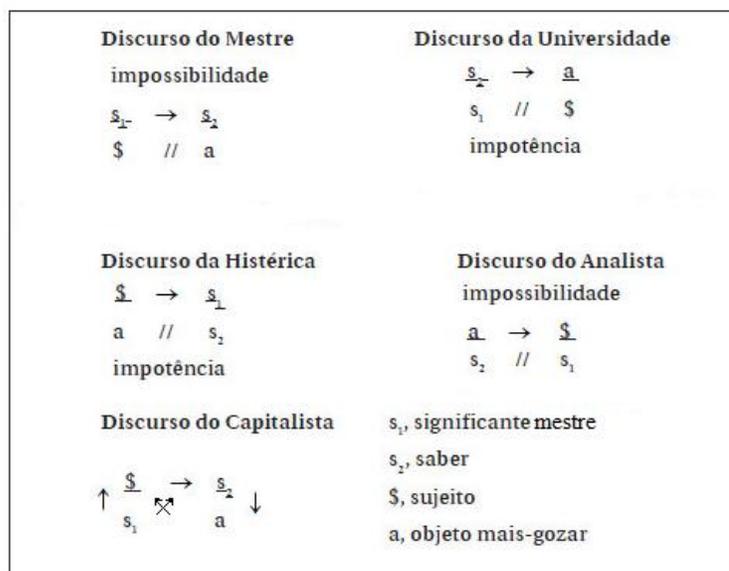


Figura 1 LACAN, 1972/2003

No Discurso do Mestre, S_1 enquanto significante-mestre ocupa o lugar de agente que endereçado ao S_2 localizado na posição do saber do Outro induz a perda do objeto a , a uma perda de gozo e seu retorno como um bônus de gozo ou mais-de-gozar, daí pensar este lugar como produção. No lugar da verdade o sujeito do inconsciente aparece como $\$$, sujeito dividido pela linguagem que ignora sua própria causa por haver uma relação de impossibilidade do sujeito com o objeto. A consequência da incidência deste discurso é o que diz respeito ao trabalho, trabalho do inconsciente. A perda de gozo se insere num processo de recuperação de gozo onde a pulsão tenta inventar para si através do saber inconsciente um objeto que a satisfaça. Enfim, “a inscrição num discurso implica para o sujeito uma perda de gozo, o trabalho do inconsciente tentará repetitivamente recuperar esse gozo perdido como mais de gozar” (VIDAL, 2011).

A escolha de Lacan por dar início a teoria dos discursos pelo Discurso do Mestre não é aleatória. Devemos considerar o lugar importante do S_1 como o que é indivisível, como o que é exterior ao próprio significante, mas cuja repetição carrega sempre consigo S_2 . Poderíamos apontar a repetição desse S_1 como a tentativa da repetição da experiência de satisfação, mas o fato de não repetir-se sem tornar-se outra coisa aponta para a impossibilidade de um gozo pleno. Desta forma, esse S_1 intervém na bateria significante integrada já numa rede de saber. É na repetição que o gozo irrompe como limite do saber e nesta relação o sujeito se constitui no entre dos significantes, não sendo totalmente apreendido por um saber. Ou seja,

É na juntura de um gozo - e não de qualquer um, ele sem dúvida deve permanecer opaco -, é na juntura de um gozo privilegiado entre todos - não por ser gozo sexual, pois o que esse gozo designa por estar na juntura é perda do gozo sexual, na fábula freudiana da repetição, o engendramento daquilo que lhe é radical, e dá corpo a um esquema articulado literalmente (LACAN, 1969-70/2007, p. 17).

Os avanços da ciência e as modificações que esta produziu no laço social precisam ser analisado a partir de sua articulação com o capitalismo, não apenas como tipo de sistema econômico mas como um discurso capaz de produzir mudanças no que tange à própria economia psíquica. Conforme Lacan (1968-69/2008, p. 233) indica “o capitalismo reina porque está estreitamente ligado à ascensão da função da ciência”. Neste sentido, o capitalismo introduz um novo poder que permite uma outra apreensão do objeto não tanto pelo valor de troca, mas pelo valor de uso. Sem esquecer de mencionar que do lado da ciência alguma coisa escapa à sua capacidade de controle (LACAN, 1966b/1998).

A perda de gozo implica sua recuperação em outro nível como mais-gozar, gozo obtido no ato de renúncia ao gozo. Essa recuperação de gozo será efetuada pela injunção ao consumo a que o mercado incita, onde o consumo possível das mercadorias satisfaz parcialmente ao mesmo tempo em que ressalta a falta e promove a crença de outra satisfação com novas mercadorias. Observa-se que o Discurso do Capitalista transforma a insatisfação constitutiva do desejo humano em uma insatisfação incentivada e comandada pelo mercado impelida permanentemente à satisfação. A expansão da produção e do mercado exige a expansão da demanda para haver consumo do excesso produzido.

Partindo da leitura feita por Lacan de Marx acerca do modo de produção capitalista, é possível estabelecer uma relação entre o saber como o valor possível de ser quantificado da renúncia do gozo de modo a fazer com que tal valor não se restrinja apenas à renúncia implicada pelo trabalho pois nem toda renúncia se faz pelo trabalho. O que a ciência e o discurso do capitalista favorecem é a apreensão do gozo como organizável a partir do saber que então está sujeito à homogeneização. Assim, Lacan (1968-69/2008) afirma:

O próprio processo pelo qual a ciência se unifica, no que ela extrai seu nó de um discurso consequente, reduz todos os saberes a um único mercado. É essa a referência nodal quanto ao que estamos interrogando. É a partir dela que podemos conceber que também existe alguma coisa que, embora enumerada por seu verdadeiro valor de saber, segundo as normas que se constituem do mercado da ciência, é obtida de graça. Foi a isso que chamei de mais-de-gozar (LACAN, 1968-69/2008, p. 40).

O mais-de-gozar pode ser entendido como a função da renúncia ao gozo sob efeito do discurso, ou seja, é como efeito do corte do discurso que Lacan aproxima a mais-valia do mais-de-gozar. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria qualquer objeto do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo de mais-valia e também a possibilidade de recuperação como mais-de-gozar. A dimensão de perda, trabalho e tentativa de recuperação desta perda, o funcionamento lógico que Marx condiciona o funcionamento dos modos de produção ditos capitalistas implica também em algo que não funciona, que emperra o bom andamento do sistema. Ao mesmo tempo em que Marx viu progressos nas ciências e nas indústrias, viu também sintomas de decadência. Nesta medida, não sem razão Lacan credita a Marx e não a Freud a invenção do sintoma no sentido de que o sintoma é o que não anda (VIDAL, 2011). Se o sintoma para Freud carrega esta dimensão paradoxal de uma satisfação articulada a um modo particular de sofrimento, que inclui um corpo que goza, para Marx cabe reinjetar sentido no sintoma e transformar o trabalhador em messias de um futuro ideal. Apesar das diferenças, na homologia

entre mais-de-gozar e mais-valia “trata-se do mesmo tecido, na medida em que se trata do recorte de tesoura do discurso” (LACAN, 1968-69/2008, p. 44). E em função deste corte, a psicanálise propõe encaminhamentos bem diversos daqueles de uma revolução comunista.

2.3 O discurso do capitalista e seu laço social

Em 1972, na conferência de Milão, Lacan propõe o Discurso do Capitalista como uma variação do Discurso do Mestre. Neste discurso, há a inversão de alguns elementos e estabelece novas relações entre eles. Assim, o objeto *a* que antes era velado ao sujeito agora se dirige a ele, enquanto S_1 se dirige ao lugar de saber. O discurso do capitalista cria a possibilidade do objeto *a* como *mais-de-gozar* se dirigir ao sujeito dividido sem a mediação do Outro. A consequência é a possibilidade de uma relação direta do sujeito com o gozo através dos objetos que se proliferam da conjunção do discurso da ciência com o discurso capitalista, onde “é suficiente para que isto funcione muito bem, não poderia funcionar melhor, mas justamente isto funciona rápido demais, isto se consome, isso se consome pelo que isso se consome⁶” (LACAN, 1972/2009, s.p.).

Bomse (2014) define o capitalismo como um termo que não é completamente claro e que não pode ser tomado como um fator causal. Pode-se entendê-lo como “uma ordem de civilização na qual certas atividades sociais são reguladas pelo dinheiro⁷” (*id. ibid.*, p. 89, tradução nossa). No capitalismo a economia está descolada da política no que tange às ordens sociais pela existência de uma moeda conversível e de direitos de propriedade privada distribuídas por regras iguais para todos. O dinheiro atua como o equivalente universal, que tudo pode comprar e tudo pode substituir. Agindo como um ponto de real, o dinheiro pode liquidar simbolicamente o agente econômico, ou o sujeito. Modifica-se a relação entre consumo e utilidade, onde quanto mais se consome, mais o consumido se torna útil. A dependência seria o aumento da utilidade do produto em função do consumo. Isso vale para todos produtos inseridos no mercado, sendo a droga um entre vários.

Partindo desta consideração, o autor questiona:

[...] o capitalismo produz as adições [ou dependência]? A resposta é sim, pois a adição é uma função de demanda cujo um dos componentes, a complementaridade adjacente, pode ser instrumentalizada por um agente que nela tenha interesse. A pesquisa dos

6 No original: “ça suffit à ce que ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consomme.”

7 No original: “un ordre de civilisation matérielle dans lequel certaines activités sociales sont normées par l’argent.”

fabricantes de cigarros - e a razão pela qual eles são condenados - há muito tem por objeto o aumento da adicção (BOMSEL, 2014: p. 94, tradução nossa).⁸

O Discurso do Capitalista pode ser pensado como um discurso que não faz laço social por engendrar um sujeito que relaciona-se com os objetos-mercadoria sob o comando do significante capital que opera como significante-mestre no lugar da verdade (QUINET, 2006, p. 39). Em contraste, Terral (2003) acentua que a relação entre o discurso e o laço social acontece no ponto onde o sujeito tem de lidar com o gozo no encontro com o outro. Ainda que a barreira da impossibilidade do gozo representada no matema entre o lugar da verdade e o da produção desapareça no Discurso do Capitalista e com isto produza um “curto-circuito” que permita o acesso ao lugar da verdade - ou seja, um real colonizado pelos *gadgets* que reduz o gozo a um corpo esvaziado de sentido -, o laço social e seu modo de tratamento do gozo ainda se faz presente. A característica marcante deste laço social seria a segregação como resultado da homogeneização do gozo que conseqüentemente exila a dimensão do gozo do outro.

O autor salienta ainda que entre o Discurso do Mestre e o Discurso do Capitalista há uma particularidade topológica que permite não só sua oposição lógica, mas a passagem de um a outro sem promover o rompimento. Em suas palavras, “é possível opor o discurso do mestre ao discurso capitalista, mas esta oposição não exclui portanto a possibilidade de um deslizamento de um para o outro⁹” (TERRAL, 2003, p. 144, tradução nossa). Esta passagem como continuidade repousaria no fato de que o gozo interdito pela lei que funda o Discurso do Mestre reaparece no Discurso do Capitalista e o constitui como tal.

As toxicomanias podem então ser entendidas como um modo de gozo paradoxal. Ao mesmo tempo em que o uso abusivo de drogas se coloca como uma via contra a utopia universalizante engendrada pelo Discurso do Capitalista, é também uma recusa de ingresso na lógica do gozo fálico. Como afirmam Lima e Júnior (1998):

Como êtímo em relação à norma do mercado [...], se recusa a assumir esses emblemas sociais. Mas, de outro, o toxicômano é, a princípio, o consumidor ideal e permanente. [...] Em nome do acesso direto ao gozo, paga-se por qualquer coisa [...]. Nesse circuito, da ruptura artificial com o gozo fálico, da segregação ao outro, vale apenas o gozo que se obtém no corpo (LIMA; JÚNIOR, 1998, p. 63).

8 No original: “le capitalisme engendre-t-il des addictions ? La réponse est oui, puisque l’addiction est une fonction de demande dont une des composantes, la complémentarité adjacente, peut être instrumentalisée par un agent y ayant intérêt. La recherche des fabricants de cigarettes – et la raison pour laquelle ils sont lourdement condamnés – a longtemps porté sur l’élévation de l’addictivité.”

9 No original: “il est possible d’opposer le discours du maître au discours capitaliste, mais cette opposition n’exclut pas pour autant la possibilité d’un glissement del’un à l’autre.”

O problema é que o gozo é “aquilo que não serve para nada” (LACAN, 1972-73/2008, p. 11). Assim, vê-se que o modo de tratamento do gozo hoje na cena social é indissociável das consequências do laço social no capitalismo, o que quer dizer a segregação (LIMA; JUNIOR, 1998). Lacan (1967/2003) já previra que o problema da segregação não estaria restrita ao psiquiatras. Seria um problema da época na medida que os progressos da ciência se imiscuiu em toda a estrutura social. Assim,

Os homens estão enveredando por uma época que chamamos planetária, na qual se informará por algo que surge da destruição de uma antiga ordem social, que eu simbolizaria pelo Império, tal como sua sombra perfilou-se por muito tempo numa civilização, para ser substituída por algo bem diverso e que de modo algum tem o mesmo sentido – os imperialismos, cuja questão é a seguinte: como fazer para que as massas humanas fadas ao mesmo espaço, não apenas geográfico, mas também ocasionalmente, familiar, se mantenham separadas? (LACAN, 1967/2003, p. 360-1).

No que tange à segregação, estar atento a estas considerações auxilia pensar sua afirmação de que nossa época é marcada por uma concepção de “criança generalizada”, ou seja, “a entrada do mundo inteiro no caminho da segregação” (*id. ibid.*, p. 367). A exteriorização do objeto *a* enquanto condição e causa do sujeito revela as “devastações exercidas pelo significante para que esteja em jogo a realidade” (*id. ibid.*, p. 364) e também sua estrutura enquanto “um condensador para o gozo na medida em que, pela regulação do prazer, ele é despojado do corpo” (*id. ibid.*, p. 366). Só é possível ter acesso à realidade através de um enquadre produzido pela fantasia que é uma montagem em resposta à falta. A referência à criança diz respeito ao fato que, na constituição subjetiva, é ela quem ocupa esse lugar de objeto *a* na fantasia. Donde se problematiza: nos efeitos do Discurso do Capitalista, a fantasia parece não mais cumprir seu papel de velamento ao objeto e o sujeito está cada vez mais capturado pelo objeto *a*.

Em última instância, interroga-se a questão da liberdade pelo viés do gozo e do impossível. A realidade pode ser concebida como uma construção em resposta à segregação de um impossível de ser simbolizado, ou melhor, segregação do próprio gozo. Lacan (*ibid.*, p. 362) ressaltara que a posição ética da psicanálise se dá em direção ao gozo pelo motivo de que “toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo.” Os discursos se estruturam a partir do impossível que lhe é próprio, que seja governar, educar, psicanalisar e fazer desejar, a estrutura de cada discurso exige uma impotência como barreira do gozo.

Se no Discurso do Capitalista esse impossível, esse real, esse *a* se transforma em *gadgets*, nas latusas que Lacan define como “os pequenos objetos *a* que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos

para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que os governa” (LACAN, 1969-70/1992, p. 172), compreende-se a afirmação de Lacan (1970/2003) quanto à subida ao “zênite social” do objeto *a*. Assim, a produção capitalista engendra seus objetos que visam capturar o sujeito ao oferecer-lhe objetos de gozo como causa do desejo. Com o discurso do capitalista como o mestre moderno, as instituições se proliferam oferecendo-se ao sujeito como um modo de sanar as mazelas decorrentes do impossível do real pela ordem e o controle generalizado a tudo e todos, velando através de seu poder a máxima da inexistência do Outro do Outro, da disjunção do saber e verdade. No primeiro caso, tampona-se a falta com a proliferação dos objetos de gozo das compulsões mais diversas ou com a restrição a um gozo monótono das toxicomanias; no segundo, a falta é escamoteada pelo comando do mestre de que as coisas funcionem, de que os doentes se curem, de que os presos se corrijam.

A consequência prática destas considerações podem ser apontadas com o que se convencionou chamar de “cenas de uso” como o contexto de uso de drogas por um grupo de pessoas em certo território na cidade. Entretanto, estas cenas não se restringem à localização geográfica, tendo em vista que uma das características das cracolândias é constituir-se como um territorialidade itinerante, de certo modo, à mercê das intervenções dos dispositivos do Estado para a ordenação pública (RUI, 2012). Ainda que estes espaços sejam construídos por um jogo complexo de relações entre as pessoas, somado às representações construídas sobre tais espaços por certos saberes e sua consolidação pela difusão na grande mídia (TAVARES, 2013), uma de suas facetas pode ser tomada a partir da fala dos usuários que acolhemos na instituição como um lugar de segregação, um lugar de uso intenso de drogas, de um gozo restrito ao corpo a ponto de ser apenas um corpo a gozar: não se alimentam, não se hidratam, apanham, chegam a exaustão. É um lugar de mais além do prazer, onde não basta o uso da droga, é preciso consumir-se neste uso, abandonar trabalho, casa e família.

As aglomerações de pessoas em situação de miserabilidade atravessada por uma prática que também constitui uma nomeação - o uso de *crack* engendra os cracudos - traz à cena social a dimensão do deslocamento de massas de pessoas e da perda do sentimento de pertencimento ou de não pertencimento à cidade ou ao social. Como afirma uma paciente: “na rua ninguém tem nome, é só apelido.” E todos aqueles que ocupam posição de alteridade se transformam em “tio ou tia” também sob a marca desta homogenização. Carneiro (2012) destaca a forma como se constroem os laços entre as pessoas nestes espaços através das

(...) formações de redes entre consumidores e passantes da droga; a estetização desesperadora da dor e, se podemos dizer, o atrofiamento do sentimento ético, no sentido do aniquilamento do desejo do sujeito e da destituição do que conhecemos da formação do laço social, na medida em que se instala o império das necessidades e a aglomeração de indivíduos podem sugerir uma convivência social (CARNEIRO, 2012, p. 372).

É válido apontar um fragmento clínico: uma jovem usuária de *crack*, após instalar-se em uma cracolândia e “fumar até o último centavo”, prostitui-se em troca de droga, comete furto, engana os outros usuários. Coloca-se em risco de morte ao ultrapassar certos limites que regem as relações entre os usuários. Quando chega neste mais além, abandona o lugar e vai andando até a próxima boca de fumo. Argumenta que de se ficar por muito tempo, sabe que vai morrer. “Aí eu vou andando pro efeito da droga passar e eu poder usar de novo.” Enfim, ela consegue criar um circuito que esvazia a cracolândia como lugar de excesso na condição de encontrar uma outra cracolândia. A internação se torna um recurso quando esse circuito falha e é preciso um tempo de parada. Este também é um momento de possibilidade de encontro com o Outro a ser construído pelo lugar de fala na medida em que possa incidir como uma pontuação pelo significante do que é só ação. Isto é o sujeito do inconsciente, que comparece onde algo falha, manca, pois o “inconsciente se manifesta sempre como o que vacila num corte do sujeito” (LACAN, 1964/2008, p. 34). A instituição, neste medida, se não orientada pela singularidade do sujeito corre o risco de se transformar em mais um dos lugares da repetição, dessa repetição de um real que “retorna sempre ao mesmo lugar - esse lugar onde o sujeito, na medida em que ele cogita, onde a *res cogitans*, não o encontra” (*id. ibid.*, p. 54).

2.4 A clínica nos lugares de segregação

A dimensão de recusa do Outro como “ruptura do campo do Outro” (TERRAB, 1998, p. 149) implica numa relação com o gozo que é orientado ao próprio corpo, que não passa pelo sexual, nem pelo corpo do Outro. Ou ainda, diz respeito a um gozo que retorna do mais além e precisa ser excluído, rejeitado. Um dos objetivos desta pesquisa é problematizar em que medida os pacientes que demandam internação se excluem ou são excluídos nestes lugares de segregação: é fato notório que nem todos que frequentam a cracolândias demandam internação ou tratamento. Por outro lado, será que a demanda pela internação por parte do sujeito indica um pedido de corte ou escansão deste gozo devastador? A internação também se constitui como um lugar de segregação uma vez que, não apenas como corte, este pedido também encerra uma identificação à nomeação do Outro – no reconhecimento de ser “dependente químico.”

Para Sciara (2009) pensar a segregação a partir da clínica psicanalítica incorre o risco de recair em um enfoque sociológico, ou seja, dar estatuto de existência autônoma ao conceito de “toxicômano.” Isto ocorreria através da homogeneização produzida pela ciência que remete no contemporâneo a certos sintomas que produz um grupo de pessoas em detrimento da singularidade do caso, justamente a prática sustentada pela psicanálise. A homogeneização operada pela ciência e incitada no Discurso do Capitalista tem como consequência produzir cada vez mais fenômenos segregativos. Se a organização das favelas e das periferias pode ser lida como decorrentes das alterações nas cidades em função das mudanças produzidas pelo capitalismo e o desenvolvimento econômico dos grandes centros urbanos (SILVA & SILVA, 2012), as cracolândias se constituem como um espaço de segregação na segregação. Do mesmo modo, dentre os usuários de drogas, os cracudos são segregados na própria segregação. Fenômeno intrinsecamente ligado com o processo de especialização cada vez maior nas disciplinas científicas, que influenciam diretamente em nossas práticas de cuidado em saúde. Sciara (2009), enfim alerta:

Há um verdadeiro perigo ético a valorizar demais as características de uma clínica da segregação, pois se está a um pequeno passo de transformá-la em clínica segregativa que trataria destas populações como párias desumanizadas e como objetos descartáveis cuja sociedade estabelecida e conservadora gostaria de finalmente se livrar (SICARA, 2009, p. 35, tradução nossa).¹⁰

Guerra e Neto (2012) ilustram bem o modo como o Estado lida com esta questão. O medo que as cracolândias provoca na sociedade diz menos respeito ao risco real de alguma violência, mas a constatação dos limites da lei e do próprio poder do Estado. O que se observa é a ação de um estado de exceção, isto é, medida do poder que suspende os direitos civis garantidos por lei em nome da segurança do Estado, extrapolando os limites das situações que justificam sua implementação. O estado de exceção se torna uma técnica de governo utilizada como regra, ou seja, deixa de ser consequência do exercício da lei para ser a própria condição da lei. Assim, o governo faz uso da lei para promover a internação compulsória como uma estratégia de lidar com uma questão de massas no centros urbanos, distorcendo a própria lei da Reforma Psiquiátrica que prevê esta possibilidade em último caso caso quando há risco à vida de si e do outro. A justificativa de proporcionar tratamento para a população, não leva em conta a

10 No original: “Il y a un véritable danger éthique à trop faire valoir les caractéristiques d’une clinique de la ségrégation, car le pas serait vite franchi à la transformer en clinique ségrégative, qui traiterait les populations concernées en parias déshumanisés et en objets de rebut dont la société établie et bien pensante se serait enfin débarrassée.”

singularidade de cada pessoa que constitui tal grupo de pessoas. Enfim, o que a internação compulsória visa é “eliminar a ameaça à lei através da suspensão dos direitos individuais” (NETO; GUERRA, 2012, p. 494).

Na clínica, pode-se entender ainda a intoxicação crônica como uma forma de ruptura com o Outro e de recusa do inconsciente, de tal modo que a demanda pelo acolhimento institucional também cai neste lugar se considerada ideia de que todos os toxicômanos são iguais por pertencerem a mesma comunidade de gozo. A singularidade do sujeito é escamoteada sob a homogeneização das formas de gozo operada pelo Outro social pela criação de diversas instâncias destinadas a realizar à ortopedia do gozo. Neste contexto, observa-se a proliferação de instituições cada vez mais especializadas que oferecem a cura de determinado transtorno através da hospitalização, do isolamento, da religião, de técnicas e práticas que visam incidir sobre o sintoma ou o suposto causador do transtorno - no caso, a droga - sem considerar a experiência do sujeito e sua responsabilidade por seu gozo. A ferocidade do tratamento ofertado pela cultura, encontra o consentimento dos usuários de droga que os aceita de bom grado (CHEIBUB, 2014).

Como afirma Lacan (1973/2003) no contexto da elaboração do discurso capitalista:

No desatino de nosso gozo, só há o Outro para situá-lo, mas na medida em que estamos separados dele. Daí as fantasias, inéditas quando não nos metíamos nisso. Deixar esse Outro entregue a seu modo de gozo, eis o que só seria possível não lhe impondo o nosso, não o tomando por subdesenvolvido. Somando-se a isso a precariedade de nosso modo, que agora só se situa a partir do mais-de-gozar e já nem sequer se enuncia de outra maneira, como esperar que se leve adiante a humanitarice de encomenda de que se revestiam nossas exações? (LACAN, 1973/2003, p. 533).

A resposta do Outro social às questões trazidas à cena pela modalidade de gozo das toxicomanias não implica a dimensão do Outro como alteridade. Miller (1997) afirma que a demanda ao psiquiatra ou à saúde mental é uma demanda social, uma vez que em nome de um ideal de modelo da clínica, a psiquiatria transforma o sintoma em uma classificação ou nomeação a ser aplicada ao sujeito. Como consequência, os pacientes podem escolher o hospital como refúgio para sua doença e a instituição asilar “se torna a sua doença, e aí todo o esforço deve consistir em mantê-los fora” (MILLER, 1997, p. 122).

A pergunta a fazer neste ponto é: o que leva o sujeito a demandar este modo de tratamento? Podemos nos valer de um dito comum aos grupos de mútua ajuda a máxima de que, quando envolvido com drogas, são três os destinos do usuário que não atingem a abstinência: a prisão, a internação ou o caixão. Destes três destinos, a prisão e a internação se apresentam como

pontos últimos antes da morte. Nas toxicomanias, a droga aparece como esse objeto que vai satisfazer a pulsão e, sendo o alvo o gozo, qualquer substância pode ocupar este lugar. Ao tentar romper com os constrangimentos da fala impostos pela linguagem o sujeito-toxicômano utiliza a droga como uma forma de produzir um corpo feito para gozar de um modo dessexualizado. O problema reside no fato de que qualquer tentativa de aproximação deste gozo pleno e, portanto, dessexualizado implica seguir na direção da morte, uma vez que, sendo uma modalidade de gozo no real do corpo, a pulsão de morte como tendência de retorno ao estado inanimado irrompe como real sem nenhum anteparo. O recurso às drogas, deste modo, implica a busca de um gozo sem limites, mas acessa-se um gozo mortífero (INEM, 2006).

O que podemos situar como ponto de aproximação entre estas diferentes instituições é a tendência à abolição do que é singular ao sujeito. É o que Goffman (1999, p. 24) indica ao falar da mortificação do eu nas instituições totais, a imagem que o sujeito cria de si na relação com o outro é abolida pelas práticas institucionais. Ainda que estar em um hospital psiquiátrico nem sempre seja da escolha do sujeito - escolha livre e esclarecida, se pudermos nos expressar assim - há uma demanda tanto do sujeito quanto do social por estes lugares de segregação. Interroga-se se demanda que aí se insere não seria por um mestre, uma vez que nas instituições totais é o Discurso do Mestre que garante a coesão e põe tudo em funcionamento: a uniformização da imagem, a regulação dos horários, da alimentação, das atividades. Enfim, este discurso opera no “fato de que ele ordene, intervenha no sistema de saber” (LACAN, 1969-70/1992, p.191).

2.5 A segregação em causa e efeito

Continuamos a nos debruçar sobre a segregação e seus fenômenos por entendermos ser um importante conceito concernente às toxicomanias e as respostas do Outro social. Askaforé (2009) propõe pensar duas declinações da segregação, como causa ou princípio e como efeito do discurso. Segundo o autor, Lacan iniciou suas indicações sobre as práticas de segregação primeiro como efeito para depois circunscrevê-la como origem de todo discurso. Para pensar a segregação como causa, Lacan retomou o mito freudiano de *Totem e Tabu* (1913) para sentenciar que a origem da fraternidade é a segregação, ou seja, “o que ele entende por isso senão que assim como o genitor não é o pai, o consanguíneo não é o irmão, dito de outro modo, a fraternidade é o feito do significante” (ASKAFORÉ, 2009 p. 347).

A tese de Freud (1913a/2006) para a constituição da sociedade supõe um estado pulsional anterior cuja satisfação era impedida pela presença real de líder mais poderoso e caprichoso que detinha para si todos os meios de gozo. A fundação da cultura e da vida humana em civilização pode ser localizada em um ato primordial, sangrento, um assassinato. O *Urvater*, antes de ser pai, era um ser animalesco todo poderoso que garantia para si um gozo pleno em detrimento de todos os outros membros da comunidade. Os filhos, indivíduos mais fracos, eram incapazes de ter acesso a qualquer parcela de gozo e, por isso, invejavam o pai gozoso. Uniram-se e, em grupo, assassinaram o pai.

Este ato não é sem consequência e, ao mesmo tempo, em que matam o ser animal de potência irrestrita, instituem a própria função de pai. Este processo de constituição do pai primevo pode ser descrito em três etapas lógicas que estabelecem relação direta com a construção do laço social, a partir de três insígnias da figura mítica do pai primevo: governante, inimigo e morto (MALCHER; FREIRE, 2013). Como governante ou líder, ocupa o lugar de exceção enquanto aquele tem acesso ao gozo, que não se submete à lei por ser ele próprio a lei e a imposição de renúncia aos demais membros. Este lugar o leva ao lugar de inimigo, o que ameaça em nome do gozo, cujo gozo é ameaçador. Torna-se aquele que deve ser morto pelos insatisfeitos que visam a satisfação, que formam o grupo e assim instituem a terceira insígnia: o morto. Como morto, o corpo do pai é devorado numa tentativa de primeira identificação ao lugar de satisfação plena. Mas há um resto inassimilável, o osso, o real.

A tentativa de acesso ao gozo pelo assassinato do *Urvater* leva a um impasse: ninguém pode assumir seu lugar, caso contrário o lugar de exceção seria novamente constituído. Este lugar deveria ser mantido vazio, e a renúncia outrora imposta pela presença concreta do *Urvater* passa a ser imposta pelos filhos marcados pelo pai não mais concreto, agora como símbolo. A função do pai se constitui por retroação e é somente morto que ele se torna pai. Sua concretude dá lugar ao símbolo e à lei que carrega seu nome enquanto significante Nome-do-pai. O laço social se institui pela renúncia do gozo pleno, que é estruturalmente impossível, mas, ao mesmo tempo, é uma possibilidade de tratamento significante do gozo, de localizá-lo fora do corpo, de acessá-lo ainda que pontualmente. O laço social se institui pela via da segregação, onde a fratria segrega e mata o *Urvater* e segrega, desta forma, o gozo (LACAN, 1969-70/1992).

A origem da civilização pode ser localizada então neste tempo mítico, tempo de um passado remoto e, concomitantemente, atualidade intemporal, fundada na violência da passagem

ao ato. O assassinato do *Urvater* como parricídio promove a violência contra a natureza, arrancando o homem de sua animalidade, fazendo surgir o humano no homem. Vemos então que o ato parricida dispersa o grupo cuja consistência era provida pelo gozo do pai, inaugurando a história por instaurar o limite no saber. No decurso da história o lugar vazio da morte do pai será suplementado por Um a mais capaz de reunir os elementos necessários para a instituição social e dar-lhes consistência (VIDAL, 2005).

O modo de organização dos discursos frente à segregação intransponível aponta para o fato de que toda organização humana e os laços entre os indivíduos se constroem sobre a concepção de fraternidade, ou seja, na formação de grupos que podem ser os mais diversos tal qual a diversidade dos significantes. O significante-mestre desempenha papel fundamental, pois “não são senão tipos de arranjos em torno de um S_1 ou de modos regidos de tratamento do gozo que não se põe senão se opondo, que só são o Um devido ao Outro; ou quando o Outro se desvanece, é o Um que se cinde!” (ASKAFORÉ, 2009, p. 348).

2.6 Os limites da liberdade ou o sujeito é o que resiste

O aspecto de suposição a respeito do gozo absoluto ganha consistência nas possibilidades de escolhas do sujeito no tratamento do real. O uso da droga entendida como recurso muitas vezes falha, como vimos até aqui, o que pode levar o sujeito a algum tipo de demanda de ajuda para outro tipo de tratamento. Se até tal o momento o sujeito encontrava-se “internado na boca de fumo”, como tão comumente ouvimos dizer, há uma virada onde vão buscar outra internação, desta vez num hospital, numa instituição. A ambiguidade empregada pelo sujeito ao significante “internação” deve ser acompanhada atentamente.

Freud (1921/2004) afirma que não há separação entre a psicologia individual e a psicologia das massas. A entrada na vida em civilização carrega o fardo de que por mais sozinho que o sujeito esteja, nunca é sem outros. Ou seja, a linguagem se impõe como Outro. Por este motivo, na constituição subjetiva, a divisão de interior e exterior não é rígida, ou melhor, ela é construída a partir da segregação de uma pequena parte inassimilável. Um ponto de inflexão entre dentro e fora, interno e externo é característica da instância do Supereu na teoria freudiana, que tem características bem próximas do Outro laciano se considerarmos que o Supereu é a lei e sua destruição:

[...] ele é a palavra mesma, o comando da lei, na medida em que dela não resta mais do que a raiz. A lei se reduz inteiramente a alguma coisa que não se pode nem mesmo exprimir, como o Tu deves, que é uma palavra privada de todos os seus sentidos. É nesse sentido que o supereu acaba por se identificar àquilo que há somente de mais devastador, de mais fascinante, nas experiências primitivas do sujeito. Acaba por se identificar ao que chamo *figura feroz*[...] (LACAN, 1953-1954/1993, p. 123, grifo do autor).

O Supereu não se reduz a mera interiorização da autoridade dos pais ou a identificação ao ideal do eu, é antes um aspecto estrutural da condição humana em sua entrada na cultura pela linguagem. Ainda que o ideal do eu tenha uma dimensão social por promover laços de identificação entre os indivíduos através de elementos simbólicos, o Supereu sendo a lei e sua destruição atua sem conteúdo específico, exigindo o cumprimento por parte do sujeito de qualquer ideal do eu comum à época, as ideologias que lhe são comum num dado momento histórico. O Supereu é a instância que incita ao gozo sem necessariamente impor algum ideal, qualquer coisa lhe serve e nunca basta (LACAN, 1969-70/2007). A questão ao redor do termo ideal torna-se paradoxal: o esvaziamento dos saberes promovido pelo capitalismo promove a passagem do ideal do eu ainda referido à identificação pelas insígnias advindas do Outro para a dimensão do Supereu enquanto instância sedutora que escraviza o sujeito com sua voz ao ordenar ao gozo ou massacrá-lo com o fracasso (ROSA, CARIGNATO & BERTA, 2005).

O Supereu atua, segundo Freud (1930/2012), como a instância que vigia e a voz crítica que julga o Eu em comparação com o ideal do eu. A dimensão do olhar e da voz nos permite aproximar, então, com Lacan, esta instância ao objeto *a*. A suposição do sujeito de que há no Outro o que lhe garante, possibilita o Supereu a transformar o desejo do Outro como uma ordem (LACAN, 1962-1963/2005) e após o “sujeito identificar seu desejo ao desejo do Outro, o supereu passa tanto a delatar a alienação do sujeito no Outro como a ordenar o gozo pleno” (MORAIS, 2011, P. 22).

Freud (1930/2012) descreve este funcionamento paradoxal do Supereu como o que incita a renúncia pulsional e retira daí sua força para mais renúncia. Em outras palavras, a renúncia nunca é o suficiente: a satisfação da pulsão gera mal-estar assim como sua renúncia traz a infelicidade. O resultado desta operação é a angústia, que Freud (*id. ibid.*, p. 118) descreve como “variedade topológica” em relação ao sentimento de culpa. Para maior extensão da importância desta formulação, ao indicar as contribuições da psicanálise à criminologia, Freud (1916/2006, p. 347) indica que a culpa é anterior ao crime e o ato é um apelo para fazer agir o mestre a partir de uma necessidade de punição:

Por mais paradoxal que isso possa parecer, devo sustentar que o sentimento de culpa se encontrava presente antes da ação má, não tendo surgido a partir dela, mas inversamente - a iniquidade decorreu do sentimento de culpa. Essas pessoas podem ser apropriadamente descritas como criminosas em consequência do sentimento de culpa. A preexistência do sentimento de culpa fora, naturalmente, demonstrada por todo um conjunto de manifestações e efeitos (FREUD, 1916/2006, p. 347).

Retornado ao nosso problema, a internação surge no campo social, tanto para o sujeito quanto para a sociedade, como o único meio de tratamento possível para as toxicomanias. O que sustenta esta ideia é a fantasia de que existe um Outro absoluto e sem falhas de modo que o sujeito tenta escapar de sua falta pela via da identificação ao ideal do eu como ideal do Outro. A construção deste Outro pleno também pode ser entendida como proteção do sujeito contra o real. O sujeito nada quer saber sobre sua castração: se não há droga, que haja um Outro consistente. É nesta direção que aproximamos o enquadre institucional da internação, o Discurso do Mestre e a fantasia, apoiados na afirmação de Lacan (1970/2003, p. 445) que neste discurso “é o mais-degozar que só satisfaz o sujeito ao sustentar a realidade unicamente pela fantasia.”

Convém elencar o que Freda (1990) chamou de duas versões do gozo do toxicômano. Por um lado, o sujeito-toxicômano se oferece ao Outro como um objeto de gozo disposto a completá-lo para evitar o que dessa falha estrutural surja como insuportável. Para tanto, o faz-se produto do gozo do Outro “sob o modo de uma submissão incondicional às prescrições do outro¹¹” (*id. ibid.* p. 31), inclusive encarnar de modo radical esta nomenclatura de toxicômano, drogado, dependente químico. Por outro lado, ele pode utilizar a droga livrar-se do gozo do Outro. Assim, o que o sujeito ignora é que quando se agarra à identificação dessa nomenclatura não é nada além de um suporte do que vem do Outro, reforçando o laço que estabelece: “ao nomear-se [de toxicômano], ele autentifica a voz do Outro¹²” (*id. ibid.*, tradução nossa).

Sendo assim, no momento da abstinência do uso de drogas, não é incomum encontrarmos um sujeito marcado pela culpa, arrependimento e autorrecriminação. Conforme a hipótese levantada, manifesta-se no discurso do sujeito a exata descrição feita por Freud sobre o Supereu enquanto a instância que incita ao gozo proibido ao mesmo tempo em que exige a renúncia pulsional, gerando assim um sentimento de culpa e uma “permanente infelicidade interna” (FREUD, 1930/2012, p. 99). Angústia, neste caso, também pode ser entendida como um

11 No original “sous le mode d’une soumission inconditionnelle aux prescriptions de l’autre.”

12 No original “en se nommant, il authentifie la voix de l’Autre.”

excedente de gozo, remetendo à castração. Eis o momento em que algo da ordem do desejo pode manifestar-se, e caberá ao clínico seu manejo.

Assim, podemos pensar o uso de drogas como um modo de satisfação bastante paradoxal, conforme alerta Freud (1930, p. 32) ao afirmar que o valor dos narcóticos está no fato de influenciar o organismo em sua química, mas tal medida é arriscada por colocar o gozo à frente da prudência. Ainda que muitas vezes, principalmente nos casos mais crônicos, o uso não produza o efeito de prazer como nas primeiras experiências, ele alivia o sujeito de algumas exigências que muitas vezes não se dá conta. Ressaltamos aqui a presença de dois das três fontes de sofrimento que Freud localiza: a força da natureza, a fragilidade do corpo e o insuportável da relação com os outros.

Sustentamos nossa argumentação considerando os discursos dos usuários durante o período da internação. O que observamos é que tão logo o sujeito vê atendida seu pedido de internação, ele se depara com a necessidade de ter de responsabilizar-se por ela, ainda que minimamente. Estar internado significa estar inserido em uma instituição com a exigência de endereçar-se à equipe multiprofissional, além do convívio com os demais pacientes. Isto por si já é uma convocação a ter de assumir alguma posição frente ao seu problema e a sua demanda. Se o uso de droga operava como uma tentativa de defesa contra as mazelas da vida em sociedade através da ruptura, a experiência de angústia se apresenta e leva o sujeito a pedir alta ou a um uso abusivo de medicação psiquiátrica para manter-se internado através da sedação do corpo.

Do mal-estar na civilização à angústia temos a passagem do estrutural para o singular. A dimensão da angústia é fundamental para a fundação do sujeito em relação ao seu desejo. Se Freud remete a angústia à castração, podemos lê-la como o que é de singular do sujeito, pois é o "corte nítido sem o qual a presença do significante, [...] seu sulco no real é impensável" (LACAN, 1963-64/2005, p. 88). Na internação, a angústia irrompe sob as injunções institucionais e o sujeito é convocado a responder, e o faz como resistência. Resistência aqui deve ser entendida como condição própria do sujeito do inconsciente: fugaz emergência entre dois significantes, inapreensível por um ou por outro. Lacan (1970/2003, p. 423) radicaliza o próprio conceito de inconsciente ao afirmá-lo como "apenas um termo metafórico para designar o saber que só se sustenta ao se apresentar como impossível, para que, a partir disso, confirme-se ser real (entende-se, discurso real)."

No tempo de chegada, o mal-estar nomeado pelos usuários de fissura surge como intenso desejo de usar a droga decorrente do fato de estarem em abstinência. Associam essa experiência aos momentos em que realizam os mais graves atos para adquirirem as drogas. Entretanto, acolher o endereçamento destas falas dá abertura para outra dimensão desta experiência. A possibilidade de responsabilizar-se por sua própria fala possibilita que alguma interrogação possa ser feita sobre o mal-estar. A fissura tem por objeto algo bem determinado: a droga. Conforme a formulação de Freud (1926/2006) que diferencia a fobia da angústia, como sendo esta última sem objeto, a fissura elege seu objeto de necessidade. Esta é a visada corroborada pelo discurso científico na medida em que, ao excluir o sujeito, depura a química da substância e encontra sua correspondência nos circuitos bioquímicos do organismo. Esta medida possibilita estabelecer o funcionamento da droga a todo e qualquer ser humano independente de qualquer contexto.

O que a clínica psicanalítica aponta é uma outra via, onde a experiência singular do sujeito interroga a atuação autônoma da substância química sobre o organismo. Isto se refere ao fato de que o organismo humano é atravessado pela linguagem. O corte promovido entre significante e objeto exclui a possibilidade de um objeto da satisfação plena ou de uma correspondência de um objeto a um instinto e cabe a cada um estabelecer seu modo próprio de satisfação. A dimensão do desejo se abre aqui tomando por apoio a necessidade. A intenção do desejo implica em sua travessia pelo o que é da cadeia significante, ou seja, sempre remetido a outro significante. Este é o argumento para afirmar que o desejo humano se constitui como desejo do Outro, onde o sujeito deseja como Outro. A necessidade se constitui como desejo considerada a barreira imposta pelo significante, que ao mesmo tempo transforma esta barreira em uma mensagem endereçada ao Outro (LACAN, 1958-59/1997, p. 227).

Desejo então está intimamente ligado à demanda, na medida que o endereçamento ao Outro faz-se presente na travessia da cadeia significante. O caráter da demanda que se constitui com um desejo além da necessidade implica dizer que a necessidade não vai se satisfazer além da demanda. O problema das toxicomanias se localiza então no ponto onde a droga é elevada à categoria de um objeto de necessidade, cujo abstinência produz fissura. Com isto, é a dimensão da demanda e do Outro que são abolidos e o sujeito é tomado por seu próprio corpo. Como afirma Lacan (*ibid.*):

Esse caráter que, naturalmente, é tomado de empréstimo à necessidade. Como produziríamos nossos desejos, a não ser tomando emprestada de nossas necessidades a matéria-prima? Mas, isso passa para um estado que não é a incondicionalidade, uma vez que se trata de algo que é tomado emprestado de uma necessidade particular, e sim o

estado de uma condição absoluta, justamente por abolir a dimensão do Outro, por ser uma exigência na qual o Outro não tem de responder sim ou não. Esse é o caráter fundamental do desejo humano como tal (LACAN, 1958-59/1997, p. 395).

O que o sujeito constata é que a fissura e sua associação à droga já é um modo de lidar com uma experiência anterior e ainda mais devastadora: a angústia. A angústia refere-se ao fato do sujeito estar submetido às injunções da linguagem, o que significa dizer preso a um jogo sem sentido prévio cuja única regra é continuar jogando. Uma das funções da droga, a partir destas considerações, é a tentativa de encerrar a experiência em algum sentido, dar alguma consistência, encontrar algum objeto que responda a desnaturalização do homem feita pela cultura.

De fato, ao tratar da angústia e de dizê-la não sem objeto, Lacan (1962-63/2005, p. 110) introduz a dimensão do corte como o que a produz: “Faz-se assim quando se produz o corte, seja ele qual for, quer o do cordão umbilical, quer o da circuncisão, e mais alguns outros que teremos que designar. Depois do corte, resta algo comparável à banda de Moebius, que não tem imagem especular.” Ele usa a figura da Banda de Moebius para indicar que não há escanção entre dentro e fora, pois passa-se de um lado ao outro da banda. Tal qual o corte que separa a necessidade do desejo, Lacan (1960/1998, p. 828) afirma que o “desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade: essa margem é a que a demanda, cujo apelo não pode ser incondicional senão em relação ao Outro, abre sob a forma da possível falha que a necessidade por aí introduzir, por não haver satisfação universal (o que é chamado de angústia).”

A angústia então diz respeito ao sujeito e sua posição frente o Outro. A função do sujeito é, ela própria, constituída por sua subtração do Outro ao descompletá-lo, onde ele se conta ali ao passo que desempenha função de falta. A experiência da angústia seria decorrente da falta da falta, onde a opacidade do desejo do Outro oprime e o coloca em posição de objeto deste gozo. A relação com o mestre que ordena ou com o objeto de gozo não garante ao sujeito uma vida plena, pelo contrário, o ponto de irrupção da angústia é o que insiste por parte do sujeito, seu ponto de vacilação frente o desejo do Outro. Por este motivo, insistimos que a angústia é o próprio corte:

A angústia é esse corte – esse corte nítido sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é inapreensível; é esse corte a se abrir, e deixando aparecer o que vocês entenderão melhor agora: o inesperado, a visita, a notícia, aquilo que é tão bem exprimido pelo termo 'pressentimento'. Que não deve ser simplesmente entendido como o pressentimento de algo, mas também como o *pré-sentimento*, o que existe antes do nascimento de um sentimento (LACAN, 1962-63/2005 p. 88, grifo do autor).

Com a teoria dos discursos, Lacan (1970/2003, p. 445) destaca que entre há uma articulação entre a impossibilidade e a impotência na estrutura dos discursos, onde a impotência é definida pela barreira do gozo “para diferenciar-se dele como disjunção, sempre a mesma, entre sua produção e sua verdade.” Ou seja, o inconsciente é, de alguma forma, a própria barra, o que não funciona, isso que emperra. Ele *ex-siste* a partir do discurso como esse saber que falta, mas que mesmo assim continua a trabalhar em suas manifestações como o sonho. É nesta articulação ainda, que a psicanálise sustenta sua prática na função própria do corte através da interpretação “mediante o qual o inconsciente, ao se retirar, atesta que consistia apenas nele, ou seja, quanto mais o discurso é interpretado, mais confirma ser inconsciente” (*id. ibid.*, p. 417). Assim, a análise descobre a existência do avesso de seu discurso, isto é, o Discurso do Mestre, ao interpretá-lo. Esta é a condição de pensar a clínica a partir da psicanálise numa instituição total constituída pelo Discurso do Mestre, a subversão do Discurso do Analista não é outra que ela própria produz a subversão do sujeito do inconsciente.

Em nossa prática, é esta a dimensão da angústia que se abre para além da fissura. Se a segregação é o modo de tratamento do gozo no Discurso do Capitalista, a experiência da angústia persiste, ainda que se tenha por subterfúgios, não só nas toxicomanias como nas novas manifestações sintomáticas, a tentativa de encerrar o transformar o sujeito em signo, isto é, aquilo que significa alguma coisa para alguém. Entretanto, o inconsciente é justamente o que resiste à significação, pois a definição do significante é justamente o que significa o sujeito para outro significante. Ou seja, não se resume à ordem superegóica do *Tu és* só isso.

2.7 A angústia em cena na internação

Concluimos este capítulo com uma vinheta clínica que visa demonstrar a articulação entre a demanda por internação e a angústia como índice do sujeito que não se deixa reduzir às injunções da instituição total. Ao mesmo tempo, é com o suporte da instituição que o sujeito estabelece alguma relação com o Outro além da ruptura.

Gustavo é um jovem de 28 anos, usuário de cocaína desde os 17 anos. Há 3 anos iniciou circuito de internações no SAD e em comunidades terapêuticas religiosas. Pediu ajuda quando se deu conta dos prejuízos decorrentes do uso de cocaína e da dificuldade em parar. Gustavo não consegue mais trabalhar e perdeu a namorada, motivo que o levou a tentar interromper o uso. Seu tempo máximo em internação foi um mês, “preso em uma comunidade terapêutica” isolada

no interior de outro estado, na “dependência” de sua mãe buscá-lo. Descreve intensos episódios de ansiedade a ponto de afirmar “eu nasci ansioso.” Tem dúvidas e realmente quer parar de usar: “a cocaína é a única coisa que me dá prazer. Eu tenho um estado de ansiedade permanente, só a cocaína abaixa a tensão, leva minha ansiedade a zero.” Afirma ainda: “Eu quero parar de usar, mas a droga me dá prazer. Uso tanto que me anulo, não penso em outra coisa... Estou sempre insatisfeito, não quero que a droga acabe nunca, corro sempre atrás até não aguentar mais.¹³”

Sua última internação no SAD aconteceu de maneira involuntária por indicação de suas referências do CAPSad com intuito de evitar o pedido de alta a termo por parte de Gustavo. Ele fala sobre sua divisão em relação a tal involuntariedade e demanda grandes doses de medicação. Relata seus episódios de uso de droga sempre compulsivo e sem nenhum controle e de crises de ansiedade. Em poucos dias, apresenta grande irritação e demanda alta, não suporta mais estar internado. Desconsidera o acordo firmado com a equipe do CAPSad e exige sua saída. Agendamos então uma licença diurna para o dia seguinte acompanhado de sua avó. Nesta licença, Gustavo faz uso de uma pequena dose de cocaína e retorna imediatamente para o hospital. Afirma que pela primeira vez conseguiu ter algum controle sobre o uso e que voltou ao hospital por “respeito ao acordo”.

A partir deste episódio, faz novas associações do uso de drogas com sua história. Lembra que aos 15 anos de idade seu pai descobriu que estava fumando cigarro e o mandou procurar um emprego pois “não ia sustentar um viciado”. Assim o fez e iniciou o uso de outras drogas, em especial álcool e cocaína, com seu chefe. Descreve relação muito conflituosa com o pai, tornando-se a “ovelha negra da família”. Lembra-se de uma frase endereçada ao pai: “ninguém me segura!”, o que imediatamente associa a sua dificuldade de estar internado.

Gustavo pede nova licença para comemorar seu aniversário. Descreve ritual que realiza há alguns anos em que reúne-se com “amigos caretas” para fazer os votos de parar de usar

13 Não é incomum relato dos usuários de drogas que referem ter de aumentar substancialmente a quantidade de drogas ingeridas para atingir a mesma satisfação da primeira vez de uso, que se torna inatingível. O relato deste usuário nos remete ao *Projeto* de Freud (1950[1895]/2006), onde sustenta o tempo de uma experiência mítica de satisfação operada por um objeto perdido que marca o sistema nervoso de tal modo que o organismo funciona em função do constante esforço de reduzir as tensões internas de modo a manter as tensões nos menores níveis possíveis. Em certa medida, as ações específicas para baixar a tensão são balizadas por essa primeira experiência de satisfação impossível de ser atingida. Freud descreve a primeira satisfação como da ordem de *das Ding*, uma experiência mítica do indivíduo, mas constitutiva. Deste objeto perdido desde sempre, só é possível reencontrá-lo como outros objetos que nunca satisfarão plenamente às pulsões. Este conceito retomado por Lacan para falar de uma dimensão do Outro absoluto referido a um pleno de gozo. A partir de *das Ding*, Lacan formulará o conceito de objeto *a*. Optamos por não desdobrar esta elaboração conceitual mesmo reconhecendo a fundamental importância para nossa discussão.

drogas. Negamos tal pedido o que provocou uma reação irascível. Aos gritos, disse: “Vocês querem que eu minta agora? (...) Tá com medo que eu cheire todas? (...) Eu cheirei na última licença e voltei por causa do compromisso, o que mais vocês querem?”. Mantive-me em silêncio, mas lembrei-o que ele poderia receber visitas. No atendimento seguinte, Gustavo diz: “pela primeira vez eu me dei conta de que eu não falo as coisas para você... Não sei pra quem eu falo, mas eu me ouço”. Esta última fala aponta que a direção de tratamento do caso é muito anterior a parar ou não de usar drogas conforme sua divisão. Pelo contrário, é no reconhecimento de poder endereçar esta questão à instituição que a clínica torna-se possível, em especial no que diz respeito a especificidade na internação.

Lacan (1962-63/2005) define a dimensão do Outro a partir de três pontos: a demanda do Outro, o gozo do Outro e a interrogação do desejo do Outro. No caso de Gustavo, o manejo clínico visou articular estes três pontos. Sua entrada para internação voluntariamente involuntária a partir de seu endereçamento ao CAPSad pôs de partida a demanda do Outro. A assunção à involuntariedade diz respeito à entrada forçada no campo da linguagem, onde se não se tem escolha, mas se deve responsabilizar-se por ela. A anulação que o sujeito busca realizar pela prática de intoxicação enquanto gozo do Outro pode ser interrogada do ponto mesmo onde o sujeito se precipita: o Outro quer que cheire todas? Onde chegamos a interrogação do desejo do Outro encarnado no clínico na instituição “na medida que esse é o desejo correspondente ao analista como aquele que intervém como termo na experiência” (*id. ibid.*, p. 68). O analista encontra seu lugar para operar na dimensão do Outro, o lugar eficaz desde que se saiba não reduzi-lo, pois a “angústia da qual temos de fornecer uma formulação aqui é uma angústia que responde a nós, uma angústia que provocamos, uma angústia com a qual, de vez em quando, temos uma relação determinante” (*id. ibid.*, p. 68).

Enquanto a droga promove o rompimento com valores socialmente compartilhados como família, trabalho e dinheiro, durante a internação são esses mesmos valores retornam como imperativo. Vemos operar aqui o paradoxo já exposto do Supereu. O suporte da instituição-internação possibilita o sujeito a estabelecer outra relação com seu corpo e os outros ao seu redor, ao mesmo tempo corre-se o risco de que tal suporte tampona sua real dificuldade no laço social. Podemos optar ouvir estas falas como manipulação, mentira, desvio de caráter ou podemos ouvir a partir de uma aposta de que há algum trabalho de construção que possa advir do encontro com a instituição de modo que o dentro possa ter repercussão também fora.

3. DE DENTRO PRA FORA: A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INSTITUIÇÃO

3.1 Freud e a clínica nas instituições

A clínica na instituição não era nenhuma novidade para Freud. Desde de seus primeiros textos, quando em um relatório, Freud (1950[1886]/2006) valoriza os grandes hospitais por abrigar um grande número de diferentes quadros patológicos que estão à disposição dos clínicos para estudos de casos. Não só a loucura, mas as neuroses, e em especial as manifestações exuberantes dos sintomas histéricos, capturadas pelo saber médico, tinham como destino instituições como estes hospitais. Curiosamente, já em suas primeiras considerações psicanalíticas subvertia a etiologia da neurose comum à época que era referida a uma degenerescência orgânica para uma economia sexual a ponto de afirmar que “em todo caso de neurose há uma etiologia sexual” (FREUD, 1898/2006, p. 255).

Neste contexto, o uso abusivo ou crônico de álcool e outras drogas, prática em que articulava a concepção médica de degeneração orgânica e moral dos usuários, foi retomado de um outro ponto de vista, o da clínica psicanalítica. Num primeiro momento, Freud (1898, p. 323) entende que o distúrbio sexual produz o sintoma, de tal modo que sua concepção das toxicomanias então era em referência à masturbação como um “vício primário.” As instituições estariam fadadas ao fracasso no tratamento dos neuróticos pelo fato de elas promoverem melhorias temporárias por retirarem o foco do problema, que seriam a casa e a vida sexual: “está claro que, na neurastenia, os problemas terapêuticos devem ser atacados não em instituições hidropáticas, mas dentro do contexto de vida do paciente” (*id. ibid.*, p. 261). Endurece ainda mais sua crítica afirmando que “arrancar o paciente do hábito da masturbação é apenas uma das novas tarefas terapêuticas impostas ao médico que leva em conta a etiologia sexual dessa neurose; e parece que precisamente essa tarefa, tal como a cura de qualquer outro vício, só pode ser efetuada numa instituição e sob a supervisão médica” (*id. ibid.*, p. 262).

Freud indica nesta última passagem a relação de dependência que pode ser estabelecida entre o paciente e a instituição em função do desejo do médico. Guiado pelo ideal de cura através de um agente externo ao investimento pulsional do sujeito, no caso a abstinência, o médico

exerce um poder de mestria que pode promover a demissão subjetiva: de seu sofrimento, o sujeito nada tem a ver com isso. Freud localiza aí o fracasso que assola as instituições: responder a demanda do sujeito em nada resolve seu problema, pois ainda que silenciada a necessidade da pulsão não demora a despertar e exigir satisfação. Assim,

[...] o mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica; sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa. [...] A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam a servir – direta ou indiretamente – de substitutos da falta de satisfação sexual; e sempre que a vida sexual não pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída [*Rückfall*] do paciente (FREUD, 1898/2006, p. 262).

Recaída aqui está muito mais ligada à pulsão do que à droga. O caráter tóxico residiria na própria sexualidade e na libido, de tal modo que “os distúrbios (sintomas), com efeito seja no funcionamento somático, seja no mental, parece, ser de natureza *tóxica*, comportando-se da mesma forma que os fenômenos que acompanham o excesso ou a escassez de certos tóxicos nervosos” (FREUD, 1908/2006, p. 172, grifos do autor). Freud ressalta ainda a impossibilidade tanto da satisfação da libido quanto de sua sublimação, referindo-se a um excedente que se perde – o que já trabalhamos no capítulo anterior em relação ao gozo e ao mais-de-gozar.

Interessante ressaltar que ao longo da obra de Freud sua posição quanto a intervenção de uma internação em instituição obedece já uma percepção clínica bastante refinada. Freud (1888/2006) afirma que

A primeira condição para uma intervenção bem-sucedida consiste, quase sempre, em remover o paciente de suas condições habituais e isolá-los do círculo em que ocorreu o ataque. Essas medidas não são por si mesmas benéficas, mas possibilitam uma estrita observação médica e permitem ao médico dedicar uma atenção cuidadosa, sem a qual jamais terá êxito no tratamento da histeria. Via de regra, um homem histérico - ou uma mulher histérica - não constitui um único membro neurótico do círculo familiar (FREUD, 1888/2006, p. 91).

Segue em 1908 problematizando as práticas de cuidado nas instituições de internação:

Os sanatórios são, na verdade, indispensáveis para acalmar os ataques agudos que podem surgir no curso da psicose, distraindo a atenção do paciente, alimentando-o e cuidando dele. Mas, quanto à eliminação dos estados crônicos, não conseguem rigorosamente nada: e os melhores sanitários, supostamente norteados por fundamentos científicos, não fazem mais do que estabelecimentos hidropáticos comuns (FREUD, 1908/2006, p. 269).

A posição de Freud é bastante clara considerando-se que o problema da neurose diz respeito à relação do sujeito ao Outro, e por este Outro podem ser incluídas a preocupação da família que agrava o sintoma (FREUD, 1888/2006, p. 91) ou até mesmo o interesse em demasia do profissional pode reforçar os sintomas ou produzir deformações a tal ponto de que “no final,

ambos, médico e paciente, se fadigam” (*id. ibid.*). Por este motivo, Freud alerta que nos casos de histeria crônica “desaconselha-se medicação interna, como também deve ser evitados as drogas narcóticas” (*id. ibid.*, p. 92).

3.2 Demanda e gozo

Recorramos a uma vinheta clínica. Almir é alcoolista de longa data. Conhecido na instituição como “caso paradigmático de alcoolismo,” mantém pedido regular de internação, sempre com atuações e acusações. Com o decorrer do tratamento, afirma que iniciou o uso de bebidas ao obedecer o pedido da mãe alcoolista para quem buscava bebida escondido do pai. Passou a beber em segredo até ser descoberto e ganhar uma “pisa”, uma surra de madeira. Manteve o uso de álcool desde adolescência e diz: “eu não consigo falar se não estiver quente.” Quando se interroga o motivo de não conseguir parar de beber, associa ao fato de sua mãe ter morrido pouco tempo depois de conseguir manter-se abstinente, e cogita a correlação dos fatos.

Almir deposita permanentemente a responsabilidade de seu ato de beber no Outro: sua mãe, a irmã com quem mora, o cunhado que também bebe muito e a instituição, seja por não terem internado ou por terem dado alta rápido demais. Chega a afirmar que seu “sonho” é poder morar internado para beber e voltar “sem perturbações.” Desta posição de Almir, a internação é o único espaço em que consegue falar sem o uso de bebida. Em um dado momento, Almir burlou as regras da enfermaria e guardou algum valor em dinheiro por não confiar em sua irmã, mesmo sabendo do risco de deixá-lo na instituição. O valor desapareceu antes de ser entregue à irmã, de modo que Almir acusou a equipe e ameaçou acionar a polícia. Em reunião de equipe, a construção da direção de tratamento foi pautada seguindo a lógica do direito do cidadão e ignorou-se à responsabilidade do sujeito em sua queixa. Optou-se então pela restituição do dinheiro. Após receber a notícia, tonto, de olhos vermelhos e com a voz arrastada típico de bêbado, procurou o praticante de psicanálise para dizer: “Nunca esperei que seria restituído! Agora parece até que eu estou bêbado. Bêbado sem beber uma gota de álcool.”

Esta vinheta nos remete às duas concepções de Freud a respeito das toxicomanias. Ainda na primeira tópica, Freud parte da suposição de um aparelho psíquico que funcionaria através do processo de tradução de certos estímulos para a efetuação de medidas ou ações que garantissem a descarga energética necessária. Neste esquema, o aumento da tensão no aparelho produziria desprazer que precisaria ser respondido pela descarga para a obtenção de prazer. O problema das

neuroses seria o de um excesso de sexualidade invariavelmente precoce na vida do indivíduo que impede o trabalho de tradução por parte do aparelho, de modo que este “excesso de sexualidade preenche as pré-condições para que haja *ataques de angústia* durante a idade adulta” onde os “traços de memória são ineficientes para absorver a quantidade sexual liberada, que deveria transformar-se em [libido]” (FREUD, 1897a, p. 279, grifos do autor).

Nesta perspectiva, o aparelho psíquico, longe de funcionar em níveis ideais, constitui-se a partir do traço intraduzível de um excesso de energia impossível de ser plenamente absorvido ou descarregado. Assim, impossibilitado de responder na esfera psíquica, isto é, das ideias e representações, com aumento da energia, o aparelho psíquico se defronta com a necessidade de responder de alguma maneira. O mecanismo encontrado é o do recalque, que pode ser compreendido como uma “falha na tradução” (*id. ibid.*, p. 283) motivada pela produção de desprazer pelo aumento da tensão. Não sendo apenas um erro, o recalque é o que possibilita a produção sintomática: por um lado, a ideia é retirada da consciência e, por outro, o afeto é conduzido ao corpo e convertido em ação.

No ato masturbatório dos neuróticos, Freud localiza a incidência da fantasia que produz a excitação até o ato propriamente dito. Isto equivale a dizer que as fantasias neuróticas, em especial as histéricas, funcionam como “fachadas psíquicas construídas com a finalidade de obstruir o caminho para [as lembranças traumáticas]” (*id.*, 1897b, p. 297) e são construídas pela decomposição e recombinação das lembranças, de tal modo que podem ser consideradas como fonte “da qual surge novo elemento na produção inconsciente” (*id.*, 1897c, p. 293). O sintoma, neste esquema, se refere ao imperativo das práticas masturbatórias, pois a fantasia recalçada passa a ser inconsciente e a satisfação sexual abandonada agora em estado de abstinência exige outro tipo de satisfação. Ou seja, as fantasias inconscientes retiram daí as forças necessárias para a produção de um sintoma, que se constitui então como um meio de satisfação do acúmulo pulsional. Enfim, “um sintoma é a realização de desejo do pensamento recalcedor quando, por exemplo, o sintoma constitui uma punição, uma autopunição, a substituição final da autogratisficação, da masturbação” (*id.*, 1897d p. 329-30).

O processo do recalçamento implica sempre o retorno do recalçado. Frente ao impossível de satisfação, a produção sintomática se apresenta como uma satisfação paradoxal. O paradoxo consiste justamente em evitar o impulso de desejo, que continua a existir no inconsciente à espera de realizar-se através de formações substitutivas ainda que distorcidas de seu material

original. Porém, ao manifestar-se, este substituto se liga a mesma sensação de desprazer a que o recalque visava evitar, de forma que esta “substituição de ideia [recalcada] - o sintoma - é protegida contra as forças defensivas do ego e em lugar do breve conflito, começa então um sofrimento interminável” (FREUD, 1910[1909]/2006, p. 42, grifo do autor).

Nesta dinâmica postulada por Freud, em que medida então podemos pensar as toxicomanias nas neuroses? O que foi elaborado até o momento aponta para o caráter econômico do processo de satisfação das pulsões a partir da lógica prazer-desprazer. Ainda que Freud inicialmente aproxime o uso de drogas aos sintomas neuróticos, há uma especificidade deste recurso que os diferencia. Ao comparar o estado da mania com o da embriaguez alcoólica, Freud (1917[1915]) localiza um estado decorrente da suspensão de grande dispêndio de energia psíquica que promove a satisfação. A diferença residiria no fato de que na embriaguez tal suspensão é produzida pela ingestão da substância tóxica. Pode-se inferir, deste modo, os mecanismos da intoxicação através da ideia de supressão [*Unterdrückung*] do dispêndio psíquico resultante do alívio das pressões do tanto do recalque [*Verdrängung*] como operação sempre falha quanto do excesso de regulação instância psíquica que opera a censura - o Supereu, de tal forma que o ato toxicômano compreenderia a uma tentativa de lidar com os efeitos do retorno do recalcado. Não sem motivos, a satisfação tóxica que o bebedor encontra no vinho apresenta-se mais harmoniosa do que as relações amorosas de tal maneira que não há necessidade de trocar de parceiros sexuais, mantendo-se fiel à garrafa e estabelecendo assim um “modelo de casamento feliz” (FREUD, 1912b/2006, p. 194).

Já na segunda tópica, em *Mal-estar na civilização*, Freud (1930/2012) assume a lógica de que os indivíduos e povos procuram a felicidade e fogem do sofrimento, o uso de substâncias tóxicas possibilitaria o encontro das duas medidas simultaneamente: ao mesmo tempo em que gera prazer, evita o desprazer. Dos métodos para a evitação do desprazer este uso seria um dos mais interessantes por permitir influir no próprio organismo, uma vez que o sofrimento pode ser reduzido à sensação e apreendido no modelo econômico do corpo.

Curiosamente, o enfoque que Freud atribui ao uso das substâncias como via de alterar o organismo deve levar em consideração a aproximação que faz entre o estado de intoxicação produzido pela ingestão de substâncias inebriantes¹⁴ externas ao organismo e a estados

¹⁴ *Rauschstoffe*, no original. Traduzido pela Edição Standard como “veículo intoxicante”. Este termo alemão não tem uma definição unívoca, sendo composto por *Rausch*, cujo sentido estabelece relação com o efeito de excitação

patológicos como a mania, onde tais efeitos são independentes destas substâncias. Pode-se pensar o enfoque ao caráter pulsional que atravessa o funcionamento do organismo e também da própria organização da civilização. Assim, o prazer derivaria da satisfação das pulsões como diminuição das tensões provocadas pelas exigências pulsionais. Entretanto, quando há alguma satisfação, como no caso de Almir, sua resposta é uma intoxicação mesmo sem ingerir uma qualquer dose do narcótico. O passo seguinte foi a de endereçar ao praticante de psicanálise esta constatação, não sem algum mal-estar. A dimensão do Outro aí se articula com o que é do desejo: o desejo do homem é o desejo do Outro (LACAN, 1964/2008). A partir do endereçamento podemos pensar o Outro como o lugar de acolhida da demanda que já introduz uma discordância essencial do que seriam as necessidades presumidas na origem do sujeito, pois tudo o que lhe diz respeito deve passar pelo desenrolar dos significantes. Assim, o desejo é o que se esboça na margem de separação da demanda e necessidade. A demanda se constitui como um apelo incondicional ao Outro, o que rasga a necessidade de qualquer naturalidade e de possibilidade de satisfação universal. Porém, nesta operação, o sujeito se encontra em uma posição delicada: o risco de estar a mercê do Outro (LACAN, 1962-63/2005).

Estas considerações nos ajudam a pensar que com a linguagem qualquer um pode ocupar este lugar do Outro. As instituições, sejam de saúde, educação, justiça, etc. estão implicada com este lugar de Outro como ponto de endereçamento da demanda do sujeito. E elas também são responsáveis por este sujeito intrínseco a esta demanda. Tais considerações não passaram despercebidas e a inserção da prática psicanalítica nas instituições levou Freud (1919/2004, p. 181) a pensar que “a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o puro ouro da análise livre com cobre da sugestão direta.” Isto, entretanto, não significa abandonar as diretrizes éticas da psicanálise que poderíamos localizar na afirmação: “o tratamento analítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação - num estado de abstinência” (*ibid.*, p. 176).

Ao suspender qualquer tipo de ideal prévio, abster-se em especial da ideia de abstinência, o que é da dimensão da singularidade do sujeito pode aparecer. Este ideal previamente estabelecido e generalizado é o que permite muitos usuários a aderirem à internação, ao preço da escuta singular ficar comprometida. De certa maneira, é a possibilidade de inserção em algo mais

produzido pelo álcool ou outras drogas, mas também por fatores externos não necessariamente ligado à substâncias químicas, como excitação sexual; e pela palavra *Stoffe*, cuja definição remete à tecido, trama, estofa e o sentido de substância é resultado de analogia com ligações químicas. Freud opta por utilizar esta palavra que é uma construção do discurso cotidiano, sendo também encontrada na literatura.

geral e que independa da individualidade de cada um que subjaz à demanda de internação. O usuário faz o pedido de um sentido que seja geral, que valha para todos, um saber equivalente à consistência promovida pela a droga. Não à toa as comunidades terapêuticas religiosas se sustentam até hoje, pois que melhor sentido único que o religioso?

3.3 Desejo e fantasia

Freud (1912c/2010) constata que todo e qualquer tratamento acontece na esfera da transferência, que, não sendo uma invenção da psicanálise, a prática psicanalítica se sustenta em seu manejo. Freud (*ibid.*, p. 137) igualmente afirma que “não é um correto que durante a psicanálise a transferência surja de modo mais intenso e desenfreado que fora dela.” A transferência é um fenômeno que também acontece na relação do sujeito com as instituições, ainda que muitas vezes o trabalho tome este fenômeno como via de comando em nome da cura. Assim, nestas instituições, “observam-se as maiores intensidades e as mais indignas formas de uma transferência que beira a servidão, e também o seu inequívoco matiz erótico” (*id. ibid.*, 137). Nestes casos, a transferência seria o meio pelo qual a sugestão se afirma como ação de uma pessoa sobre outra e o uso da sugestão serviria para cuidar da “independência final do paciente” (*id. ibid.*, p. 143).

A transferência como resistência também ocorre em instituições, seja negativo, fazendo o sujeito sair pior do que entrou; ou positiva, mantendo o sujeito com seu estado inalterado e longe da vida. A resistência nas internações se apresenta como oposição à cura justamente para manter o sujeito afastado da vida. Freud (*id. ibid.*, p. 144) sentencia: “para a cura não importa se o doente internado supera essa ou aquela angústia ou inibição; interessa também que na realidade de sua vida ele se livre delas.” Enfim, Freud localiza na ideia de ambivalência esta oposição entre motor do tratamento e resistência como algo comum a todos, mas em alto grau sendo característico dos neuróticos. Na clínica, em especial nas instituições, devemos estar atento à ambivalência, pois “nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência” (*id. ibid.*, 145).

Trabalhamos dentro do que é possível para o sujeito entendendo que o recurso clínico da internação não serve para todos, muito menos a qualquer momento. Estamos avisados do traço da repetição presente no processo abstinência-recaída e cabe a instituição acolher e acompanhar o sujeito em seu percurso. O fato é que o sujeito se agarra intensamente ao seu sofrimento,

mesmo que ambivalente. Freud percebeu este paradoxo ao problematizar o modo de endereçamento do neurótico. A transferência é o motor do tratamento, mas também é sua resistência. Como resistência inclui o profissional e a instituição porque de alguma maneira satisfaz à exigência da permanência do mesmo estado de coisas. Ao avançar do tratamento, as deformações das associações deixam de servir de garantia e passam a deformar aquilo que faz o tratamento funcionar: “Essas circunstâncias tendem para uma situação na qual, finalmente, todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência” (FREUD, 1912c/2010, p. 140).

Lembramos que Freud (1913b/2010) indica que o início do tratamento implica em uma mudança de posição do sujeito, que deixa de lamentar sua doença para realmente investir nisto que sofre, buscando combatê-lo. Porém, ao mesmo tempo, pode haver uma intensificação na produção sintomática e a resistência faz uso disto para retirar o sujeito do tratamento. Assim, a “transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida real, através da qual se efetua a transição de uma para outra” (1914/2010, p. 206). Aqui, doença diz respeito ao sintoma, esta manifestação do inconsciente que é ao mesmo um modo de satisfação e uma resposta ao enigma do desejo do Outro. Freud (1924c/2006) concebe o sintoma como uma representação substitutiva que atua como conciliação entre o Eu e a pulsão, impossível de ser satisfeita por seu objeto, após o processo do recalque. O sintoma como retorno do recalcado aponta para o “afrouxamento da relação com a realidade,” onde “a perda da realidade afeta exatamente aquele fragmento da realidade, cujas as exigências resultaram no recalque pulsional ocorrido” (FREUD, 1924c/2006, p. 205). Assim, nas neuroses, o encontro com um real insuportável, ou as “exigências da realidade” (*ibid.*, p. 207), é respondido evasivamente: “um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga” (*id. ibid.*). Esta fuga está associada ao “mundo de fantasia” com a qual a “neurose haure o material para suas novas construções de desejo e geralmente encontra esse material pelo caminho da regressão a um passado real satisfatório” (*ibid.*, p. 208-9).

Retornando ao *Mal-estar na civilização*, Freud (1930/2012, p. 33) propõe que dentre as possibilidade de tratamento para o sofrimento há um destaque especial àquelas que visam certa “independência em relação ao mundo externo,” como o próprio uso de substâncias inebriantes. Cita a droga a partir de seu uso recorrente na linguagem popular de “afasta-tristeza” com a qual “podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade” (*id. ibid.*, p. 33-4). Interrogamos

aqui a aproximação possível de ser feita entre a fantasia e o recurso às drogas – questão fundamental que atravessa a clínica na internação de usuários de drogas.

Para melhor esclarecer, com Lacan (1955-56/2008, p. 93), há uma distinção a ser feita entre a realidade e o real. A realidade é sempre, em última instância, a realidade psíquica, ou seja, o que se pode ter acesso da realidade é a partir de construções simbólicas e imaginárias, que chegam ao neurótico “de bandeja.” Parte da realidade psíquica do sujeito neurótico é sacrificada e deste sacrifício advém sua divisão. Porém, o que foi sacrificado continua se fazendo ouvir de modo simbólico e é a partir do que esconde que o sujeito constrói seu mundo. O que caracteriza então a relação do neurótico com a realidade toca no fato de que, de uma forma ou de outra, há uma “feliz incerteza” operada pelo significante (*id. ibid.*, p. 92) que o permite não levar tão a sério as muitas realidades que conhece e, assim, compartilhar algo da realidade com outros.

A parte intolerável da pulsão que é recalcada na neurose tem a ver com a dimensão do real enquanto o impossível de ser simbolizado. Jorge (2012) assinala haver uma aproximação por parte de Freud entre os conceitos de inconsciente e pulsão, e ainda que em alguns momentos um termo substitui o outro, eles não se sobrepõem por completo. Há um caminho a ser percorrido: “Freud caminha do inconsciente, chega até a pulsão e, muito rapidamente, vai trabalhar a fantasia -, cuja a percepção traz algo novo: a concepção de fantasia como a *articulação entre o inconsciente e a pulsão*” (JORGE, 2012, p. 75, grifos do autor). Em outros termos, seria a articulação entre o simbólico-imaginário e o real.

Lacan se utiliza de uma fórmula a partir de dois termos para representar a fantasia: $\$ \diamond a$. Temos aqui dois termos presentes no discurso do mestre ocupando lugares de relação de impossibilidade, ou seja, o sujeito não tem acesso direto ao objeto de seu desejo. A fantasia é a tentativa de uma articulação lógica entre sujeito e objeto, mas que opera velando ao sujeito o vazio do real. Desta forma, podemos localizar a fantasia como um certo enquadre ou uma janela para o real. Em termos freudianos, a realidade está perdida desde a origem e que toda realidade é psíquica por já ser uma articulação entre simbólico e o real.

A fantasia, segundo Lacan, remete ainda ao que é da relação do sujeito ao Outro. A falta constitutiva pela incidência da linguagem sobre o organismo humano ao mesmo tempo que produz a perda do objeto de satisfação que vai guiar o sujeito, do lado do Outro ela também incide uma falta, a que vai constituir o Outro como castrado. O significante falo introduz no Outro uma novidade, de tal modo que o falo “é o significante destinado a designar, em seu

conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante” (LACAN, 1958/1998, p. 697). Assim, no campo do Outro, o que se perde é $S(A)$, do significante do Outro barrado, o que significa dizer que não há um significante último que produzirá um significado definitivo. Isto que o neurótico perde, ele atribui ao Outro e acredita que em algum lugar a satisfação e a significação existem.

No *Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan (1962-63/2005) afirma que:

Aquilo diante de que o neurótico recua não é a castração, é fazer de sua castração o que falta ao Outro. É fazer de sua castração algo positivo, ou seja, a garantia da função do Outro, desse Outro que se furta na remissão infinita das significações, desse Outro em que o sujeito não se vê mais do que como um destino, porém um destino que não tem fim, um destino que se perde no oceano de histórias. Ora, o que são as histórias senão uma imensa ficção? O que pode assegurar uma relação do sujeito com esse universo de significações senão que, em algum lugar, existe gozo? Isso ele só pode assegurar por meio de um significante, e esse significante falta, forçosamente. Nesse lugar de falta, o sujeito é chamado a dar o troco através de um signo, o de sua própria castração (LACAN, 1962-63/2005, p. 56).

Nesta direção, a fantasia no neurótico está situada no lugar do Outro e é um modo de defender-se da angústia por recobri-la. Lacan (*ibid.*, p. 60-1) propõe ainda pensar a fantasia como o recurso do neurótico de defesa contra a angústia justamente por servir-se dela para fazer um objeto *a* posição com o qual o sujeito se oferece e tenta engajar o Outro em sua demanda. Pensar a fantasia como ficção e o objeto como posição orienta na construção na direção do tratamento. A instituição que acolhe o sujeito em regime de internação, animada pela transferência do sujeito no que Freud a define como o espaço entre a doença e a realidade, incorre no risco de tornar-se extensão da fantasia na medida em que protege o sujeito do insuportável do real, mas se mantém como fonte da doença na produção sintomática.

A respeito das toxicomanias tais considerações ganham valor se prestarmos atenção na função do sintoma. Como visto, o sintoma neurótico serve para articular a partir da fantasia a produção de um modo de relação sexual. Podemos considerar o caráter perverso das fantasias pelo fato de que no sintoma o sujeito tenta realizar a relação sexual que não existe. No inconsciente, através do sintoma, uma verdade é enunciada à qual falta o saber, o saber sobre o sexual. A grande descoberta da psicanálise é a existência da pulsão como o que há de articulável e articulada e que atua como uma montagem cuja satisfação subjaz e divide o sujeito. A impossibilidade de satisfação diz que o sexual é algo plenamente inapreensível. Assim,

não há união do homem e da mulher sem que a castração a) determine, a título de fantasia, a realidade do parceiro em quem ela é impossível, b) e sem que ela, a castração, entre em jogo nessa espécie de receptação que a instaura como verdade no parceiro a quem ela é realmente poupada, salvo por um excesso acidental. Num, a

impossibilidade da efetuação da castração vem colocar-se como determinante de sua realidade, enquanto no outro, o pior com que a castração o ameaça como possível não precisa acontecer para ser verdadeiro, no sentido em que esse termo não comporta apelação (LACAN, 1968-69/2008, p. 12).

Enquanto o sintoma encarna no corpo o gozo sexual como fálico, a angústia irrompe no momento em que o sujeito se defronta com o fato de estar casado com este falo. Lidar com o falo é uma complicação por ser o que remete o sujeito a sua *ex-sistência*, à impossibilidade da relação sexual e à diferença dos sexos, e carrega sempre consigo o que é da angústia. Como pontua Freud (1923/2006, p.158, grifo do autor), quando falamos do falo não estamos referidos ao corpo ou ao pênis, pois “o que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do *falo*.”

Lacan (1957-58/1999) propõe pensar o falo a partir da retomada do Édipo freudiano em uma formulação calcada em três tempos lógicos que inscrevem a operação ao registro do simbólico. No primeiro tempo, o falo é o objeto com o qual a criança se identifica como objeto de desejo da mãe, ou seja, ser o falo enquanto objeto do desejo do Outro. No segundo tempo, confrontada com a impossibilidade de satisfazer o desejo do Outro pela incidência do pai no desejo da mãe, a criança tem de posicionar-se frente a ter ou não o falo já como um posicionamento desejante. O último momento consiste na possibilidade da criança ter acesso à significação fálica e situar-se na partilha dos sexos enquanto ser falante, pois “falo é o significante privilegiado dessa marca [na relação do sujeito com o significante], onde parte do logos se conjuga com o advento do desejo” (LACAN, 1958/1958, p.699).

O casamento com o falo é, deste modo, angustiante e tudo o que possibilita escapar deste casamento é bem-vindo. É neste sentido que Lacan (1976, p. 268) localiza o sucesso da toxicomania no fato de ser “o que permite romper o casamento com o pequeno-pipi.¹⁵” Prosseguimos afirmando que por mais que o sujeito toxicômano busque rompimento com o gozo fálico, não há a forclusão do Nome-do-pai e algum constrangimento na relação com o Outro se presentifica. Deste modo, há separação de gozo e desejo enquanto fundado na lei, implicando a relação ao Outro, pois ela própria é fundada no campo do Outro. O desejo, não sendo redutível à necessidade, não se satisfaz em si mesmo nem com um objeto, uma vez que é o objeto enquanto falta que suscita o desejo. Assim, “o sujeito não satisfaz simplesmente um desejo, mas goza por desejar, e essa é uma dimensão essencial de seu gozo” (LACAN, 1957-58/1999, p. 365). A

15 No original: “c’est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit –pipi.”

função do Nome-do-pai é a de instaurar e autorizar o jogo dos significantes através da cadeia, onde o desejo atua metonimicamente no deslizamento dos significantes. Sendo assim, o desejo é articulado por estar ligado à presença do significante, mas nunca é totalmente articulável por não haver um significante que signifique a si próprio.

O problema aqui posto para a neurose é que o recalque enquanto fundado na lei do mal-entendido se cola ao nível da cadeia simbólica. A cadeia simbólica tem uma coerência interna que nos faz devolver o que recebemos a um outro. A formulação de que o inconsciente é o discurso do Outro indica que a posição que o sujeito ocupa comporta um sacrifício que é da ordem do impossível de significação. Frente a isto, o recalque opera, “mas a cadeia nem por isso deixa de correr por debaixo, a exprimir suas exigências, de fazer valer sua dívida, e isso por intermédio do sintoma neurótico” (LACAN, 1955-56/2005, p. 103).

A divisão estrutural operada pelo significante na produção do inconsciente onde a função do desejo é articulada e remete a necessidade a um segundo tempo. Nesta hiância, o problema do gozo se apresenta por sua irreduzibilidade à satisfação de uma necessidade: o acesso ao gozo é via satisfação da pulsão estruturada pelo significante em certo percurso ao redor do vazio cavado pelo próprio significante. Esse vazio é o mesmo que remete ao desejo como desejo do Outro. Assim, o furo no saber indica como a resposta derradeira à garantia pedida ao Outro do sentido dessa lei articulada o mais profundamente no inconsciente (LACAN, 1959-1960, p. 235).

O desejo ordenado pelo significante falho implica o gozo fálico, remetido ao Outro castrado. O gozo do Outro, por sua vez, reduz o sujeito ao próprio corpo sem mediação simbólica, desregulado. Reduzido ao real, o sujeito é abolido (LACAN, 1962-1963). O neurótico nas toxicomanias vai às últimas consequências na tentativa de garantir o gozo como pleno, aproximando assim o objeto-droga de certa categoria de um objeto que satisfaz à necessidade. Não à toa o tal objeto é elevado à categoria de objeto natural, de uma dependência química, havendo necessidade de utilizá-lo para manter-se vivo. A angústia manifestada como fissura produz efeitos no corpo próximo do insuportável, onde não há palavra que possa articulá-la e, no muito, há ato: drogar-se, agredir o outro, agredir a si, comer vorazmente, correr sem destino. O ato paradoxal nas toxicomanias é a tentativa de esvaziar o gozo do Outro (SCIARA, 2007).

Inferre-se, assim, o problema do sujeito como ser sexuado e as manifestações do sexual (desejo, inconsciente, fantasia e sintoma) como o que resiste à ilusão de totalidade do campo do conhecimento. O sintoma para psicanálise é justamente da ordem da falha que insiste enquanto

faz representar um sujeito. Como sintoma, é a função do *mais-de-gozar* articulado como um modo particular do sujeito lidar com o gozo sem deixar de ser também uma maneira de fazer existir essa verdade que é vazada e o acesso ao gozo só é possível de modo pontual em certo enquadre do corpo. Sendo impossível de nomear, o inconsciente é esse saber que falta à verdade e o significante fálico quem vai ordenar a cadeia simbólica onde se insere o sintoma que encarna sua função de compromisso. As toxicomanias, por outro lado, não estabelecem formação de compromisso e sim de ruptura por promover acesso ao gozo fora da fantasia engendrando este gozo como referência à modalidade de gozo contemporâneo (LAURENT, 1990, p. 33).

A internação, enquanto instituição, pode servir como esse suporte que vai acolher o sujeito, ou melhor, que pode colher uma demanda do sujeito a advir. Considerar a toxicomania nas neuroses como uma posição do sujeito frente o Outro, ou melhor, sua tentativa de segregar o Outro por não suportar sua alteridade fundada na castração enquanto falta radical, permite ponderar a dependência ao objeto-droga como uma tentativa paradoxal de escapar de uma outra dependência mais fundamental produzida pelo investimento libidinal a partir do desejo do Outro, que é vivido como perigoso (HEINRICH-LEGET; JACOB, 2009).

O pedido de internação pode ser retomado então a partir destas considerações sobre a fantasia: frente o insuportável da falta do Outro, falta que diz respeito ao sujeito, o endereçamento a uma instituição total pode ser lido como tentativa de tamponar esta questão. A função da internação, quando se leva em consideração o aspecto totalitário da instituição que acaba por diluir as singularidades em função de um universal, ao mesmo tempo em que pode ser condição de início de tratamento, pode ser uma maneira do sujeito não ter de a ver-se com o que diz respeito ao desejo (NAPASTERK, 2010). Recorrendo a um breve recorte clínico, uma jovem usuária de *crack* e cocaína buscou internação pouco tempo depois do nascimento de seu terceiro filho, do qual engravidou enquanto morava nas ruas. É levada para internação pela família que a resgatou das ruas. Na instituição, toma inúmeros banhos por dia por sentir-se “suja”, o que associa ao nojo que sente de si após prostituir-se e das relações sexuais com o ex-marido quando estava grávida. O curioso é que, com o acompanhamento, esta jovem relatou com surpresa intensa “tentação sexual”, o qual “nunca tinha sentido isso antes.” No enquadre institucional, a dimensão do sexual escamoteada pelo uso de drogas retorna como incômodo com o próprio corpo e na relação com os outros.

A instituição teria por função então servir de mediação na relação do sujeito e o Outro vivido como perigoso. A dimensão simbólica implicada no acordo entre o paciente e a equipe que compõe a instituição permite a definição de um espaço de cuidado definido por um dentro e um fora: “é um espaço imaginário que permite fazer entrever ao sujeito uma palavra que engaja sua responsabilidade¹⁶” (HEINRICH-LEGET; JACOB, 2009). A consequência inerente na prática institucional deste espaço imaginário é o fato de que

o paciente vai testar este espaço, vai mover-se nele para encontrar um lugar, talvez através de transgressões que serão trabalhadas com ele a fim de permitir perceber progressivamente o lado engajador de sua palavra e a do outro. O que conta neste acordo são as margens, os limites, os jogos e transgressões” (HEINRICH-LEGET; JACOB, 2009, s.p.).¹⁷

3.4 As toxicomanias nas neuroses

As contribuições da psicanálise para a clínica e o cuidado dos usuários de drogas são de grande importância. Dar lugar ao sujeito e tomar cada caso em sua singularidade permite à psicanálise pensar o uso de drogas para além do fenômeno, daquilo que é perceptível ao olhar do clínico. Este olhar clínico é responsável por isolar um fenômeno e dar-lhe existência como um fato a partir de sua captura como conceito (FOUCAULT, 2013). A tradição da clínica médica onde a psiquiatria está inserida recorta e cria, por meio dos métodos científicos que lhes são próprios, um transtorno mental autônomo e alheio ao sujeito, ou melhor, que pode vir a ratificar sua segregação pela oferta de uma nomeação. A psicanálise, por sua vez, ao operar com o que é de uma fala endereçada e sua tomada como um saber que é singular ao sujeito do inconsciente, possibilita circunscrever a utilização do recurso droga em sua função específica na economia psíquica particular de cada um.

Ribeiro (2009) propõe diferenciar duas diferentes posições frente ao consumo de drogas: como uso enquanto mais um objeto ou *gadget*; e como toxicomania enquanto rompimento com o gozo fálico. Na primeira, o recurso à droga estaria inserido na lógica do desejo como mais-de-gozar enquanto a perda de um gozo que se contabiliza como ganho através da possibilidade de deslizamento de objetos causa de desejo, onde a droga certamente ocuparia um lugar especial e

16No original: “C’est un espace imaginaire permettant de faire entrevoir au sujet ce qu’est une parole qui engage sa responsabilité.”

17 No original: “Le patient va tester cet espace, va y bouger pour y trouver une place, parfois au travers de transgressions qui seront travaillées avec lui, afin de lui permettre d’apercevoir progressivement le côté engageant de sa parole et de celle de l’autre. Ce qui compte dans cet accord, ce sont les marges, les limites, les jeux et transgressions.”

recorrente, mas não de exclusividade. Na segunda, seria visada a recuperação do gozo no nível do gozo do Outro como para além do falo como via de ofuscamento da lei e da castração. Assim, nas toxicomania a função da droga é de objeto causa de gozo fora da regulação fálica.

Partindo destas considerações, importante ressaltar então que, para psicanálise, o fenômeno toxicômano não seria definido por uma apresentação sintomática ou mensurável na realidade. A definição de um sujeito cujo gozo se articula como toxicômano não pode ser reduzida à quantidade objetiva de drogas utilizada. Pelo contrário, é na via da função singular que a droga desempenha na economia psíquica do sujeito que é possível estabelecer tal concepção de toxicomania. Estas considerações nos auxiliam pensar que o recurso à internação não determina o diagnóstico de toxicomania. Lançaremos mão de dois casos clínicos para discutir a função da internação em cada situação.

3.4.1 A instituição a serviço do sintoma

Wilson teve sua primeira internação no SAD um mês após iniciar tratamento no CAPSad. Aos 55 anos, retomou uso de álcool e cocaína após 20 anos de abstinência. Afastou-se do trabalho por auxílio-doença, e chegou à internação por insistência de sua esposa e filhas. Wilson atribui a seu compromisso ao casamento e ao cuidado dos filhos o motivo dos anos abstinência. Voltou a usar drogas quando se deu conta do tempo que perdeu em sua vida: “Já criei os filhos dela, não devo nada a ninguém.” Frente à pergunta se aproveitar é usar drogas, responde: “eu sei que não é a mesma coisa, mas é uma escolha minha. Tudo o que eu tenho é dela [esposa], mas isto não. Eu sou a chacota dela e não quero mais ser”.

Tomou esta decisão após encontro com uma filha que teve fora do casamento com quem a esposa proibiu contato. Ao ser acusado por esta filha na presença do juiz por suas faltas, decidiu “aproveitar a vida.” Refere o uso de drogas aos “mal-entendidos” com a esposa: “Não quero culpar ela por usar drogas, mas uso por causa dela.” Com a internação, percebeu que a esposa realmente o ama e faz inúmeras promessas de melhorias. Sua demanda de internação era para apaziguar a relação com a esposa e justificar seus atos como doença. Para não corroborar com a posição de Wilson, optou-se então por restringir as visitas dos familiares ao passo que algo do mal-estar começou a aparecer nos atendimentos.

Lacan (1962-63/2005) propõe a fantasia como o modo que o neurótico engendra seu objeto e com ele fisga o Outro, implicando-o em sua demanda. O que o neurótico recusa, então, é

o preço a pagar pela demanda do Outro, sua angústia. Assim, o trabalho clínico deve considerar que o “neurótico nos faz uma oferta, em síntese, falaciosa; pois bem, nós a aceitamos. Em vista disso, entramos no jogo por onde ele recorre à demanda. Ele quer que vocês lhe peçam alguma coisa. Como vocês não lhe pedem nada, começa a modular as demandas dele” (*ibid.*, p. 63).

Não corroborar com a demanda de Wilson possibilitou seu endereçamento ao praticante de psicanálise. Em um dos atendimentos que se seguiram esta decisão, oscilando entre a simpatia e a irritabilidade, comete um pequeno ato falho ao queixar-se da restrição e da vontade de usar drogas decorrente desta frustração: “fiquei contrariado e senti impertinência”. Perguntei se fica impertinente quando contrariado e, constrangido, associou à dificuldade para lidar com a irritação, sendo a cocaína seu “único recurso.” No atendimento seguinte, diz: “Doutor, hoje não vou falar nada, sou todo ouvidos”. Respondi que seria bom ele querer ouvir-se e mantive silêncio. Associou então ao fato de que a vivência com a família é “igual a usar drogas” e descreve como “dependência” sua relação com a esposa e filhas.

Deste ponto, remonta à cena em que começou a usar drogas com amigos para curtir até ser flagrado numa praça central da favela, “onde a polícia entra por qualquer lado, mas quem entrou foi minha esposa e fez um escândalo.” Desde então passou a usar “pra valer.” O pedido de internação desdobrou-se na ideia de manter a abstinência para ser “amigo da esposa,” o que interroguei se seria possível homem e mulher ser apenas amigos. A queixa contra a restrição se desloca para o ponto incômodo: “eu gosto de me sentir amado, afinal, fiz tudo errado e são elas que estão me apoiando.” Após esta fala, suspendemos a restrição e a alta foi realizada a partir da interrogação que Wilson se fez em como continuar sua vida se já cumpriu seu papel de pai e marido. Somado a isto, um fenômeno sutil há de ser pontuado. Ao longo da internação, Wilson sempre se referiu à referência no CAPSad como “doutora psicóloga” e a alta foi orientada pelo fato de que junto de tal interrogação, nomeou a psicóloga pelo nome próprio, que foi lido como uma mudança de posição na transferência: esgotou-se a necessidade de acolhimento institucional.

Wilson retornou para outro período de internação quase dois anos depois. Manteve atendimentos regulares no CAPSad e deu continuidade ao desdobramento das questões abertas no primeiro momento. Segundo relato da psicóloga de referência, interrogava-se sobre sua posição de marido e homem oscilando períodos abstinência de drogas mas abuso de benzodiazepínicos em que se anulava subjetivamente para agradar a esposa e períodos de uso

intenso de cocaína como forma de confronto. Em um destes períodos de uso intenso, abandonou o tratamento no CAPSad e deixou de renovar o auxílio-doença. Nesta internação seguinte, relata uso já endereçado à esposa, “para ela ver”.

Consumiu droga quando deveria usar o dinheiro para pagar dívidas: “ninguém me chamou, ninguém ofereceu. Eu quis e acabei não pagando as dívidas.” “Elas encham meus ouvidos... Eu ficava preso em casa, dependente delas. Aí eu ia para rua beber e cheirar.” De fato, sua casa, que faz questão de dizer que construiu com seu esforço e de onde se recusa a sair em caso de separação, tornou-se sua prisão. Wilson criava situações em que usava droga para ser visto pela esposa, de tal forma que ela e as filhas decidiram prendê-lo. Ao mesmo tempo, buscava formas de escapar de casa e usava droga como meio de “fugir da família”. Ao relatar que a esposa tentou expulsá-lo de casa, afirma: “mas a casa é minha e eu me recusei a sair”. Pontua então que ele estava internado naquele momento e encerro o atendimento.

Nos atendimentos seguintes, Wilson associa ao fato de ter de fazer uso de drogas escondido em casa. Aumentou gradativamente a quantidade para sentir mais “adrenalina” de ser pego pela esposa. Neste momento, perde o controle do uso e transforma-se em outra pessoa. A esposa então passa a pedir que volte a ser o que era antes, para Wilson responder, no tratamento, o que não consegue conversar com a esposa: “eu quero a minha liberdade.” Wilson se queixa do controle que a esposa exerce e o que ela o obriga a fazer. Com isto, afirma: “minha esposa é meu alvo.” Justifica que usa drogas por não suportar o controle e não conseguir responder de outra forma, ao mesmo tempo em que deseja parar de usar por causa dela. A internação se apresenta então para Wilson como meio de se “livrar *um pouco* dos problema lá de fora.”

Freud (1915/2013) define a pulsão como um estímulo que não é exterior ao organismo, mas interno a ele próprio, com força sempre constante. Impossível de realizar qualquer fuga eficaz contra as pulsões, o humano se vê sempre impelido a responder às exigências pulsionais. Ao nomear a esposa de alvo, Wilson nos dá uma indicação importante sobre o circuito da pulsão, pois o alvo de toda pulsão “é sempre uma satisfação que só pode ser alcançada pela suspensão do estado de estimulação junto à fonte pulsional” (*id. ibid*, p. 25). Tendo sempre sua satisfação parcial, a pulsão pode percorrer diferentes caminhos para tentar atingir seu objetivo, mas, no caso, a dificuldade do neurótico está em repetir sempre as mesmas modalidades.

Num primeiro momento do circuito da pulção, Freud formula uma tendência sádica, onde a atividade de violência é investida em outra pessoa como objeto. Em seguida, este objeto

externo é abandonado e “com o retorno em direção à própria pessoa, também se realiza a meta ativa da pulsão em uma meta passiva” (*id. ibid.*, p. 37). Por fim, outra pessoa é procurada como objeto para assumir o papel de sujeito. Em sua argumentação, Freud prossegue relatando outros pares de opostos da pulsão: a atividade do olhar para um objeto alheio; o abandono do objeto e o retorno da pulsão para uma parte do próprio corpo como reversão para passividade; por fim, a introdução de um novo sujeito que olha. A particularidade da pulsão escópica que anuncia a generalidade das pulsões seria sua característica autoerótica que se mantém por todo o processo do circuito:

A única afirmação correta a ser feita quanto à pulsão de olhar deveria ser a de que todas as fases de seu desenvolvimento, tanto sua fase preliminar autoerótica quanto sua configuração ativa e passiva final, coexistem lado a lado, e tal suposição se torna evidente se tomamos por base não as ações da pulsão, mas o mecanismo para satisfação (FREUD, 1915/2013, p. 43).

O conceito de narcisismo se faz necessário aqui para tentar responder à primeira dualidade pulsional proposta por Freud - pulsão de Eu e pulsão sexual. O narcisismo seria uma etapa do desenvolvimento psíquico onde as pulsões estariam fusionadas, sendo possível diferenciá-las apenas a partir do investimento objetal, que constituiria a pulsão sexual ou libido. Haveria então um estado autoerótico de indiferenciação entre o indivíduo e o mundo externo:

uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos autoeróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo (FREUD, 1914/2006, p. 84).

A incidência da linguagem promove a secção do objeto de satisfação de tal forma que o Eu extrai de si uma parte que é projetada ao mundo externo, também entendido como fonte de estímulos do qual o organismo necessita responder de alguma maneira, seja pela fuga, seja pela extinção do estímulo. O problema da pulsão seria justamente a impossibilidade de fuga da pressão constante interna e, assim, “mundo externo está para ele dividido entre uma parte prazerosa, que incorporou a si, e um resto que lhe é estranho” (FREUD, 1915/2013, p. 55). A relação do sujeito com o mundo externo implica agora uma ambiguidade, pois a externalização do objeto de satisfação traz consigo certa hostilidade com o objeto exteriorizado. Assim, “o ódio, como relação com um objeto, é mais antigo que o amor; ele brota do repúdio primordial do Eu narcísico perante o mundo externo portador de estímulos” (*id. ibid.*, p. 61).

Lacan propõe uma outra da função da formação do Eu a partir do processo de narcisismo através da indicação valiosa de Freud para considerar a nova ação psíquica constituinte do narcisismo. Ao descrever o processo de separação entre as pulsões do Eu e as pulsões sexuais, Freud ressalta que a escolha dos termos utilizados na língua corrente para tentar explicar o funcionamento das pulsões, tais quais amor e ódio, mostra que tal separação seria efeito da incidência da linguagem sobre o organismo. Afirma Freud (1915/2013, p, 57-9): “A separação entre pulsões do Eu e pulsões sexuais, que impusemos à nossa Psicologia, mostra-se, portanto, em conformidade com o espírito de nossa língua.”

Lacan (1949/1998, p. 97) estabelece a formação do Eu a partir do estágio do espelho, momento crucial da constituição subjetiva definido como uma identificação que produz a transformação do sujeito quando este assume uma imagem, que diz respeito também à construção de um corpo a partir de sua captura pela imagem do outro. Como resposta à prematuração específica do nascimento no homem, do caráter despedaçado de seu corpo, o estágio do espelho é o momento crucial de uma precipitação desta insuficiência para uma antecipação em direção de uma identidade alienada na imagem do outro semelhante:

“É esse momento que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural” (LACAN, 1949/1998, p. 101-2).

O Eu se forma como outro, uma antecipação à imagem do outro que o faz reconhecer-se a partir do olhar do Outro, como Eu. Na relação imaginária, o outro ocupa lugar do ideal do eu como ponto em relação ao qual o sujeito vai estar sempre afastado. O amor é uma via de investimento neste outro como objeto, no sentido de tentar aproximar-se enquanto ideal do eu. Assim, “o ser humano não vê sua forma realizada, total, a miragem de si mesmo, a não ser de fora de si” (LACAN, 1953-54/1986, p. 164). Ao afirmar que entre o Eu e o outro a palavra surge como mediação ao mesmo tempo que implica na realização do outro na própria mediação, Lacan (*ibid.*, p. 161) situa que a relação do sujeito com o outro enquanto ideal do eu se dá ao nível simbólico, ou seja, o sujeito se posiciona em função do simbólico.

Estas considerações são fundamentais para trabalharmos a angústia e a pulsão do olhar. No esquema ótico do espelho (LACAN, 1964/2008), fica evidente que a imagem não recobre por completo o real, ou ainda, o real da imagem do outro é na verdade vazio. A respeito da pulsão do

olhar, Freud (1915/2013, p. 47) afirma que “o objeto da pulsão de olhar, embora, em princípio, seja também parte do próprio corpo, não é propriamente o olho.” No circuito proposto por Freud e revisitado por Lacan onde tem-se ver (voz ativa), ver-se (voz reflexiva) e fazer-se ver (voz passiva), há este circuito de montagem da pulsão que enlaça o sujeito ao Outro e tenta extrair do campo do Outro o objeto que causará o desejo. A operação da castração simbólica aqui é capital, pois no que não há este objeto no corpo, este vazio é recoberto com o falo: “O olhar só se nos apresenta na forma de uma estranha contingência, simbólica do que encontramos no horizonte e como ponto de chegada de nossa experiência, isto é, a falta constitutiva da angústia de castração” (LACAN, 1964/2008, p. 76).

O circuito da pulsão, nas neuroses, está diretamente imbricado com a fantasia, na consideração de que a castração remete sempre ao Outro. A construção por Freud do conceito de pulsão está associada ao acesso à fantasia do neurótico pela via do sintoma, sendo a fantasia então um engodo, uma roupagem para a pulsão (LACAN, 1962-63/2005). Por isto, Jorge (2012, p. 38) entende a fantasia como uma “prisão domiciliar,” ao mesmo tempo em que confere ao sujeito alguma liberdade em relação ao objeto, é uma construção que o restringe a certos limites. É válido retomar a mudança de Freud no diz respeito às pulsões que o levou a estabelecer um masoquismo primário. Na dualidade pulsão do Eu e libido, haveria um sadismo primeiro e sua reversão ao masoquismo. A constatação de um resto pulsional que não é totalmente investido no objeto exteriorizado em uma tendência permanente de apaziguamento radical fez com que Freud repensasse o próprio estatuto do masoquismo, isto é, a partir do caráter autoerótico anterior ao narcisismo. Assim, a pulsão de morte

operante no organismo - sadismo primário - é idêntico ao masoquismo. Após sua parte principal se transporta para fora, para os objetos, dentro resta como um resíduo seu masoquismo erógeno propriamente dito que, por um lado, se tornou componente da libido e, por outro, ainda tem seu eu (*self*) como seu objeto. Esse masoquismo seria assim prova e remanescente da fase de desenvolvimento em que a coalescência (tão importante para a vida) entre o instinto de morte e Eros se efetuou (FREUD, 1924a/2006, p. 182).

As mudanças teóricas tiveram consequências clínicas. A ideia de um masoquismo primário possibilitou situar as fantasias neuróticas a partir de um novo referencial. Nos homens, Freud localiza o masoquismo a partir da impotência “cujas fantasias se concluem por um ato de masturbação ou representam uma satisfação sexual em si próprias” (*id. ibid.*, p. 179). As fantasias masoquistas colocam em cena o desejo ser tratado como uma criança pequena e desamparada, em suma, uma criança travessa que apela à castração. Freud aproxima ser castrado

de ser cegado, o que reforça a articulação da pulsão do olhar com a dimensão fálica. Ele segue afirmando que ser “castrado - ou ser cegado, que o representa - com frequência deixa um traço negativo de si próprio nas fantasias, na condição de que nenhum dano deve ocorrer precisamente aos órgãos genitais ou aos olhos” (*id. ibid.*, p, 180).

A castração é incluída e articulada pelas fantasias masoquistas, onde o sujeito se oferece como objeto do outro da relação imaginária como suporte para sua relação com Outro. Dito isto, considera-se o que Lacan localizou a angústia como o ponto situado no nível do Outro enquanto corpo da mãe, ou seja, remetendo a um tempo da expectativa de um gozo pleno, impossível, mas articulado pela fantasia. É na medida em que se oferta deste lugar, o sujeito tenta escamotear o objeto *a* enquanto causa do desejo para responder à falta do Outro e, assim, idealizá-lo:

O ponto de angústia fica no nível do Outro, do corpo da mãe. O funcionamento do desejo - isto é, da fantasia, da vacilação que une estreitamente o sujeito ao *a*, daquilo pelo qual o sujeito se descobre suspenso, identificado com esse resto *a* - está sempre elidido, oculto, subjacente a qualquer relação do sujeito com tal ou qual objeto (LACAN, 1962-63/2005, p. 260).

Na neurose obsessiva, a falta vivida como impossível promove uma relação ao Outro que busca anular o que é da ordem do desejo ao engendrar uma demanda do Outro (VANIER, 2005):

Ora, do lado escópico, o que está em jogo não é tanto o nível do desejo do Outro, que interessa a voz, mas sim o ‘desejo ao Outro,’ como ponto de aspiração ao mesmo tempo procurado e temido. Ele testemunha o poder de captura da imagem do corpo. Trata-se de construir este Outro no olhar, Outro que ele deve fazer gozar. (...) Com efeito, sob o olhar deste Outro, o obsessivo vai realizar os feitos com os quais rivaliza com o falo imaginário. Mas, ele precisará recomeçar incansavelmente, pois ele é inevitavelmente despossuído do gozo esperado, que é imediatamente transferido à conta do Outro (VANIER, 2005., p. 80, tradução nossa).¹⁸

Wilson sabe operar muito bem essa demanda. Ao longo de todos os anos de abstinência das drogas em que buscou ser bom pai e marido, que acata a todos os desmandos da mulher, cumpriu seu papel apesar do descontentamento. Com a proximidade da aposentadoria e a interrogação sobre sua função de pai e marido, responde de maneira reativa à pergunta: “o que ela espera de mim? Cuidei dos filhos dela. Construí meu imperiozinho, mas nunca basta!” Por muito tempo, Wilson se esforçou em realizar o que supunha ser o desejo insatisfeito de sua

18 No original: “Or, sur le versant scopique, ce qui est en jeu n’est pas tellement le niveau du désir de l’Autre, qui intéresse plutôt la voix, mais plutôt celui du « désir à l’Autre », comme point d’aspiration à la fois quêté et redouté. Il témoigne de la puissance de captation de l’image du corps. Il va s’agir de construire cet Autre dans le regard, l’Autre qu’il faut faire jouir. (...) En effet, sous le regard de cet Autre, l’obsessionnel va accomplir les exploits par lesquels il rivalise avec le phallus imaginaire. Mais il lui faut inlassablement recommencer, parce qu’il est inévitablement dépossédé de la jouissance attendue, qui est aussitôt virée au compte de l’Autre.”

esposa. Isto se arranja bem até ser confrontado com a necessidade de assumir outra posição em relação a sua masculinidade. A droga veio como tentativa de resposta ao mesmo tempo em que serviu de disparador para produzir demanda de sua esposa: volte a ser o que era. A convocação do lugar de ideal do eu em sua matriz simbólica assume os contornos da imposição do eu ideal, uma das facetas do Supereu que tem na interiorização da voz sua composição de baliza para a comparação do Eu sempre deficitário frente ao ideal. O problema passou a ser: “a voz dela me irritava. Ela falava para meu bem, mas a voz dela me irritava e eu ia usar mais droga”.

O circuito que Wilson construiu para si não se fecha apenas no fazer-se ser visto, inclui aí a queixa da esposa e encontra uma saída para uma autorrecriação. Freud (1924a) nos lembra que mesmo o masoquismo moral, que num primeiro momento foi desassociado da sexualidade, na verdade, tem seu fundo sexual se considerada a culpa decorrente das experiências de masturbação, sendo mais próximo de sua apreensão autoerótica do que narcísica. A ideia de masoquismo remete ao gozo, que pode ser definido nas próprias palavras de Freud (1915, p. 37) como mudança na relação entre prazer e dor, no sentido de que “também as sensações dolorosas, bem como as de desprazer, alcançam a excitação sexual e produzem um estado prazeroso, podendo-se, por isso, aceitar de bom grado o desprazer da dor” (*id. ibid.*, p. 37). De certa forma, a droga se torna o substituto da masturbação enquanto satisfação autoerótica. Atenta-se ainda para o fato de que a voz traz à cena as injunções superegóicas que incitam ao gozo impossível de ser atingido, de modo que no masoquismo moral a

(...) satisfação desse sentimento inconsciente de culpa é talvez o mais poderoso bastião do indivíduo no lucro (geralmente composto) que afeita da doença - na soma de forças que lutam contra o restabelecimento e se recusam a ceder seu estado de enfermidade. O sofrimento acarretado pelas neuroses é exatamente o fator que as torna valiosas para a tendência masoquista (FREUD, 1924a/2006, p. 183).

As exigências do Supereu são múltiplas e compreendem desde o sentimento de culpa, passando pelos fracassos e doenças, até as compulsões rituais. A inibição, a angústia e o sintoma na neurose obsessiva atuam de modo a manter o desejo como impossível, entregue a um trabalho constante de eleger um mestre e esperar sua alforria com sua morte. Localiza no campo do Outro o gozo prometido ao qual evita até um dia, enfim, ver-se autorizado a obtê-lo. O problema é que há um impossível de tudo evitar ou controlar e o corpo se apresenta como lugar de gozo que escapa aos atos obsessivos (COPPUS & BASTOS, 2012). O corpo, na neurose obsessiva, o corpo idealizado reclama um sacrifício que configura como a estrutura própria do obsessivo. Assim, o obsessivo não se toma pelo senhor a não ser pela via de fugir da morte:

O obsessivo é esperto o bastante para tomar o lugar do próprio pequeno *a*, que, de qualquer modo, sempre subsiste no benefício da luta. Haja o que houver, o mais-de-gozar está sempre presente. Mas é preciso saber para quem. O mais-de-gozar é o verdadeiro montante da aposta (...). É aí que o obsessivo procura seu lugar no Outro. E o encontra, pois é no nível do Outro que, nessa gênese ética, o *a* se situa. É assim que isso se forja (LACAN, 1968-69/2008, p. 360).

É do gozo que o obsessivo tenta escapar. E dentre todas as suas estratégias clássicas, a saída pela doença é bastante eficaz. Esta mortificação aproxima a flagelação de uma prática erótica que toma o corpo como objeto de gozo, de tal modo “expressões da angústia no corpo, autoagressões, mordidas, arranhões, bater a cabeça na parede, são maneiras de visualizarmos a mortificação através da introdução da flagelação no corpo” (COPPUS & BASTOS, 2012 p. 121).

O modo como Wilson se oferece ao Outro aponta para a função da droga em sua economia psíquica: meio de evitação da angústia, o consumo excessivo não se apresenta como um rompimento, pelo contrário, está incluído nas produções fantasísticas do sujeito e servem como meio para atingir o sacrifício ao nível do corpo necessário para estas produções. Seu corpo sujo e debilitado é o que convoca a resposta do outro, que se dispõe a cuidar e proteger. Como um *a mais*, Wilson se agarra ao saber produzido pelo Outro e faz uso do termo doente que a prática de intoxicação carrega consigo. A droga se apresenta como importante recurso na resolução de sua divisão subjetiva: evitando ter de responder qual seu papel de homem frente ao trabalho e marido para a esposa, cai doente com uma doença com um ganho, um gozo a mais.

A direção de tratamento na internação deve ser construída no próprio processo de construção da demanda. O pedido da família, do Outro social e do sujeito é que a instituição responda do seu lugar de cuidado: cuidar do corpo fragilizado, acolher o cidadão em risco e apaziguar as relações intersubjetivas. O trabalho clínico na instituição deve ter por norte ético a dimensão do gozo que subjaz a própria demanda, caso contrário, corre o risco de estar a serviço da produção sintomática encerrando ainda mais o sujeito nisso onde ele vai mal. Enfim,

(...) a única justificativa para alguém fazer uma análise é que se dê um trabalho, um mal de cão para gozar. Portanto, a psicanálise não procura curar, eliminar doenças, ela lida com soluções - os sintomas -, as quais decerto são penosas para o sujeito, lhe dão um trabalho de cão, mas para gozar. Por isto, como Freud logo descobriu, o sujeito não quer se livrar do sintoma, mas talvez possa inventar outra maneira de lidar com o gozo que este envolve, gozo por vezes mortífero” (VIDAL, 2014, p. 36).

3.4.2 Passagem ao ato e *acting out* na instituição

Lucas inciou uso de crack aos 14 anos e rapidamente passou a fazer uso muito intenso associado a comportamento de risco. Já fazia parte do tráfico desde os 12 anos: “comecei antes de usar

drogas.” Teve sua primeira internação após ser expulso do tráfico e por “dar voltar nos outros usuários” - o que contraria as regras da boca de fumo. Durante muitos anos foi acompanhado pela ERIJAD¹⁹, equipe intersetorial que trabalha na construção do caso clínico junto das instituições de cuidado da Assistência Social e da Saúde. Uma característica de Lucas era estar sempre sendo falado e aguardado, mas dificilmente encontrado.

Até os dezoito anos, circulou pelas diferentes facções do tráfico da região onde mora, o que o fez ser ameaçado de morte em todas as comunidades. Para sustentar o uso de crack passou a cometer “roubos na pista” a convite de amigo que também havia sido expulso do tráfico. Afirma então: “tomei vício de roubar.” De fato, o que Lucas estabelece como vício é o “vício da adrenalina.” Comete furtos onde sabe ser proibido por ser mais arriscado: “aí eu não sei o que fazer com o dinheiro e compro droga.”

De partida, neste caso, atentamos para um ponto importante: a dimensão do silêncio das drogas. Salamane (2014, p. 23-4) afirma que “há algo do silêncio que se joga a este nível e resulta estrutural porque o sujeito pode, a partir da droga, silenciar certa problemática de uma maneira tão contundente, tão radical, que faz com que, por muito tempo, até mesmo na psicanálise, não se falou o suficiente destas questões.²⁰” O consumo de drogas pode então ser uma tentativa de livrar-se do intolerável que assola o sujeito em seus atos. O retorno do recalcado, muitas vezes barulhento no sintoma, é silenciado pela intoxicação: ao não saber o que fazer com o dinheiro que vem à reboque do roubo, Lucas busca na droga uma saída.

No plano dos discursos, vemos também operar outra lógica que a de um consumo regulado pelo mercado. Ao invés de tomar o dinheiro em seu valor simbólico e fazer uso metafórico dele ao adquirir mercadorias que dialogam com um ideal de moda e meio de identificação entre os outros - como seus amigos fazem, comprar roupas e tênis cobiçados das vitrines, para competir uns com os outros e conquistar as meninas -, o sujeito no Discurso do Capitalista não encontra no Outro sua ancoragem para supor o valor monetário ou valor de reconhecimento. Não inserido na lógica fálica, o dinheiro não serve como meio de troca nem mesmo como algo que falte: é equivalente direto do objeto causa de gozo e precisa ser

19 Equipe de Referência Infantojuvenil para Ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas. Invenção instituída por uma portaria intersetorial Saúde-Assistência Social do município de Niterói (NICODEMOS, 2013).

20 No original: “hay algo del silencio que se juega a ese nivel y resulta estructural porque el sujeto puede, a partir de la droga, acallar cierta problemática de una manera tan contundente, tan radical, que hace que, por mucho tiempo, incluso en el psicoanálisis mismo, no se haya hablado demasiado de estas cuestiones.”

consumido ao limite. Como Lucas afirma em outro momento: “quando eu roubo me sinto o fodão, mas com o dinheiro na mão fico fraco, uso a droga e tenho que roubar mais.”

A demanda de internação por parte da família tem a ver com proteção necessária para não ser morto. Para Lucas, devido sua entrada à vida adulta não quer mais roubar ou trabalhar no tráfico por medo de ser preso. Faz pedido de ajuda para tirar a carteira de trabalho e outros documentos: “é o meu maior sonho trabalhar de carteira assinada.” O trabalho é um valor transmitido pela mãe e que todos os irmãos conseguiram sustentar, menos ele. “A identidade já tá pronta há 5 meses, mas só lembrei depois que fumei maconha. Cheguei lá doidão, meti o caô [mentiu] e consegui pegar.” Pontua a associação entre maconha e identidade e ele responde: “mas não posso usar maconha não, senão já to no *crack*,” isto é, está em constante risco.

O momento de chegada na internação é um ponto de parada para uma circulação sempre perigosa nos últimos 4 anos: prisão - dois meses em casa - seis meses em CT e dois meses de abstinência até voltar a cometer roubos e usar *crack*. Relata que fazia “muita merda” nestas instituições ao passo de não ser escutado. Cabe aqui apontar duas considerações que Freud faz sobre o silêncio. Freud (1913c/2010, p. 308) retrata o silêncio da mudez como signo da morte que pode ser encontrada em diversas produções que não só no sonho ou na literatura. De outra forma, tais produções são respostas ao homem frente o impossível de simbolização da morte, pois o homem

(...) também ele é um pedaço da natureza, e, por isso, sujeito à inalterável lei da morte. Algo no homem tinha de rebelar-se contra essa sujeição, pois apenas muito a contragosto ele renuncia à sua posição privilegiada. Sabemos que o homem usa sua atividade imaginativa para a satisfação dos seus desejos que a realidade não satisfaz (FREUD, 1923C/2010, p. 313).

A outra referência de Freud (1930/2012) ao silêncio pode ser localizada no *Mal-estar na civilização* descreve os fenômenos vinculados às pulsões. Neste contexto, associa a compulsão à repetição ao caráter conservador da pulsão em contrapartida de uma tendência ao retorno ao estado primordial inorgânico. Enquanto as “manifestações de Eros eram suficientemente visíveis e ruidosas, era de supor que o instinto de morte trabalhasse silenciosamente no interior do ser vivo” (*id. ibid.*, p. 86). Se aproximarmos estas duas passagens, podemos afirmar que a presença da pulsão de morte que atua no silêncio encontra sua resistência nas produções de fantasia, de onde infere-se que a fantasia é um modo produzir contorno para a pulsão, fazendo-a sair da mudez enquanto ausência de palavra. Há na pulsão de morte um silêncio inerente do impossível de ser dito - um não há palavras; enquanto na mudez, o silêncio é articulado pela linguagem mas

encontra o ponto de impossível do real em que perde-se a palavra e o que pode-se tentar é falar de outra forma. Portanto, como Freud (*ibid.*, p. 89) aponta em nota de rodapé, “em toda manifestação pulsional há libido, mas nem tudo nela é libido.” Um dos problemas postos pelas toxicomanias é o lugar que a dimensão deste resto assume, onde a possibilidade de acessar um gozo que rompe com a fantasia é justamente reforçar a ação silenciosa da pulsão de morte.

A chegada de Lucas à internação foi um trabalho de construção. O acompanhamento intersetorial, a disponibilidade da psicóloga da ERIJAD junto da equipe do CAPSad em discutir o caso e fazer sua palavra circular pelas instituições que compõem a rede possibilitou sua chegada a partir de um pedido próprio. Esta construção marca uma diferença para as passagens nas demais instituições de restrição de liberdade que Lucas era levado sempre na urgência em nome de proteção: em todas elas, o que fazia era merda. O tempo da internação no SAD visava incidir sobre esta mudez barulhenta do caso, sempre em proximidade à morte.

Logo em sua chegada, no convite à palavra, pergunta-se por que sempre sente sono quando se encontra com praticante de psicanálise: “não é sono de verdade, nem o remédio, é estranho.” Associa então à antiga psicóloga da ERIJAD: “sem desmerecer o senhor, mas igual a ela não tem. Foram 4 anos juntos.” Reconhecer o lugar oferecido pelo sujeito permitiu o manejo pela palavra. Ao invés de fazer-se em ato, Lucas descrevia com detalhes seus atos nas instituições para então concluir: “a diferença do SAD para prisão é que aqui eu sou ouvido.” Ao tratar da questão da agressividade em psicanálise, Lacan (1948/1998) afirma que no processo analítico voz do sujeito é

(...) a única a se fazer ouvir, por um tempo cuja duração fica a critério do analista. Particularmente, logo lhe fica patente, e aliás, confirmada, a abstenção do analista em lhe responder em qualquer plano de conselho ou projeto. Há nisso um limite que parece ir ao encontro do fim desejado e que deve justificar-se por algum motivo profundo (LACAN, 1948/1998, p. 109).

A dimensão do Outro como alteridade se articula para além do outro da relação imaginária. Fundamental no processo de constituição subjetiva, a dimensão imaginária e especular na relação do Eu ao outro tem por base a agressividade, de modo que a “eficácia dessa intenção agressiva é manifesta: nós a constatamos frequentemente na ação formadora de um indivíduo sobre as pessoas de sua dependência: a agressividade intencional corrói, mina, desagrega; ela castra, ela conduz à morte” (*id. ibid.* p. 107). Estas considerações são importantes para pensar o endereçamento que Lucas pode fazer ao praticante de psicanálise. Mantendo a

primeira psicóloga de referência no plano do ideal, Lucas não rivalizou como fez com os demais membros da equipe, em especial os homens, e pode fazer dos atendimentos um lugar de articulação de sua raiva pela palavra. Da mesma forma, era onde suas atuações podiam ser interrogadas e elaboradas discursivamente. Assim, quando há fala, há endereçamento ao Outro:

Mostraremos que não há fala sem resposta, mesmo que depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte, e que é esse o cerne de sua função na análise. Mas, se o psicanalista ignorar que é isso que se dá na função da fala, só fará experimentar mais fortemente seu apelo, e, se é o vazio que nela se faz ouvir inicialmente, é em si mesmo que ele o experimentará, e é para além da fala que irá buscar uma realidade que preencha esse vazio (LACAN, 1953/1998, p.249).

Lucas localiza sua inserção no tráfico anterior ao uso de drogas. De fato, explica que gostava de ver traficantes com “arma na mão, dinheiro e mulher, muita mulher.” Relata cena em que aos 10 anos pediu para segurar uma arma: “Não deixaram e eu cresci querendo segurar uma arma até ver meu pai agredir minha mãe e procurar o tráfico. Aí foi meu erro. Eu vi que a arma, o dinheiro e as mulheres eram do dono do morro.” Esta fala articula dois pontos importantes: o pai que agride a mãe e a constatação de que algo estava interdito. Lucas atribui ao pai a responsabilidade pelo uso de drogas e pela vinculação ao tráfico. O uso de drogas se tornou um problema quando seu pai rasgou sua certidão de nascimento na primeira vez que os traficantes o ameaçaram de morte. “Depois houve um boato de que tinha morrido e ele correu para tirar minha certidão para me enterrar logo.” Lembra que pai disse aos traficantes que poderiam matá-lo, mas eles o colocaram de “castigo.” Diz: “meu pai deveria dito que ia resolver e não mandar os traficantes resolverem. Ele tinha de ter sido meu pai.”

Freud (1913a/2006) propõe pensar a civilização humana a partir do ato de violência inaugural do assassinato do pai da horda primeva, conforme indicamos no capítulo anterior. A dimensão mítica do pai da horda retorna no campo subjetivo pelo Complexo de Édipo ainda que não seja mera experiência individual (FREUD, 1924b/2006, p. 193), onde, resumidamente, o menino se vê confrontado com o desejo de fusão ao corpo materno, sendo impedido de realizar seu desejo pelo pai, que se torna objeto de ódio.

O complexo de Édipo encontra sua destruição com a ameaça de castração e a formação do Supereu, mas o golpe certo é o do recalque, que, como ato falho, restringe o complexo mas promove sua persistência em estado inconsciente que manifesta-se na produção sintomática. Ao tratar da destruição deste complexo, Freud (1924b/2006) desloca o valor dado anteriormente à figura do pai à ameaça de castração. Se anteriormente o pai encarnava a figura terrível do

castrador, ele próprio na verdade é um pai já castrado, ou seja, também submetido e marcado por uma lei, que é a qual transmite ao sujeito. O pai da horda insiste na dinâmica psíquica sob a forma do Supereu e sua injunção ao gozo. Não tanto é o pai da realidade que se constitui como Supereu e, sim, a transmissão do próprio Supereu dos pais (FREUD, 1930/2012).

Para Lacan (1971/2009), há um embaraço de Freud ao tentar articular o complexo de Édipo como algo universal e singular. Sua dificuldade residira no fato de que por mais que a função do pai seja algo generalizável, ela não pode ser universal. No próprio percurso de Lacan há uma mudança no alcance do Nome-do-pai, que num primeiro momento era a garantia do falo, mas posteriormente se reduz a qualquer nome. A pluralização dos nomes-do-pai aponta menos para a universalidade de um significante e mais para a particularidade do desejo de um homem por uma mulher. Assim,

(...) se escrevi em algum lugar que o Nome-do-pai é o falo (...), foi porque, na época, não podia articulá-lo melhor. O certo é que ele é o falo, sem dúvida, mas é também o Nome-do-pai. O chamado Pai, o Nome-do-Pai, se esse é um nome que tem eficácia, é precisamente porque alguém se levanta para responder” (LACAN, p. 1971/2009, p. 161).

Durante o tratamento, Lucas fala das “merdas” que faz, inclusive na instituição. Associa à raiva contra pai e deseja que o tratamento possa mediar a relação ambivalente entre os dois. Reconhece alguma regulação da droga a partir da autoridade paterna conforme afirma: “ele me proibia de entrar em casa depois da meia noite... Tá certo. É a casa dele.” Em alguma medida, Lucas chama o pai e reconhece sua resposta. Mas, ao mesmo tempo, implica o pai na responsabilidade por seu vício: iniciou o uso de maconha ao roubar dele a droga. Enquanto sua mãe trabalhava, seu pai, desempregado na época, fumava a erva diariamente. Diz sobre a primeira experiência com a droga: “deu muita onda, a maior onda. Fiquei com medo de voltar para casa e ele perceber.” Associa então ao pai como violento, que agride os filhos enquanto a mãe não está em casa. Posteriormente associa ainda a outra cena em que o pai agride a mãe e Lucas vai direto para o tráfico: “Peguei arma puxei para meu pai... Ele pegou facão e gritou que preferia ter filho veado que bandido.” Repete a frase que ouviu: “Você não é meu filho.”

A função do pai desde Freud no mito científico se sustenta enquanto exceção à regra: pela existência de *ao menos um* não submetido à castração. É a exceção então que funda a regra ao situar sua existência em relação à inexistência. Infere-se que esse pai que goza sem limites existe como função lógica ao negar a castração e institui assim a organização fálica e a própria lei. Como indica Lacan (1972/2012, p. 35) “é a partir desse existe um, é com referência a essa

exceção, que todos os outros podem funcionar.” O gozo pleno impossível dá lugar ao gozo fálico enquanto limitado, de tal forma que a ameaça da castração, longe de ser apenas negativa, positiva a possibilidade de algum gozo. A ameaça de castração por este ser ideal ao mesmo tempo que exerce sua função de impor um limite, oferta a ilusão de reencontrá-la em outro lugar. Com o gozo fálico e o limite imposto pela castração, o objeto interdito se torna causa do desejo ao redor do qual a fantasia se constrói na tentativa de circunscrevê-lo. A fantasia como resposta à incompletude do Outro só é possível como uma ficção na esforço de encadear o ponto enigmático do desejo do Outro, que será sempre enigmático por não haver no simbólico a palavra derradeira que produza o sentido último.

O problema com Lucas é que no momento em que chama o pai a responder, encontra sua recusa ou um apontamento em direção à morte. Dado curioso é que cabe ao tráfico realizar o que seria a função de um pai: dar um castigo, para punir e proteger. Frente a dificuldade do pai em reconhecê-lo como filho, Lucas se entrega de forma mortífera ao uso de drogas e as consequências decorrentes.

Guerra e Neto (2012) propuseram pensar a função do pai no contexto de uma pesquisa sobre a violência nas favelas de um centro urbano. O que de comum encontraram no discurso dos jovens foi a ausência do pai ou um endereçamento odioso, de um pai falho. No contexto daquela pesquisa em que visava pensar os fenômenos que envolvem a criminalidade e a lei - o que passa necessariamente pelo tráfico e às vezes pela droga, pois que no contexto político atual são produzidos pela interdição arbitrária da lei jurídica cuja consequência é a organização de espaços sociais a partir deste lugar de exceção como fora da lei, como já indicamos no capítulo II. Com isto,

(...) a função do pai não diz respeito (apenas) à ausência que garante a permutação dos lugares e o conseqüente arranjo significante que ordena a civilização. A função do pai escreve o furo que, para todos, indica a necessidade de uma suplência (sinthomática). Esse furo exige um tratamento que pode se dar sobre diferentes modalidades, dentre elas pelo pai. Assim, o pai se desloca do lugar de causa precipitante do laço via linguagem para o de um de seus tratamentos possíveis. Se o pai é um dos elementos que tratam o furo no Outro no campo subjetivo, a guerra instalada pelo tráfico opera outra forma de tratamento no campo sociopolítico, respondendo aos imperativos do capital (GUERRA; NETO, 2012, p. 496).

Não há, neste caso, ausência ou falência do pai, mas um pai que se apresenta de modo muito particular. Após as agressões, Lucas relata que o pai tentou conversar, mas é ele quem foge. Sem saber como se posicionar, o jovem reconhece a vacilação do pai, ainda que não seja um bom pai, não é todo ruim. Reinsere o trabalho em seu discurso como uma via de “jogar na cara do

pai” que também pode mudar, já que o pai deixou de usar maconha e faz uso recreativo de álcool, na leitura de Lucas, por trabalhar. Desloca o significante trabalho que antes dizia respeito apenas à mãe. Lembrando que o pai precisa se fazer exceção para instituir a norma (LACAN, 1972/2012), sua função será exercida a partir desta exceção como sua maneira particular de gozar. Um pai opera com sua própria versão quando faz de uma mulher seu objeto *a* causa de seu desejo. O que se abre para Lucas é um enigma: a mãe, por sua vez, entre pai e filho, “joga na cara” deste que nunca parou de beber porque ele nunca parou de usar drogas.

O fim da primeira internação foi feito quando, no retorno de uma licença para casa, Lucas relata encontro com o pai e a tentativa de construção de algum laço. Esboçou fazer um pedido de desculpas, sem que ele próprio tivesse clareza se conseguiria desculpar o pai. “Eu disse que queria pedir um favor, mas na verdade era desculpas,” afirma em atendimento. Alguns meses mais tarde, Lucas retornou ao SAD por indicação do CAPSad a partir de seu pedido. Estava em abuso de *crack*, com comportamento de risco e ameaçado de morte por traficantes e policiais - ou seja, não havia um lugar no território em que não estivesse ameaçado. Afirma que a internação “deu certo até eu brigar com meu pai.” Voltou a usar a droga algumas semanas depois da alta, mas circunscrita num registro de prazer e sociabilidade com amigos. O uso se tornou problemático quando assistiu o pai alcoolizado agredir a mãe também alcoolizada: “aí eu caí pra dentro.” Após agressão, o pai rasgou seus documentos: “Não tem mais jeito! Ele rasgou meus documentos, me chamou de bandidinho de merda!”

Lucas responde então com a intensificação do uso da droga: “daí vou direto usar *crack* pensando no que aconteceu.” Enquanto na primeira internação conseguia falar das merdas que fazia, na segunda, atuava de modo intenso. Demonstrava sua raiva, provocava os profissionais e demais pacientes. Ao invés de expulsá-lo como optaram outras instituições ou a comunidade, o que os membros da equipe faziam era interrogá-lo. Desdobrava seus atos nos atendimentos: “Nunca baixei a cabeça pro meu pai. Eu estava usando muito crack para esquecer de tudo isto, esquecer o meu pai.” Com o *crack* não consegue não fazer merda: “dá vontade de usar mais e mais... enfim”. Interrogo se é em fim e Lucas responde, depois de um longo silêncio, que é sempre sua mãe que o salva dos problemas que cria e seria este o motivo de seu pai não gostar dele. Diz ser o filho “sempre errado.”

Até este momento, os atendimentos giravam sempre ao redor das agressões do pai e ao pai. As associações de Lucas passaram a incluir o que diz respeito ao modo como se localiza no

desejo do Outro materno. Ao reclamar de ouvir que está sempre errado afirma: “eu não sei ouvir... para não debater eu meto o pé.” Associa ao atendimento realizado na presença da mãe em que falou tudo o que queria “mas não queria ouvir o que ela falou.” O que sua mãe quis saber era justamente o motivo de Lucas fazer tanta merda. Lucas cria a expectativa de que a mãe sustente certo pacto contra o pai, como ela já fez em alguns momentos em que o enganava para protegê-lo. Nestes momentos, Lucas “internava-se” em casa fazendo uso de *crack* ao invés de ir para rua. Mas, isto não se sustentava, já que ao ouvir da mãe que “não tinha mais jeito” voltava para pista, ou seja, a roubar e drogar-se.

Lucas segue o trabalho de associação até relatar cena em que agrediu uma menina durante um assalto para usar *crack*. Após o efeito da droga, sentiu culpa e arrependimento: “imagina se fosse com minha mãe.” Encerrei a sessão. No atendimento seguinte conta que mataria se alguém fizesse algum mal a sua a mãe e relata ser capaz de matar, já tendo matado “sem medo e sem vacilo.” Interrogado, responde que a única situação em que vacilou foi quando ameaçou o pai após agressão contra a mãe. Deu tiro para o alto por não conseguir atirar nele. O sujeito comparece onde claudica, onde vacila, pois a verdade que o move não é totalmente apreensível. A posição do sujeito frente ao pai não ignora que o “pai, o Nome-do-Pai, sustenta a estrutura do desejo com a da lei - mas a herança do pai (...) é seu pecado” (LACAN, 1964, p. 41).

Deparou-se então com um ponto de opacidade e intensa angústia. É neste ponto que Lucas atribui a importância da internação e afirma que só neste espaço protegido consegue falar sobre isto. Podemos inferir a função da instituição como suporte da instância fálica que falha no caso, isto é, no ponto enigmático do desejo do Outro materno, a demanda de internação produz um outro lugar de possibilidade diferente do uso abusivo de drogas associado aos roubos. A apreensão da fala materna de que só fazia merda e sua leitura de ser o filho sempre errado aponta para posição de Lucas em responder a demanda do Outro em ato, quando este arranjo falha, a instituição pode ser tomada como uma possibilidade de corte com este gozo mortífero.

Imediatamente atribui ao tratamento o poder de fortalecer-se: “pode vir bala, bomba e briga que nada me abala.” O que o abala é a briga com o pai “quando ele vier brigar comigo tenho que achar outro refúgio [que não a droga]”, que seria a igreja e o CAPS. O uso de drogas é interrogado: “eu fico pensando se é falta no meu organismo que me levou a brigar com meu pai para usar a droga ou se foi a briga que me deu a vontade.” Frente esta questão, tenta responder com a promessa feita à família de parar de usar drogas. Desiste de fumar maconha como

estratégia de usar *crack* e deseja entrar para a igreja como seu primo, ex-usuário de drogas e redutor de danos. Nestas promessas, comete um ato falho: “a redução de dola [maconha], de danos, diz que é possível...” Aponto o equívoco e Lucas nega constrangido. Em seguida, associa vontade de usar droga quando “lembrava de casa, quando eu comia na casa de cima, descia na debaixo para fumar zirrê [*crack* com maconha] depois ia pra pista roubar.” Interrogo, casa de baixo? “Tá maluco? Eu não disse isso. Lá é a casa do meu pai eu não posso nem entrar.”

Neste ponto do tratamento, ocorre uma atuação. Lucas consegue levar para dentro da enfermaria pequena quantidade de maconha, a qual compartilha com outros pacientes. Quando interrogado por seu ato diz: “Eu não sei, deu na cabeça e não resisti.” Lacan (1962-63/2005, p. 129) afirma que, a partir da fórmula na fantasia, na passagem ao ato o sujeito aparece apagado ao máximo pela barra, ou seja, o corte feito pelo significante que introduz o sujeito em uma relação de impossibilidade com o objeto, produz também a angústia. Seria então o momento de maior embaraço do sujeito que do lugar onde se encontra, “do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito -, ele se precipita e despenca fora da cena.” Colocado no lugar de objeto, o sujeito cai. A cena aqui faz referência a divisão entre o mundo como real de um lado e, do outro, a cena do Outro, onde o sujeito precisa assumir um lugar como portador de fala, mas que só pode ser assumida numa estrutura de ficção. Lacan (*ibid.*, p. 137) prossegue definindo então o *acting out* como algo que se mostra na conduta do sujeito orientada para o Outro.

O que nos interessa demonstrar então é de que maneira uma passagem ao ato, ou se não tanto, um agir pode indicar um caminho a percorrer no caso. Lacan (*ibid.*, p. 88) já havia indicado que “agir é arrancar da angústia a própria certeza” e, ainda, é “efetuar uma transferência de angústia.” Com isto, podemos registrar o ato de Lucas como um *acting out* na medida em que é feito na presença do Outro institucional que pode registrá-lo como tal. O *acting out*, ao contrário do sintoma que se satisfaz em si mesmo como um modo de gozo, “clama pela interpretação” (*ibid.*, p. 140). O sintoma é passível de ser interpretado quando a transferência se estabelece e o *acting out* é o começo da transferência, uma “transferência selvagem” (*id. ibid.*).

Desta maneira, a atuação não se reduz a um comportamento transgressor que deve ser tratado pela repressão muitas vezes fundamentada em regulamentos internos à própria instituição. Quando a angústia assume a cena, a atuação é uma forma de evitá-la. Cabe ressaltar que a angústia é um modo de comunicação comum ao sujeito e ao Outro. A resposta institucional

burocrática - como a expulsão por alta administrativa - recai como mentira: o Outro institucional responde ao sujeito fingindo que em algum lugar há uma palavra ou ordem que responda à demanda produzida na atuação. Cabe ao analista na instituição sustentar o lugar de vazio e chamar para si a responsabilidade do lugar que aceitou ocupar (*id. ibid.*, p. 142). O manejo do *acting out* consiste em reconhecê-lo não só como uma mostração velada, mas como o resto, o que sobra dessa história, que diz respeito à verdade como causa.

Para as atuações poderem ser lidas como uma mensagem endereçada ao Outro, é preciso que quem ocupe este lugar reconheça-o. O *acting out* põe em cena o que do inconsciente diz respeito ao desejo, que é sempre desejo do Outro. Ou seja, os outros também estão implicados, querendo ou não, na cena. Entretanto, as atuações produzem nos outros, ou no Outro social, uma demanda de adequação ou ortopedia, uma resposta que cale o barulho sintomático ao deixar de lado o que é da ordem do desejo e do que é próprio da falta do Outro que o ato tenta responder. Assim,

Tomar o mau comportamento como *acting out* é pôr em cena o que o inconsciente exhibe, como uma mensagem endereçada ao Outro, encarnado num sujeito qualquer, não por meio de palavras, mas do ato. Essa mensagem é endereçada ao Outro barrado, ou seja, não ao Outro materno. Aqui se delineia algo que escapa à demanda de amor e convoca a falta. Assim, ao mesmo tempo em que o mau comportamento é uma resposta que permite ao adolescente permanecer na posição de ser o objeto da falta do Outro, também convoca o Outro barrado, aquele que não é consistente, é uma mensagem dirigida a este Outro, indicando o *objeto a*, enquanto causa do desejo (STENZEL & DARRIBA, 2013, p. 482-3).

O que podemos reconstruir como consequência desta atuação diz respeito ao reconhecimento do lugar do Outro institucional, quando Lucas diz ser importante saber haver um lugar de onde não foi expulso e para onde pode endereçar-se se precisar. Não sem angústia, manifestada pela expressão de um “insuportável” em manter-se internado, Lucas inicia um investimento amoroso a outra paciente do setor - o que causa estranhamento em todos da família, principalmente da mãe que nunca ouvira falar de ele ter alguma namorada. Esboça nos atendimentos as estratégias de aproximação à jovem, sendo seu principal objetivo “roubar um beijo” - deslocamento importante que insere o sexual onde antes só havia morte. Em paralelo, Lucas encontra no primo um ponto possível de identificação. Bastante frágil, diga-se, pois como afirma: “com droga eu roubo, minto, me acho o bamba, sem droga sou nada...”

4. FORA-DENTRO: REDUÇÃO DE DANOS, INTERNAÇÃO E PSICANÁLISE

4.1 O grupo de Redução de Danos no contexto de internação

A prática clínica em instituição total promove o rompimento do contexto de vida do sujeito através do afastamento. No caso dos neuróticos usuários de drogas, como consequência, observa-se a modulação do discurso em função da abstinência que acredita-se ser o que espera o Outro institucional. Há uma divisão entre este “discurso pronto” dos pacientes endereçado à equipe e o “discurso da pista” nos momentos de sociabilidade. A fissura/angústia se faz presente nestes momentos, atualizando certo muro que separa o dentro institucional carregado de fantasia imaginária e o fora gozoso. Como estratégia de um manejo deste fenômeno, apresentamos a seguir a prática do Grupo de Redução de Danos (GRD).

Estruturado como um grupo de discussão, ou seja, de palavra, é aberto à participação de todos os pacientes e de saída livre a qualquer momento. A capacidade máxima do grupo é de 12 integrantes, e este é um número varia a cada encontro. A coordenação é realizada pela equipe de redutores de danos do Programa de Redução de Danos vinculado ao CAPSad²¹ e o psicólogo de referência do SAD, no caso, clínico-pesquisador desta Dissertação e também referido como praticante de psicanálise ao longo do texto. Sua proposta é criar um espaço semanal de discussão sobre o uso de substâncias e suas consequências para a construção juntos aos pacientes internados de estratégias para reduzir os danos decorrentes deste uso. Nesta perspectiva, o grupo se configura a cada vez de um modo diferente e o material a ser trabalhado depende das falas dos participantes. Sua dinâmica mais aberta, ao contrário de outros grupos de mútua ajuda como AA²² e um dado que logo nos deparamos é o quanto os pacientes com algum histórico de tratamento se encontram com certo desconforto por estarem convidados a falar fora de um modelo rígido e preestabelecido.

Como proposta geral, o GRD é um modo de seguir as diretrizes das políticas públicas do Ministério da Saúde que podem ser resumidas nas seguintes linhas:

Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de

21 A portaria n. 1.059/2005 destina-se a incentivar ações de redução de danos nos CAPSad, tendo dentre seus objetivos a ampliação do acesso aos serviços de saúde dos usuários de drogas e em especial aqueles que não tiveram contato com o sistema de saúde. Os programas de RD são estratégias de organizações destas ações.

22 A metodologia utilizada pelos Alcoólicos Anônimos e demais grupos de Anônimos parte, em primeiro lugar, do anonimato frente ao social com intuito de proteger quem adere ao programa, assim como para refrear os impulsos de reconhecimento pessoal e de poder. Os grupos tomam por base os “Doze Passos”, que servem como roteiro a ser seguido, começando pelo primeiro passo “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.” (JUNAAB, s.d./s.p.).

saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (art. 2 da Portaria nº 1.028/2005. BRASIL, 2005).

Encontramos na letra da lei uma direção a seguir, porém a prática da RD vai se constituir de acordo com as características de cada município e com suas próprias experiências. Assim, o princípio básico do grupo parte da orientação da RD como uma estratégia de acesso ao usuário de álcool e outras drogas que não quer ou não consegue parar de usar drogas com intuito de reduzir os danos sociais e à saúde, em especial associados às doenças sexualmente transmissíveis. Em campo, a direção consiste em garantir o acesso à saúde a tais indivíduos já marginalizados devido o uso de substâncias. Em uma internação, esta orientação aponta não somente para o princípio de não exigir a abstinência, mas problematizar o uso e possibilitar a criação de estratégias de proteção contra os danos decorrentes.

Um primeiro desafio que encontramos é a questão da abstinência. A internação é o momento de abstinência forçada, escolhida ou não pelo sujeito. Inserida no contexto hospitalar, é atravessada pelo ideal médico de cura e sustenta a fantasia imaginária de uma vida sem drogas. Estar acolhido em uma internação evoca necessariamente a abstinência como ponto de referência que orienta o discurso dos usuários. Discutir o uso de drogas de modo mais aberto encontra certa resistência pelo fato que, dentro da proteção de uma instituição total, reforça-se a ideia de que o único modo possível de tratamento é através da interrupção definitiva do uso de drogas. A abstinência e a cura se apresentam como um ideal deste dispositivo, ainda que na grande maioria dos casos o usuário não consiga mantê-la por mais de algumas semanas. Sustentar um espaço que interroga e problematiza este ideal já marca a direção do tratamento: a aposta na entrada na via discursiva de algo do uso abusivo de drogas no momento de suspensão deste uso.

Pela configuração temporária do grupo²³, existe um trabalho constante de apresentação do que é Redução de Danos. Esta repetição tem como objetivo abrir o grupo como um espaço para falar abertamente sobre o consumo de drogas e suas consequências. A quase totalidade dos pacientes, mesmo com longo histórico de reinternações, sustenta inicialmente a posição de abstinência. Entendem que não há possibilidade de estabelecer um uso regular e controlado de nenhuma substância. Queixam-se da RD por não impor modos de abstinência. Estão sempre muito referidos a outros modelos de grupo e querem saber quais são os “passos da RD.”

23 De acordo com o relatório interno de 2014, o tempo médio das internações foi de 40 dias, o que produz grande rotatividade dos pacientes.

A função de um GRD durante a internação é interrogada por muitos pacientes, mesmo entre aqueles que reconhecem a impossibilidade de manter abstinência. Discutem se o governo deveria ou não investir em RD, uma vez que uma droga sempre levará a outra agravando a situação dos usuários ou ainda porque o *crack* faz querer sempre mais, não havendo tratamento possível. Com tal dinheiro, dizem alguns deles, dever-se-ia investir em hospitais para mais internações, pois este é o único momento em que conseguem manter-se longe das drogas.

A heterogeneidade dos participantes permite o encontro de usuários em momentos distintos de sua relação com as drogas e com o tratamento, de tal modo que aqueles com um longo histórico de internações afirmam que apenas a internação não garante melhora. Esta abordagem se fundamenta em uma concepção diferenciada do que a clínica em grupos, tão comum nas instituições especializadas, costumam sustentar. A função dos grupos pode ser vista como a oferta de uma multiplicidade de identificações que pode ocorrer entre os membros (CONTE, 2003, p. 31), o que permitiria a construção de laço social diferente de uma identificação verticalizada a um líder ou chefe. A via que visamos seguir nesta prática de grupo não é a da identificação, mas do trabalho significativo em que o que é dito por um possa reverberar no outro e incluir aí o que é do Outro que retorna ao sujeito como sua própria mensagem, apostando na formulação de Lacan (1953-54/1986, p. 61) que toma a palavra como “mediação entre o sujeito e o outro e ela implica na realização do outro na mediação mesma”.

Sendo o objetivo do grupo dar lugar à palavra do sujeito, trabalhamos com o que eles nos tem a dizer sobre seu momento e o grupo também acaba por se constituir como um espaço de questionamento da internação. Queixam-se da falta de atividades, acham que é função da internação ensinar ofícios e profissionalização. O participante Alberto Cláudio chega a comparar negativamente o SAD a uma prisão, pois “os presos pelo menos saem profissionalizados.” Ao mesmo tempo, afirma que a diferença entre as duas instituições é que “aqui vocês dão valor a nossa palavra, vocês conseguem nos ouvir. Pode parecer pouco, mas vocês não tem noção da importância.” Reconhece-se ainda que a dificuldade de sustentar um tratamento muitas vezes tem a ver com a palavra. Como disse João Artur “falar é muito difícil, me dá angústia e vontade de usar [drogas].”

Falar sobre o uso de drogas aponta sempre para o quanto a busca pela abstinência pode restringir o sujeito a um impossível de ser realizado, que ao mesmo tempo impede qualquer outra possibilidade de questionamento deste uso. A RD é comumente registrada como redução de uso

ou a troca de uma droga mais danosa por outra menos (CRUZ, 2006), o que causa certo mal-estar, pois esperam da coordenação do grupo o reforço do voto de abstinência. Falar sobre a história individual e encontrar-se no grupo com as histórias dos outros permite a conclusão de um participante de que a “Redução de Danos serve para quem já tentou parar várias vezes e recaiu,” buscando assim uma “recaída menos danosa.” Neste sentido,

No que se refere à assistência, a utilização do modelo de Redução de Danos significa que instituições e profissionais empregam técnicas que viabilizem as melhores opções possíveis para cada paciente, evitando uma exigência de abstinência a qualquer custo. Não se trata de desprezar a importância da abstinência para muitos pacientes, mas incluí-la como uma possibilidade entre outras. A utilização deste tipo de abordagem torna possível que muitos pacientes se vinculem aos profissionais e à instituição, iniciando tratamento que pode progressivamente trazer modificações importantes na forma do paciente de lidar consigo mesmo e com o mundo a sua volta (CRUZ, 2006, p. 160).

Um dos primeiros problemas que encontramos na condução foi nossa insistência em frisar a não exigência de abstinência. Como consequência, acabamos retirando a abstinência como uma possibilidade e falar sobre RD culminou por restringir a discussão sobre substituição de drogas. Na tentativa de afirmar uma prática não restritiva corríamos o risco de impô-la aos pacientes como um ideal denegado.²⁴ Ao invés de ouvir os participantes e intervir a partir de suas falas sobre modos para uma redução dos danos, falávamos da RD como algo já preestabelecido, um saber pronto ainda que fosse justamente o que recusávamos. Oferecíamos algo que não podíamos sustentar. Por parte dos pacientes, observamos uma mostração cada vez maior do uso, com detalhes minuciosos, assumindo posição de malandros, “se gabando” das drogas, como fazem na convivência sem a presença da equipe. Presentificavam a droga como uma realidade através de palavras. Enfim, falar sobre as drogas era equivalente a usá-las.

Neste contexto vale a indicação de que “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN, 1964a/2008, p. 125). Sendo as práticas toxicômanas um meio de localizar no corpo o que é da ordem do gozo, o acesso a um gozo pleno sem a perda imposta pela incidência da linguagem no organismo, tal qual a recuperação de gozo pelas produções sintomáticas, o sujeito nas toxicomanias tenta recusar o inconsciente e a mediação simbólica do significante. A presença da equipe, neste caso sem uma direção clínica, ou melhor, com uma direção apontando para um ideal, ao invés de remeter justamente à ordem significante

²⁴Freud (1925/2006) estabelece como um dos mecanismo para lidar com o insuportável da verdade a denegação: sabe-se da diferença anatômica do sexo, mas nada se que saber dela. Em nosso caso, a insistência pela negativa da abstinência mascarava seu reconhecimento como possibilidade.

incitava a uma fala sobre as drogas sem distanciamento ou mediação. As consequências para o tratamento foram o aumento de queixas de fissura e do uso de medicação ansiolíticas *a mais*, ou seja, um meio de acessar ao gozo da droga, ainda que por substâncias legais. De certo modo, os pacientes atuavam no grupo sua posição na vida sem a marca da diferença de nossa presença.

Cabe uma digressão para pontuar que é justamente na questão da presença que o grupo tem função. A presença do psicólogo remete à internação, aos votos de melhora e abstinência endereçados ao saber médico. Na presença da equipe, os pacientes sustentam o discurso referido ao ideal suposto de cura. A proposta de um redutor de danos vindo de fora, da pista, é um modo de fazer falar esvaziado deste ideal. O GRD só opera como tal com a participação do redutor. Sem esta figura, a participação no grupo tende a esvaziar. Orientados pela fala de um paciente que se recusou a participar porque “com psicólogo é só conversa psicológica,” optamos por realizar o grupo apenas na presença do redutor, esse de fora-dentro, que permite ao psicólogo ser esse de dentro-fora, a partir de onde pode operar orientado pela psicanálise.²⁵

A reprodução do discurso de outros modelos de grupo por parte dos pacientes acaba por encerrar o sujeito em determinados esteriótipos. “Como vou reduzir o uso se a doença é progressiva?,” questiona César incomodado por não ouvir que uso de drogas é doença. A internação pode ter a conotação de proteger o sujeito, mas certamente também o exclui do laço social. O princípio do tratamento como abstinência exclui a dimensão de singularidade de cada usuário. Assim, a internação pode ser vista como um modo de segregação que “operava não somente isolando os sujeitos da sociedade, mas também excluindo sua subjetividade, uma vez que o discurso do mestre os nomeava toxicômanos e prescrevia a abstinência” (ALVARENGA, 2012, p. 78-79). O que chama atenção é como o sujeito pode aderir a essa nomeação e operar, assim, por sua vez, a segregação do Outro ao ofertar-se como objeto.

A proposta de construir um espaço de fala que não reproduza ou reforce tais nomeações ou posições predeterminadas causa incômodo em alguns pacientes como César, mas é fundamental sustentar este incômodo e possibilitar o sujeito de encontrar-se com a história de outros que entendem o próprio uso de substâncias diferentemente, a ponto de haver a conclusão de que “a RD é muito pessoal.” João afirma que “ficar limpo é fácil, viver limpo não é fácil. É viver infeliz para o resto da vida. Droga é felicidade comprada,” o que aponta para os demais

²⁵ Lacan (1964a/2008) se refere ao termo “extimidade” para pensar uma exterioridade íntima que diz respeito à Coisa, ao objeto *a* e ao próprio inconsciente.

participantes do grupo o reconhecimento do uso de substâncias além de uma doença. Existe algo da posição do sujeito que estabelece relação singular com a droga a ponto de podermos afirmar que o “toxicômano faz a droga.” Falar deste uso pessoal entre outros é um modo de sujeito por em palavras o que é de um gozo fora da palavra.

A proposta de Terrab (1998, p. 154) da ideia de operação toxicômana como o que mantém o sujeito em um fazer (ato de drogar-se) ao nível da experiência num processo de exclusão do próprio sujeito em relação à experiência da droga orienta nossa reflexão. A prática de drogas se torna problemática quando esvazia-se de significação e não pode ser posta em uma série do deslizamento significante, tal qual a experiência da análise como experiência subjetiva. Assim, a experiência vazia do sujeito do inconsciente é também experiência vazia do Outro e possibilita um ganho de gozo contra a castração. O grupo de RD apresenta-se como um espaço de possibilidade para tratar do gozo que está fora do discurso e presente como positividade da repetição. Assim, essa indicação permite orientar a intervenção clínica do grupo ao ressaltar que:

A satisfação da toxicomania requer o silêncio uma vez que falar já é restituir algo da significação. E a significação, como qualquer significação, é significação do falo. A intoxicação requer o não falar e sabemos que a única chance clínica que temos nestes casos é ‘fazer falar’. Fazê-la passar ao dizer. Certamente falar não é garantia de nada, mas afasta a morte ao menos por um tempo, como o sabia Sherazade, que falava para não morrer (TERRAB, 1998, p. 154).

Observamos ainda um fenômeno importante no que diz respeito ao grupo no contexto de internação psiquiátrica. Alguns pacientes se recusam a participar do grupo, alegando que este causa “fissura.” Ouvir falar sobre drogas provoca um intenso desejo de uso. A posição destes sujeitos durante o período de internação é justamente não querer falar sobre drogas, ainda que tenham pedido internação a partir deste uso. Interrogam-nos: “Qual a função de um grupo que fala sobre drogas na internação?” Entendemos que é ao falar sobre o uso de drogas e sobre sua história que o sujeito pode produzir ou deslocar algum sentido para o mal-estar em sua queixa. “A droga não é a causa de nada, é consequência do que não sei lidar comigo,” diz Sávio. Deste modo, entendemos que a internação deve ser orientada para trabalhar com este mal-estar. Aliviá-lo disto, buscar meios de aplacar sua angústia para evitar que o sujeito tenha uma recaída coloca o próprio sujeito em um lugar difícil de elaboração subjetiva. Por mais que a fissura se manifesta, “é preciso falar das drogas para tratar o problema,” como afirma Mário.

Sustentar esta direção esbarra na dificuldade dos pacientes em subjetivar sua relação com as drogas. A tal da “fissura” é um termo que parece ter um sentido totalmente fechado e já

entendido tanto para o usuário quanto para a equipe. É preciso interrogar a cada vez o que é a fissura e o que significa para cada um. João Arthur inicia sua internação estabelecendo uma diferença entre fissura e angústia: a angústia é o incômodo de estar na vida, de falar, e a fissura é a falta da droga frente este incômodo. Então, insistimos na pergunta feita no Capítulo II: qual a relação da fissura com a angústia, que até mesmo manifesta-se na prática de grupo?

Ressaltamos ainda que estas falas a respeito da fissura também precisam ser ouvidas pelos coordenadores do grupo com atenção. Criar um espaço para o sujeito falar de seu gozo pode rapidamente cair em um lugar de gozar entre outros, acentuando a dimensão imaginária que constitui o laço entre o Eu e o outro. Falar sobre o modo como cada um usa droga, as consequências deste uso, o envolvimento com o tráfico, em um espaço de grupo, cria fenômenos como risos debochados, uso excessivo de detalhes descritivos, um menosprezo pela palavra do outro, apresentando deste modo uma forma de gozar em presença de outros. O outro, o próximo, tem papel fundamental na constituição subjetiva, uma vez que o Eu é uma construção que se dá em relação ao outro e não em relação a um objeto de satisfação. Por este motivo, existe uma ambiguidade na relação do Eu com o outro: ao mesmo tempo que me reconheço no outro, ele pode tornar-se meu inimigo, roubar meu lugar. A relação imaginária é construída sobre um fundo de competição permanente e mortal, entre prazer e desprazer:

É pela via da não relação entre o eu e o objeto da satisfação, pelo viés portanto do desprazer, que o próximo surge como dessemelhante, estranho. Consequentemente, a introdução da relação de objeto se faz, primariamente, sob a marca do ódio e do estranhamento, e se estrutura sobre a falta do objeto de satisfação (FALBO, 2005, p. 151).

O manejo do grupo visa intervir no próprio discurso do sujeito operando como um corte que realize uma separação do sujeito de seu gozo, introduzindo nesta relação uma interrogação da própria posição do sujeito que possa ser articulada pela palavra. Acolher a palavra do sujeito não significa ouvir passivamente tudo o que ele tem a dizer da forma como quiser, mas poder dar um lugar a esta fala ainda que através do corte. Isto remete-se ainda à própria noção simbólica do pacto que funda a civilização, isto é, “um recurso para nos proteger contra a violência do próximo: seu gozo” (*id. ibid.*, 157).

O espaço criado por este grupo a partir das práticas de RD apontam para uma direção importante que é a de acolher o sujeito fora de um ideal imaginário já estabelecido. Por mais que a abstinência atravesse o discurso dos usuários, acreditarmos na promessa de que a partir da internação conseguirão manter-se abstinentes é mantê-los na mesma repetição que poderá

culminar em nova internação. Apontar para a existência de outros modos possíveis de lidar com o problema ou até mesmo a criação de maneiras de manter a abstinência já atua como um questionamento ao que o sujeito diz de sua posição. Isto possibilita que um usuário diga que “você fala a verdade, fala de tudo o que acontece com a gente” e vemos exemplificado nesta fala o início da construção de um vínculo.

No que tange à assistência aos usuários de álcool e outras drogas fora da internação psiquiátrica, o GRD tem a importante função de ser um potencializador de vínculos, facilitando a chegada do usuário ao CAPSad, através da relação estabelecida com o redutor de danos. Nossa prática visa promover algo da palavra no que está fora de qualquer representação, introduzindo um terceiro na relação dual entre sujeito e droga, relação marcada pela segregação. Assim, apontamos que um dos aspectos clínicos que a RD permite é que no contato entre redutores e usuários aconteçam trocas.

Estas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro, que rompe com a relação dual, intensa, exclusiva e mortífera com as drogas. Um circuito libidinal/pulsional se restabelece e se atualiza, respaldado por uma remontagem fantasmática. Neste ponto, o redutor de danos se presentifica, há um maior cuidado com o toxicômano por esta vulnerabilidade na relação mortífera com o Outro. Recoloca-se o Sujeito barrado em relação ao objeto *a* (CONTE, 2003, p.29).

Do mesmo modo que a vinculação é um dos objetivos da prática da RD, é justamente esta vinculação, que também podemos aproximar do conceito de transferência, que vai determinar um tratamento possível ao sujeito usuário de drogas, seja na internação ou em serviços no território. De fato, chegamos a ter um relato de um usuário afirmando que só foi possível chegar à internação pela relação que estabelecia com um redutor de danos do CAPSad.

A transferência não é um fenômeno restrito à psicanálise. Pelo contrário, é um fato próprio à neurose (FREUD 1912a/2010, P. 138), que, na verdade, podemos estender à própria condição humana se considerarmos os investimentos libidinais inconsciente nas outras pessoas como objetos (*id. ibid.*, p. 143). De fato, qualquer pessoa pode ser objeto de investimento desta carga libidinal que Freud localizou na relação com médico. E não sem razão, Lacan (1967/2003, p. 252) afirma que no “começo da psicanálise está a transferência. Ela está ali graças àquele que chamaremos, no despontar dessa formulação, o psicanalisante.”

Sendo então tributária ao sujeito, a transferência é o que institui o sujeito suposto saber como o eixo de articulação do tratamento. Vale ressaltar que um “sujeito não supõe nada, ele é suposto (...) pelo significante que o representa para outro significante” (*id. ibid.*, p. 253). Esta

indicação nos ajuda a pensar que a transferência é oposta à intersubjetividade no sentido de haver uma impossibilidade de reduzir ao outro imaginário, isto é, numa pessoa como indivíduo, a dimensão do Outro simbólico como função própria do inconsciente. Em nossa discussão esta indicação é válida para orientar a relação entre o redutor e os usuários, relação cuja aproximação também se dá no plano imaginário e convoca à intersubjetividade, isto é, a suposição da possibilidade de relação entre dois sujeitos, sem perdas.

Entretanto, Freud (1912c/2010, p. 139) reconhece a transferência como motor do tratamento, mas também sua resistência, pois “representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as (...) que a ela se opõem.” Além disto, esses fenômenos de resistência da transferência estão presentes em todo modelo de tratamento, “mas têm de ser apreciados como tais” (*id. ibid.*, p. 143). Tomemos a fala de Breno que, pouco depois de afirmar uso descontrolado de *crack*, tenta destituir aquele espaço evocando a lembrança de ter encontrado o redutor de danos na cracolândia. Ele então havia pedido dinheiro para passagem para internar-se, o que o redutor recusou na ocasião. O impasse da acusação e a exaltação de suas falas endereçadas ao redutor indicam a rivalidade imaginária evocada na relação com o outro. A intervenção do praticante de psicanálise no grupo consistiu em fazer retornar ao sujeito o que de sua posição estava em jogo ao perguntar o que faria com tal dinheiro. Esta simples pergunta esvaziou toda a agressividade de suas palavras. Após um breve silêncio, abre-se uma questão pela fala: “eu sempre recebo ajuda, mas nunca soube aproveitar.”

A posição de transmitir alguma informação sobre as pequenas práticas de cuidado em RD só tem função quando podemos ouvir deles a relação que estabelecem com as drogas e que intervenção fazemos com o que ouvimos. Um participante chega a dizer que ninguém tem a obrigação de ajudar o usuário porque “quem escolhe droga escolhe solidão.” Esta afirmação provoca grande incômodo nos demais e nos possibilita interrogar então que ajuda eles esperam dos outros e da internação. Frente a esta questão, a intervenção do Redutor é apontar que a RD é uma prática que se dispõe a ajudar mesmo aqueles que não tem clareza do que esperam como ajuda. Ouvimos, então, alguns grupos depois a conclusão do paciente Ari dizendo que a RD é importante para poder contar com alguém a qualquer hora, já que em seu caso fica muito frustrado por não conseguir manter abstinência.

A conclusão que a RD é um modo de pedir ajuda põe em jogo para todos qual o momento de pedir ajuda. Uma intervenção constante que fazemos é interrogar a cada um o que o levou à

recaída. As respostas variam, mas eles sempre esbarram na questão do limite. Alguns entendem que acontece quando acreditam ter controle e saber o limite do uso, outros nem mesmo reconhecem que há um limite, justificando todos os seus atos por estar “chapado”. Logo, não há como pedir ajuda. Cabe sempre ao Outro tomá-lo à força ou impor a internação. Alberto Cláudio diz que, com o *crack*, é impossível manter o controle, o máximo que consegue é evitar compartilhar insumos com os outros, pois “só paro quando o corpo pede, quando não aguento mais.” Curioso notar que mesmo reduzido ao corpo, há um Outro que pede e estabelece um limite. Porém, muitos pacientes relatam tentativas de encontrar um limite: uso de outra droga para cortar efeito do uso excessivo, fazer bebida a base de leite e ovos crus que aprendeu com o pai ou andar até outra cracolândia, livrando-se do efeito da droga para então drogar-se de novo.

4.2 E o que orienta um praticante de psicanálise em um grupo?

Será que falar sobre estas questões no grupo tem efeitos mesmo quando estão “doidões”? As recaídas são sempre iguais, no mesmo ponto? Observamos a grande dificuldade dos pacientes em reconhecer algumas estratégias que já realizam. Abrir um espaço de fala sobre o uso de drogas e estratégias de RD é possibilitar a construção de algum saber sobre a relação que cada um estabelece com a substância. Também é fazer retornar a cada um o que eles próprios falam. A dificuldade em subjetivar o uso pessoal de drogas é um importante traço desta clientela.

Um senhor alcoolista chamado Moisés interroga se nós, coordenadores do grupo, já tivemos algum problema com álcool ou outras drogas. Reconhece que não gosta de beber, mas o faz para “esquecer os problemas que não consegue resolver.” Sua questão provocou grande exaltação e divisão no grupo: uma parte acreditava ser importante saber se já fomos usuários e outra não queria saber. Interrogamos se saber disto faz diferença para o grupo ou o tratamento e Moisés responde que precisa ouvir de nós como resolvemos nossos problemas para então poder ocupar nosso lugar: “quero que vocês me ensinem isso!” Sua fala logo disparou outra do participante Pedro: “quero que vocês me ensinem a usar cocaína sem perder o controle!” Não respondemos e reafirmamos que este é o trabalho de cada um no grupo e no tratamento. Encerramos o grupo nesta tensão e alguns pacientes saíram muito irritados!

O que podemos observar com estes fragmentos é o modo como os discursos podem girar nesta prática de grupo. Oferecendo-se à demanda do Outro segregador da toxicomania pela construção de mais internações - Discurso do Mestre -, passando pela tentativa de construção de

um laço social pela exigência endereçada às figuras dos redutores de danos como possíveis mestres de um saber que obture a dimensão singular do gozo implicado nas práticas de drogas - Discurso da Histérica -, a vertente de educação que atravessa as diretrizes da RD deixam sua marca na possibilidade de produção efetiva de um saber tal qual a máxima de trocar droga mais danosa por outra menos danosa - Discurso do Universitário. As estratégias que os usuários constroem a partir do encontro com os redutores de danos e os outros usuários tem efeitos, mas é preciso haver um segundo tempo para acolher seus efeitos - Discurso do Analista.

Encontra-se consonância da prática do GRD com a dimensão de grupo terapêutico. Se considerarmos que a clínica se funda a partir da transferência em sua multiplicidade de uma demanda do sujeito endereçada a um profissional ou instituição através da enunciação de sua realidade psíquica pela fala, os efeitos do grupo podem ser entendidos como terapêuticos - ainda que guarde particularidades que tentamos ressaltar neste trabalho. O inconsciente que emerge no discurso, qualquer discurso enunciado, sempre produz sentidos que podem ser individuais ou coletivos. A função de um psicoterapeuta pode ser tomada “como um relançador do sentido da enunciação, e do grupo psicoterapêutico como dispositivo de produção coletiva de sentido” (PRATA; COSTA-ROSA, 2013, p. 675).

Neste processo,

(...) torna-se possível a passagem do ‘Discurso do Mestre’ – em que o sujeito se punha a serviço da Demanda do Outro, serviço expresso no sintoma como dissipação de gozo – ao laço social Discurso da Histeria, no qual se dá a interrogação do sintoma e a autoinclusão no trabalho de sua solução. Com isso abrem-se as possibilidades da passagem ao Discurso do Analista, em que o terapeuta opera com a função de instituir o sujeito no discurso do Outro, ou seja, na associação significativa (PRATA; COSTA-ROSA, 2013, p. 681).

Em reinternação, Alberto Cláudio relata ter aprendido os riscos de usar *crack* no copo, em especial reutilizar o resto da droga que adere às paredes do plástico - prática comum entre os usuários e que remete a uma “onda mais forte.” Como promoção de saúde, esta informação visa reduzir o dano provocado pela ingestão dos compostos químicos do plástico através dos pulmões. Reduziu e controlou o uso de drogas por algum tempo até o momento em que voltou a usar *crack* no copinho de plástico e a raspar esse resto: “eu sabia que ia me fazer mal... Esse era o fundo do poço, mas era o que eu queria. Eu queria os danos!”

A dureza de sua fala produziu o impulso do redutor de danos em valorizar o que ele havia conseguido de um uso regulado e menos danoso. A função do praticante de psicanálise por sua vez foi pontuar qual a posição do sujeito implicado em sua modalidade de gozo. Estando em um

grupo, a intervenção que visa incidir sobre o sujeito que comparece em seu dizer também possibilita sustentar a intervenção relançando-a como questão aos demais participantes: em que medida cada um está implicado com seu gozo? O encerramento do grupo feito pelo praticante de psicanálise operou como um corte de tal modo que o que do sujeito emergiu na fala não seja capturado por sentidos produzidos em nome de uma ética do bem-estar.

Ribeiro (2010) interroga a relação entre RD e psicanálise. Ainda que haja pontos de articulações possíveis, é fundamental interrogarmos se a abordagem da RD considera as dimensões do gozo intrinsecamente atrelada às práticas de intoxicação de modo que a ética construída pela Reforma Psiquiátrica que preconiza o bem-estar psicossocial dos pacientes não promove um outro tipo de demissão subjetiva comuns aos modelos que visam a abstinência.

No entanto, o que se observa nas práticas de saúde mental atuais é que esse sujeito de que trata a psicanálise é frequentemente eclipsado pelo cidadão de direitos preconizado pela abordagem político-social do sofrimento psíquico. Dentre outros motivos, esse tipo de situação ocorre porque, ao privilegiar o cidadão de direitos, a abordagem psicossocial tende a desconsiderar a existência de um mais além do princípio do prazer que impele o sujeito a buscar um prazer no corpo que pode, em última instância, implicar na sua autodestruição. Assim, o que se vê são muitos profissionais de saúde que assumem sem crítica a demanda de colocar barreiras ao gozo (RIBEIRO, 2010, s.p.).

De fato, a fala deste usuário interroga o ideal em que a RD pode ser capturada de uma sociedade com uso de drogas regulado. Este é um dos limites da relação entre RD e psicanálise, pois como política pública esbarra-se no imperativo de gerir a população, sendo, deste modo, uma modulação prática do Discurso do Mestre. O reconhecimento de uma sociedade que inclua o uso de drogas pode produzir a ideologia de um uso de drogas regulado possível a todos, ideia tão impossível quanto a da abstinência. A psicanálise, como o avesso do Discurso do Mestre, é o que vai dar lugar e manejar o que de singular de cada caso fura, interroga e não se adéqua às generalizações. Se os imperativos do mestre ordenam que isso funcione, a dimensão sintomática implicada nisso que não funciona aponta para o impossível de erradicar do gozo. Frente esta impossibilidade, cabe então saber-fazer com o gozo e o caminho que a psicanálise aposta e que pode contribuir com a RD é na singularidade do caso a caso.

4.3 As práticas de grupo e a função mais-um

Em seus primeiros textos, Lacan (1947/2003), em visita à Inglaterra, avalia os efeitos de práticas terapêuticas de grupo a partir da orientação da psicanálise aplicada por Bion e Rickmann. A necessidade de incluir no sistema da guerra pessoas que até então eram completamente

despreparadas para tal tarefa revelou que para lidar com o que foi segregado não se opera mais nem o apelo à autoridade nem a universalização do nome-do-pai. Nos grupos, encontram-se “as mesmas modalidades de defesa que o indivíduo utiliza na neurose contra sua angústia, e com um sucesso não menos ambíguo, tão paradoxalmente eficaz quanto elas” (*id. ibid.*, p. 106).

O risco que a prática clínica em grupo corria era a de uma identificação vertical aos coordenadores por estarem ali incluídos no grupo, sendo tomados como líderes pelos participantes. O que Lacan ressaltou de originalidade de manejo destas práticas foi a “resistência e o desconhecimento sistemático” (*ibid.*, p. 113) por parte dos clínicos em contraste à posição corrente de de uma tomada de consciência. Assim,

Na situação prescrita, Bion tinha até mais meios de agir sobre o grupo do que tem o psicanalista sobre o indivíduo, já que, ao menos por direito e como líder, ele fazia parte do grupo. Mas era justamente isso que o grupo realizava mal. Por isso, o médico deveria servir-se da inércia fingida do psicanalista e se apoiar no único controle de fato que lhe era facultado, o de manter o grupo ao alcance da palavra (LACAN, 1947/2003, p. 114).

Temos nestas duas passagens as chaves para pensar a função do praticante de psicanálise em um grupo. Manter o grupo ao alcance da palavra implica necessariamente o desconhecimento sistemático que irrompe na emergência do sujeito, isto é, do inconsciente. Se a definição do sujeito do inconsciente é o que significa um significante para outro significante, podemos afirmar que o sujeito é justamente o que não é totalmente apreendido por um significante ou um saber. O saber, neste caso, tanto aquele suposto ao redutor de danos a ensinar ao usuário quanto o que o redutor supõe encontrar nas práticas de drogas relatadas, pode contar a dimensão do saber inconsciente que vem a ser lido e pontuado em uma análise e que opera transformação no modo de apreender outros saberes por sua subjetivação. Ou seja, “aprender a partir da psicanálise implica uma relação com o saber, uma relação que assume a falha no saber” (FREIRE; BASTOS, 2010, s.p.), pois o próprio inconsciente pode ser entendido como esta falha no saber.

A concepção do sujeito do inconsciente rompe com sua localização e coincidência na pessoa ou indivíduo. O inconsciente como produção e falha do saber articulado pela incidência da linguagem permite reconhecê-lo nas mais diferentes práticas quando referidas pela fala, afinal o “inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, neste nível em que um sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (LACAN, 1964a/2008, p. 126). Seja em um atendimento individual ou em um grupo, o inconsciente surge como o inesperado e, muitas vezes, o incômodo, o que não se saber fazer com isso. Montevani (2006, p. 28) aponta que o que Lacan reconheceu do inconsciente nas práticas de grupos terapêuticos retorna em sua elaboração dos

cartéis como o que vai ser o foco do mais-um, isto é, “o componente que ocupa o lugar de escuta da produção inconsciente do grupo, produção que se manifesta em uma específica determinação de tempo, *setting*, pela transferência e pelo desejo.”

Lacan (1964b/2003, p. 236), em seu *Ato de Fundação*, propõe que “para a execução do trabalho, adotaremos o princípio de uma elaboração apoiada num pequeno grupo. Cada um deles (...) se comporá de no mínimo três pessoas e no máximo cinco, sendo quatro a justa medida. MAIS UM encarregado da seleção, da discussão e do destino a ser reservado ao trabalho de cada um.” Faz-se necessário seguir suas indicações no que concerne ao que chamou de psicanálise pura e psicanálise aplicada (LACAN, 1967/2003, p. 251). A primeira, também chamada de psicanálise em intensão, diz respeito à formação do analista como consequência de sua própria experiência analítica. Ao fim de uma análise, na travessia da fantasia, há a passagem de analisante à analista. A segunda, ou psicanálise em extensão, estabelece relação com presentificação da psicanálise no mundo, sua inserção em diferentes espaços, como as instituições. A relação entre intensão e extensão pode ser pensada a partir da torção topológica em que há continuidade entre o direito e seu avesso. Além disto, o que permite pensar a presença da psicanálise no mundo é sua forma singular de tratamento do real. Conforme afirma Lacan (*ibid.*, p. 249): “Mas existe um real em jogo na própria formação do psicanalista. Afirmamos que as sociedades existentes fundam-se nesse real. (...) é o fato de que esse real provoca seu próprio desconhecimento, ou até produz sua negação sistemática.”

No modelo do cartel busca-se a produção de um saber onde a formação do coletivo do trabalho é garantida pelo desejo de cada um em produzi-lo e pela escolha em comum daquele que exercerá a função de mais-um. Se o modo de trabalho no grupo é fazer falar a partir dos significantes “droga” e “redução de danos”, a intervenção do praticante de psicanálise é a de autorizar a fala de cada um participante assim como a fala de um na fala dos outros, esvaziando os elementos imaginários que atravessam os enlaçamentos narcísicos intrínsecos a qualquer grupo. A recusa do lugar de líder que Lacan valoriza como fundamental para operação em grupo se sustenta, pois “a função do mais um não é atuar como professor, dar respostas, mas responsabilizar cada um pela produção do cartel [ou do grupo] e provocar a elaboração dos temas trabalhados” (VIDAL, 2011, p. 80).

Vânia, em sua primeira participação do grupo, diz que é preciso algo que resolva o problema de todos definitivamente, sendo esta sua crítica à RD. Se considerarmos o uso de

drogas como um dos recursos mais poderosos na tentativa de solução do mal-estar que é inerente à vida (FREUD, 1930/2012), não causa estranhamento que a busca por outra saída tenha de ser definitiva. Do mesmo modo, o que o acesso à droga permite de romper com a singularidade, isto é, com a dimensão da fantasia (LAURENT, 1990) nos permite aproximar o que do Discurso do Mestre, em seu mandato de que as coisas funcionem, desde seu ponto de partida fundamental, exclui a fantasia (LACAN, 1969-70/1992, p. 114). As consequências práticas destas indicações podem ser avaliadas nos mandatos que regem a saúde mental e as leis que instituem suas diretrizes. O que as generalizações ignoram, ou tentam escamotear, é a dimensão do gozo aí implicado. Se a ordem do mestre implica uma perda de gozo e sua recuperação como mais-de-gozar, como nos sintomas, isto significa que o singular do sujeito, de sua resposta frente ao real, é o que emperra o bom funcionamento das coisas.

Não responder ao que nos pedem, não compactuar com uma expectativa de cura e não oferecer um nome para identificação são modulações de uma posição ética que tem consequências. A contribuição da psicanálise no manejo de um grupo de Redução de Danos se sustenta no fato de não haver a expectativa de um efeito terapêutico que vise o bem-estar do usuários de drogas. Como afirma Lacan (1967/2003, p. 251) “não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise.” Se a prática do grupo não é uma análise, esta é a contribuição que a psicanálise oferece frente aos demais mandatos de cuidado que atravessam as práticas na instituição. A radicalidade de sua posição consiste em interrogar o sujeito em seus arranjos para tratar o real, considerando que o impossível implicado aí.

Dos arranjos possíveis, a singularidade está no centro da questão e deve orientar a direção de tratamento, inclusive as práticas de grupo. Não passou despercebido por Lacan (1947/2003, p. 125) a visada que o incentivo à realização de grupos terapêuticos ou de outros tipos estabelecem relação com certos imperativos - que podemos aproximar do Discurso do Mestre - e prevê “novos abusos do poder” sobre técnicas que incidem no psiquismo. Associa-se a isso aos sombrios poderes do Supereu que, como instância investida de pulsão de morte, leva à indiferenciação que podemos ler na expectativa de totalidade de uma solução definitiva. Deste modo, a função do praticante de psicanálise no Grupo de Redução de Danos pode ser entendido como a de criar um “ambiente esvaziado de supereu, em que não impere o senso comum e a identificação com os ideais” (REIS & MORAES, 2008, p. 95).

Esta consideração é fundamental se atentarmos ao fato de muitos modelos de tratamento, em especial os que trabalham com grupos, orientam-se pela via da identificação e do fortalecimento do Eu - e sua força de vontade - para promover mudanças na relação do sujeito com a droga. Assim, como afirma Salamane (2014), nas toxicomanias há a ideia de um eu fraco frente à droga e, por isso, tais modelos de tratamento

procuram que o sujeito tenha um eu forte, e para isto se pede ao sujeito que passe uma temporada internado com um supereu exterior que impõe o que tem de fazer ou deixar de fazer, até que o eu esteja fortalecido e, fundamentalmente, aprenda. Chega-se a postular a terapia de reforço egoico como um tipo de prótese psíquica (SALAMANE, 2014, p. 27).²⁶

Essa dimensão simbólica do Supereu que é valorizado neste tipo de tratamento com intuito de conduzir o sujeito para o bem remete ao que Lacan (1953-54, p. 123) já alertara que o Supereu é a lei e sua destruição.²⁷ Para Freud, esta instância psíquica tem relação com o Isso e, por consequência, com as pulsões - no fim, pulsão de morte - que pode colocar o tratamento no mesmo lugar de crueldade em relação ao sujeito que o Supereu exerce sobre o Eu. Há uma função de desconhecimento que sempre surpreende o Eu, esta instância que não é senhora da própria casa, que torna qualquer tipo de tratamento pelo ensino inviável, uma vez que este saber pedagogicamente ensinado pode ser reabsorvido pelo Eu e usado como resistência ao tratamento. Em termos práticos, perpetua-se a ideia de manipulação como um traço de personalidade dos usuários de drogas. O que se ignora é que há algo de irreconciliável entre o Eu e o Supereu, em especial no fato de que esta segunda instância atua como um empuxo ao gozo que é o caminho que para a pulsão de morte como silêncio definitivo.

Numa análise, o analista deve oferecer seu silêncio para que o sujeito possa relacionar-se de outra maneira com o silêncio estrutural das pulsões, seu vazio de objeto. Abandona-se o silêncio buscado na intoxicação pelas drogas no encontro com a linguagem para dar outro destino a este silêncio das pulsões. Assim, “é sobre este fundo que [o sujeito] se reencontrará com seu dizer, é ali onde poderá encontrar os ecos desse real que o determina, e é nesse silêncio

26 No original: “procuran que el sujeto tenga un yo fuerte, y para esto se le pide al sujeto que pase una temporada internado con un superyó exterior que lo machada con lo que tiene que hacer o dejar de hacer, hasta que el yo se vea fortalecido y, fundamentalmente, aprenda. Se llega a postular a la terapia de refuerzo yoico como una suerte de prótesis psíquica.”

27 A relação do supereu com a lei implica numa lei insensata ou o próprio desconhecimento da lei. Assim, “o supereu é, a um só tempo, a lei e sua destruição. Nisso, ele é a palavra mesma, o comando da lei, na medida em que dela não resta mais do que a raiz. A lei se reduz inteiramente a alguma coisa que não se pode nem mesmo exprimir, como o *Tu debes*, que é uma palavra privada de todos os sentidos. (...) [O supereu] acaba por se identificar ao que chamo *figura feroz* (...)” (LACAN, 1953-54: p. 123).

onde se joga a função de objeto que o analista cumpre para que o sujeito possa relacionar-se de outra maneira com o real²⁸” (SALAMANE, 2012, p. 29, tradução nossa).

No grupo, o silêncio operado pelo praticante de psicanálise incide não só no sujeito que toma palavra, mas também nos profissionais que podem tamponar o silêncio com as ideologias que atravessam suas práticas. Os usuários podem estabelecer através de sua fala um saber sobre suas escolhas e seu gozo e isto só é possível através do vínculo. A construção do grupo foi feita levando em consideração o trabalho em equipe, onde cada profissional tem uma função a desempenhar. Este trabalho coletivo se sustenta ao redor de um vazio que permite o sujeito furá-lo como o que vem do real. Não se trabalha isoladamente, ainda que a responsabilidade do ato se situe na posição de cada um em seu fazer (FIGUEIREDO, 2005, p. 44).

A vinculação então diz respeito tanto aos usuários quanto aos profissionais. Do lado dos profissionais, a prática em equipe remete à transferência de trabalho como uma solução para os efeitos de rivalidades narcísicas que acontecem em todo grupo que levam à exclusão e segregação. Esta concepção de transferência de trabalho remete à proposta de trabalho em grupo discutido anteriormente. Podemos afirmar que seria a “condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente” (*id. ibid.*, p. 47-8)

O saber que aqui está em jogo diz respeito ao saber construído a partir da prática. Esta indicação rompe de saída a proposta de um saber *a priori*. A demanda de saber que os usuários do grupo endereçam aos profissionais, que podemos pensar como uma suposição de saber, não deve ser encarnada na crença de que o profissional sabe. Pelo contrário, o manejo desta suposição deve dirigir-se ao sujeito do inconsciente, isto é, supor o saber do sujeito, ou ainda, supor que há sujeito. E o sujeito, dividido, é efeito da intervenção do Outro. Uma intervenção é clínica quando seus efeitos se fazem sentir na escansão do sujeito e de seu gozo. Desta perda o que advém é um saber, o saber do inconsciente que se furta à verdade, isso que não se sabe mas leva a querer o dano, como no caso já citado.

4.4 O grupo de RD na rede de saúde mental

28 No original: “es sobre ese fondo que se reencontrará con su decir, es allí donde podrá encontrar los ecos de ese real que lo determina, y es en ese silencio donde se juega esa función de objeto que el analista cumple para que el sujeto pueda relacionarse de otra manera con lo real.”

Esta prática de grupo de RD no contexto de internação psiquiátrica é um trabalho em permanente construção e estabelece relação direta com o modo particular do entendimento da Rede de Saúde Mental de Niterói sobre as práticas de RD a partir dos princípios propostos pelo Ministério da Saúde. A RD se apresenta como uma ferramenta importante no acesso aos usuários e na possibilidade de vinculação que estabelece. O tratamento só é possível quando há um vínculo entre o usuário e o serviço de saúde ou um trabalhador da saúde específico e esta vinculação acontece a partir de um pacto firmado sobre o que é possível para o usuário - como reconhecer a impossibilidade de interrupção do uso de drogas naquele momento.

O grupo interroga, ainda, nossa própria posição enquanto quem se oferece para tratar de tais sujeitos. Ainda que a internação tenha o peso de um momento de abstinência e é importante lembrar que a medicina trabalha reafirmando esta direção, lidamos com sujeitos para quem este ideal está longe de ser possível de atingir. O uso de substâncias longe de ser um problema em si aponta para a posição do sujeito frente o mundo, como privá-lo radicalmente de sua “felicidade comprada”?

É através do vínculo que estabelece com as instituições e os trabalhadores que algum saber sobre o uso de drogas pode ser construído dentro da singularidade de cada um. O uso que o sujeito pode fazer tanto do grupo quanto da própria internação será particular e é preciso ser pensado dentro de uma direção que contemple esta singularidade. Deste modo, introduzir algo da palavra nesta relação e que o próprio sujeito pode criar novos sentidos. Do mesmo modo que a palavra “redução” evoca aos usuários um certo peso de redução de uso, ela pode adquirir novos sentidos como redução de sofrimento, redução de prejuízos na vida, etc.

A prática da RD não se institui simplesmente pela garantia da lei. Sua proposta é um modo de inclusão dos usuários que por algum motivo não conseguem ter acesso ao sistema de saúde. As práticas de exigência de abstinência tendem a deixar um grande número de pessoas a margem de qualquer tipo de tratamento. Deste modo, as práticas de RD se constituem para garantir o acesso ao tratamento de acordo com o modo singular de organização da rede de saúde de cada município. Em Niterói, a escolha foi abrir mão de trabalhar apenas com a troca de insumos, mas pensar a RD como um modo de vinculação dos usuários de drogas com os serviços de tratamento ou com a figura dos próprios redutores. A intervenção desta prática seria no discurso do sujeito, dando-lhe um lugar ao possibilitar uma vinculação. Assim, o objetivo do grupo na internação seria possibilitar a vinculação ao serviço extra-hospitalar ou ao próprio

hospital de modo que cada um se responsabilize pela decisão de internar-se, e não delegar à família ou à justiça.

A RD seria, então, prática a ser sustentada pela atenção psicossocial, no tratamento extensivo. Fundamentamos nossa ideia de que as internações devem ser tomadas de dentro desta lógica, considerando efetivamente o momento da abstinência, mas também pensando estrategicamente o tratamento posterior. Assim, as práticas de RD teriam um lugar importante para pensar a continuidade do acompanhamento.

Por fim, RD não é contrária à abstinência. É uma prática que visa criar novos modos de relação do usuário com as drogas, seja reduzindo os danos decorrentes, seja estabelecendo estratégias que o possibilitem sustentar a abstinência fora do hospital. Na prática do grupo, cabe incluir a abstinência através das discussões de estratégias e medidas de proteção para não produzir exclusão igual outros tipos de grupo. Se os grupos de mútua ajuda excluem aqueles que não querem ou não conseguem mantê-la, os grupos de RD não podem excluir aqueles que querem ou já conseguiram a abstinência em algum momento, muito menos incitar o uso de drogas mais leve em detrimento de mais pesadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um trabalho clínico em uma enfermaria de hospital psiquiátrico está imbricado em um longo processo multifatorial de relações diretas entre política e práticas sociais. A lógica que institui a internação como modelo de assistência aos usuários de drogas, ou até mesmo a própria criação do conceito “usuário de drogas,” atravessa a sociedade e o sujeito produzindo uma demanda muito específica endereçada à instituição. Se as decisões políticas sobre drogas se pautaram em práticas proibicionistas e se a medicina entende saúde como estado de ausência de doença e abstinência de uso de substâncias, a restrição de liberdade dos usuários de drogas através das instituições de caráter total norteou as mais diversas práticas assistenciais.

Reconhece-se um ponto de articulação entre a demanda social pela internação dos usuários de drogas e uma demanda própria do sujeito que se nomeia como tal. Tomar por referência a teoria lacaniana dos discursos nos auxiliou pensar de que maneira estas duas demandas se aproximam e se diferenciam. De fato, pode-se apreender com o conceito dos discursos uma série de práticas sociais que se sustentam sobre a segregação. Apesar dos esforços no âmbito político e de assistência em saúde mental para a desconstrução da lógica da exclusão através das internações em instituições totais, a incidência do discurso científico imiscuído com o Discurso do Capitalista tem produzido o funcionamento de uma lógica segregadora: os grandes hospícios foram desmontados, mas multiplica-se em rapidamente outros modelos de instituição que visam o acolhimento dos usuários dentro de seus muros e fora das ruas.

A adoção e o reconhecimento por parte do sujeito da identidade de “usuário de drogas,” somado à associação entre crackolândia e internação, aponta para os diferentes modos de segregação que um trabalhador de saúde mental é convocado a responder. Entretanto, a contribuição da psicanálise neste campo é justamente sustentar uma prática que não reduz o sujeito a um significante: aquém e além de “dependente químico” há um sujeito em relação singular com a linguagem e gozo. O ciência com o Discurso do Capitalista multiplicam as drogas (como mais um tipo de *gadget*) a serem consumidas e as identificações a serem adotadas, mas o sujeito pode advir daí como resistência. Resistência a um nome ou diagnóstico, resistência em sua relação com o gozo. Isto se apresenta na internação como angústia em suas mais diferentes manifestações, que incluem episódios de fissura, atuações e evasões.

A internação como um modelo de assistência de Saúde Mental em instituição total corre sempre o risco de reproduzir segregação ao propor-se agente prioritário ou privilegiado do

cuidado. Ao instituir um dentro e fora através de seus muros, a internação se aproxima do próprio funcionamento da fantasia enquanto o processo de constituição da realidade. Frente o real como impossível de simbolizar, a realidade é o resultado do trabalho psíquico que erige a fantasia como uma resposta a este impossível. É uma tentativa de circunscrição, pois a “fantasia em que se constitui, para cada um, sua janela para o real” (LACAN, 1967/2003). Na instituição, a fantasia se atualiza como um espaço de diferenciação entre um dentro e um fora, onde o dentro, com o suporte simbólico do Outro institucional, ganha contornos imaginários de um real apaziguado e possível a ser exportado e sobreposto a um fora perigoso. Esta lógica dentro-fora produz um círculo de internação e reinternação, onde este modelo de assistência pode ser entendido pelo sujeito como o único possível, onde a abstinência é este estado imaginário de um gozo domesticado.

O que a experiência clínica apresenta, entretanto, é a distância entre a demanda do sujeito e a resposta do Outro institucional. A instituição pode recair no lugar de estar a serviço do sintoma do sujeito neurótico e, ao invés de interrogar, suspender e possibilitar a construção de um saber-fazer com o gozo - esta satisfação estranha e incômoda -, o sujeito goza com e na instituição. Diversamente de acompanhá-lo na repetição que se impõe à clínica, a instituição pode ser tomada como repetição sintomática, produzindo ou agravando a dependência do sujeito, não à droga, mas à instituição. Do mesmo modo, trabalhar a demanda, ou até mesmo construí-la, exige a responsabilização do profissional e permite outros encaminhamentos às atuações que não sejam a expulsão e exclusão do que é singular do sujeito.

A psicanálise traz ao debate a função da transferência e, conseqüentemente, a implicação dos profissionais. O manejo da transferência por parte do analista no tratamento na instituição deve ser orientado pelo lugar de vazio que ocupa. O sujeito irrompe pelo deslizar significante nas associações, de modo a não haver como encontrar sua certeza a não ser na sua própria antecipação na composição do significante. Na prática, isso se impõe como a necessidade de acompanhar cada caso como único, acolher as associações com a clareza de que o sujeito se constitui ao descompletar o Outro como ponto último do endereçamento “por ter, ao mesmo tempo, que se contar ali e desempenhar uma função apenas de falta” (LACAN, 1966/1998, p. 821). Ou seja, o analista sustenta sua prática em função deste vazio que tende a ser preenchido na instituição, em especial nas instituições totais, por um excesso de saber ou de comando.

De todos os mandatos que a instituição constituem e dos imperativos que a condicionam, o analista exerce sua função ao outorgar o lugar do sujeito como sujeito do inconsciente, isto é, pontual e evanescente, que aparece na radicalidade como efeito do significante em relação a outro significante. O analista faz sua aposta no sujeito que pode advir para além da demanda e também dos agenciamentos burocráticos. O que Freud (1919/2006, 176) pontua é que, do lado do analista, ele deve manter a abstinência do furor de curar a qualquer custo, enquanto Lacan (1959-60/1997, p. 349) ressalta a intervenção do analista a partir de seu desejo prevenido, isto é, de não desejar o impossível.

Com isto, já temos as condições que delimitam a ética da psicanálise, que não é aquela de uma adaptação do sujeito à sociedade extirpando o sintoma, nem a de reduzi-lo ao produto de determinações sócio-históricas. A orientação clínica visa manter o vazio de um saber *a priori* como possibilidade de incidência do Discurso do Analista. O vazio também remete-se a certo tempo em não tentar resolver de toda e qualquer forma o impasse que se apresenta ao sujeito. É de extrema importância o profissional se interrogar sobre seu ato. Como afirma Viganò (1999):

(...) trata-se de não colocar a pergunta: – O que podemos fazer por ele?, mas uma outra pergunta: O que ele vai fazer para sair daqui? Esse tempo [clínico da demanda do sujeito] é inevitável precluso, se o abrigo oferecido, ou imposto, é transformado em um ambiente cuja ação terapêutica deve ser aceita, por aquele que sofre, como sendo a condição para poder permanecer ali (VIGANÒ, 1999, p, 44).

Na instituição, em especial nas instituições totais que tendem a abolir o sujeito em nome do bom funcionamento, o analista deve sustentar em sua prática o esvaziamento do saber institucional sobre o sujeito e seu corpo. Lacan (2005) afirma que só os imbecis acreditam que há em algum lugar alguém que saiba resolver o fracasso a ponto de consertá-lo. No contexto de nossa pesquisa equivale a dizer que a imbecilidade é acreditar que há algo do saber especializado em álcool e drogas que possa garantir a melhoria do sujeito, sobretudo através da abstinência. Os modelos de tratamento baseados em técnicas que tendem a responder às demandas do sujeito não fazem mais do que proliferá-las e produzem como consequência a crença na consistência do Outro e a ilusão de completude pela via da fantasia. Assim sendo, há um paralelo entre o Discurso do Capitalista e as estruturas das psicoterapias cada vez mais comuns que visam eliminar o sintoma: “ambos suturam a falta inerente ao sujeito e introduzem uma ilusão de completude. Ambos se nutrem da mesma fantasia de completude e elidem essa mesma impossibilidade de completude, amorosa ou gozosa” (JORGE, 2006, p.137). Enquanto as

psicoterapias proporcionam a ilusão pela fantasia de amor e de bem, o capitalismo oferece tal ilusão por uma via perversa da oferta e uso de objetos de gozo.

Ao seguir tal direção, o tensionamento entre a psicanálise e as psicoterapias pode ser localizado no fato de que essas respondem a demanda desconsiderando que o sujeito tem outra significação que o terapeuta, isto é, o que o sujeito tem a dizer sobre seu sintoma não está contido em qualquer descrição generalizante do saber científico. A análise, por sua vez, parte de renúncia a qualquer tomada de posição no plano do discurso comum, isto é, das significações preestabelecidas, de modo a ater-se em outro discurso, do significante encadeado a outros significantes, inscrito no próprio sofrimento articulado em algo que lhe escapa, sua estrutura. A psicanálise não se coloca do lado de um discurso de liberdade por visar o “efeito do discurso no interior do sujeito” (LACAN, 1955-56/2008, p. 160). Do mesmo modo, não cabe à psicanálise apontar os falhas das ciências ou das psicoterapias no intuito de melhorá-las. Pelo contrário,

É em torno à falha, ao ponto de impossibilidade, que Lacan entende terem os analistas algo a articular para que o círculo que o discurso capitalista perfaz possa ser aberto (...) Apontar os furos é interpelar aquele a quem cabe o ônus de se provar como solução, ou solução melhor, para um problema por ele promulgado. Tal ônus não concerne à psicanálise, que sustenta antes um elemento insolúvel, tendo que se validar apenas como uma experiência possível do mesmo (DARRIBA, 2013, p. 11).

Abandonar o ideal de cura para o sujeito e do próprio ideal de funcionamento institucional é o caminho para o analista na instituição ao fazer valer em sua prática o trabalho com o que falha, não como erro, mas como ponto de opacidade que remete ao limite de toda significação. Lembramos que o que é da ordem do sujeito enquanto *fallasser* se dá como falha, tanto do Outro quanto de seu próprio estatuto de sujeito. Lacan (1968-69/2008) afirma:

Que o grande A como tal tenha em si essa falha, decorrente de não podermos saber o que ele contém, a não ser seu próprio significante, é a questão decisiva na qual desponta o que ocorre com a falha do saber. Na medida em que é do lugar do Outro que depende a possibilidade do sujeito, no que ele se formula, é das coisas mais importantes saber que o que o garantiria, ou seja, o lugar da verdade é, em si mesmo, um lugar vazado (LACAN, 1968-69/2008, p. 58).

Se problematizamos na clínica a relação do sujeito com seu gozo e se o inconsciente é o saber que se furta à verdade, podemos afirmar com Lacan (1969-70/2007) que o saber é o limite do gozo. Por este motivo, insistimos em sustentar uma prática pautada na singularidade do sujeito com sua palavra. Trabalhamos esta prática com o recurso que se tem, isto é, a instituição e o lugar político que ela ocupa na rede de assistência. Propõe-se uma prática em rede de um fora-dentro e de um dentro-fora, ou seja, abrir a instituição para os dispositivos territoriais; destrancar os consultórios de atendimentos individuais e somar às práticas coletivas; trabalhar o que é

particular entre vários e tirar consequências para o estrutural. Mais importante, contudo, é a assunção da responsabilidade do profissional que toma para si o caso e acompanha as consequências de seu ato. Assim, a construção do projeto terapêutico singular encontra função.

A medida que as instituições se multiplicam, cabe pensar a partir da inserção da psicanálise nestes lugares, se as considerações feitas nesta Dissertação podem orientar as práticas nestas outras instituições, que de partida não se apresentam em seu caráter totalitário clássico. Em especial, destacamos as Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, dispositivos vinculados aos CAPSad (BRASIL, 2012), que se propõem como recurso àqueles que estabelecem relação com o território que precisam de algum tipo de cuidado – o chamado “risco social” associado ao consumo de substâncias. Estas instituições se caracterizam como de “portas abertas” e estabelecem a clínica no acompanhamento do ir e vir dos usuários, em sua circulação pela cidade, tomando a instituição como referência temporária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, Sergio. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Em: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S.(orgs) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALVARENGA, Maria Elisa Parreira. Violência e drogadição. Em: *Responsabilidades* v.2, n.1, p. 75-86. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011/2012.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4665-4674. Disponível online em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf> Acesso em: 15/12/2014

ASKAFORÉ, Sidi. Aspectos da segregação. In: *A peste*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 345-354, jul./dez. 2009.

BALBINOT, Rachele; DALLARI, Sueli Gandolfi. Um panorama do tratamento do alcoolismo no direito brasileiro. In: *Revista USP*, n. 96. São Paulo, 2013. pp. 47-54.

BBC-Brasil. *Maconha passa a ser legal na capital dos EUA*. Reportagem de 26 de fevereiro de 2015. Disponível online em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/02/150226_maconha_washington_lab Acesso em: 30/03/2015.

BOMSEL, Olivier. “Le capitalisme engendre-t-il des addictions?” In: *La cause du desir revue de psychanalyse* n.88, Paris: L'école de la cause freudienne, 2014, pp. 89-94.

BRASIL. Lei 10.216 de 01 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), Presidência da República: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no336/GM de 19 de fevereiro de 2002

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059 de 04 de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009.

_____. Decreto no 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor. Brasília (DF), Presidência da República: 2010.

_____. Projeto de Lei nº. 7.663 de 10 de julho de 2010.

_____. Presidência da República, 2011: Crack, é possível vencer. link: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home> [Acessado em 06.02.2015].

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 121 de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

_____. Edital de chamamento público para cadastro de Comunidades Terapêuticas. Brasília (DF), Ministério da Justiça: 2014.

_____. Projeto de lei no. 7270 de 2014. Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas. Brasília (DF), Congresso Nacional: 2014.

_____. Ministério da Justiça. *Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil*. Brasília, 2014. Disponível online em:
http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf

BURSZTYN, Daniela Costa; FIGUEIREDO, Ana Cristina. O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Tempo psicanal*. [online]. 2012, vol.44, n.1, pp. 131-145. ISSN 0101-4838. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a08.pdf> > Acessado em 25.02.2015.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. “Cracolândia: hiper-realidade social, droga e igualdade.” *Polêm!ca* (UERJ). v. 11, n.3, 2012, pp. 371-384. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3728/2610>

CARRETEIRO, Rosane Oliveira. *Bisturis no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*. Projeto Memória do HEPq. Disponível no CEAP/HPJ, 1994.

CARVALHO, Maria de Nazaré Rodrigues Loureiro de. *Cartografando a rede de saúde mental na produção do cuidado “Cartografia da Rede de Saúde Mental” do município de Niterói*. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, 2013. Disponível *online* em <http://www.uff.br/saudecoletiva/images/Documentos/dissertacoes/mariacarvalho.pdf> > Acessado em 25.02.2015.

CASTRO, Juliana. *Projeto Memória do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*. Pesquisa inacabada de registros. Disponível para consulta CEAP/HPJ.

CHEIBUB, Waleska. *O tratamento do mal-estar na cultura: toxicomania e segregação*. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2014.

COPPUS, Alinne Nogueira; BASTOS, Angélica. O corpo na neurose obsessiva. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Dec. 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652012000200009> . Acessado em 03.04.2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4º Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, 2011.

CONTE, Marta. A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica. Em: *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, V. 2, p. 28-43, 2003.

_____. Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis? Em: *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 26, p. 23-33, 2004.

COSTA, Suely Azevedo; BARBOSA, Dalva Reis. Apresentando o Serviço de Recepção e Intercorrência SRI. In: BERENGER, Maria Emília; SÁ, Ricardo de; FONSECA, Sandra M. A.; BEZZ, Sérgio; COSTA, Suely Azevedo (orgs). *Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*. Niterói: EdUFF, 2008.

CRUZ, Marcelo Santos. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. Em: CIRINO, O. & MEDEIROS, R. *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas*. Autêntica: Belo Horizonte, 2006.

DARRIBA, Vinícius. As injunções extracientíficas na divulgação científica. In: *Opção Lacaniana* online v.4 n.10, 2013, pp. 01-12. Disponível online em: www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_10/As_injuncoes_extracientificas.pdf Acesso em: 06.04.2015.

DOMANICO, A.; MACRAE, E. Estratégias de Redução de Danos entre usuários de crack. Em: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (org). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FALBO, Gisele. Considerações sobre o mal estar na civilização. In: BERNARDES, Angela. *10 x Freud*. Niterói: Azougue Editorial, RJ LAPSO, 2005.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Em: *Mental* ano III n. 5. Barbacena, 2005, p. 45-55.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental, em Guerra, A.M.C. & Moreira, J.O. (orgs.) *A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social*, Curitiba, Editora CRV, 2010.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. Em: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S.(orgs) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FOSSI, Luciana Barcelos. *Os doze passos no governo das vidas nas comunidades terapêuticas*. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/UFRGS, 2013.

FREIRE, Ana Beatriz; BASTOS, Angélica. Psicanálise na universidade: saber, verdade e discursos. In: *Revista Estudos Lacanianos* vol.3 no.4. Belo Horizonte, 2010. Acessado em 19.11.2014 e disponível online em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-07692010000100007&script=sci_arttext

FREUD, Sigmund. (1950[1886]) Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1888). Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. IX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897a). Carta 79. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897b). Carta 46. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897c). Rascunho L'. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897d). Carta 59. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897e). Carta 105. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. III. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1905) Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira*, v. VII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1908). Moral 'civilizada' e doença nervosa moderna. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. IX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1910[1909]). Cinco lições de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1912a) Recomendadões ao médico que pratica a psicanálise. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912b) Contribuições à psicologia do amor II. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1912c). A dinâmica da transferência. In: *Obras completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1913a). Totem e Tabu. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1913b) Início do tratamento. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1913c). O tema da escolha do cofrinho. In: *Obras completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1915). *As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.

_____. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho analítico. In: *Edição Standard Brasileira* v. XIV. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1917) Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). In *Edição Standard Brasileira* v. XVI. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1919). Linhas de progresso em psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1921). Psicologia das massas e análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1923). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1924a). O problema econômico do masoquismo. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1924b). A dissolução do complexo de Édipo. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1924c). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1925). A negativa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1926). Inibições, sintomas e ansiedades. In: *Edição Standard Brasileira* v. XX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, vol. XXI, 2006.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. Em: *Obras completas volume 18*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. “A política antidrogas brasileira: velhos dilemas.” *Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 20, n. 2, p. 267-276, ago. 2008 . Acesso em 21/04/2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000200014>.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, conventos e prisões*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GUERRA, Andréa Máris Campos; NETO, Oswaldo França. Laço Social e Adolescência: O Pai e a Infração. In: *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 4, pp. 490-499, out./dez. 2012

HEINRICH-LEGET, Catherine; JACOB, Claude. Derrière le masque de la toxicomanie. Une modalité particulière de prise en charge institutionnelle, articulation entre théorie et clinique. *Psychotropes* 4/2009 (Vol. 15) , p. 95-120 DOI : [10.3917/psyt.154.0095](https://doi.org/10.3917/psyt.154.0095)

INEM, Clara. A fissura na clínica das toxicomanias: o mais-além da droga. Em: *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. “A psicoterapia conduz ao pior”. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

_____. *Os fundamentos da psicanálise: a clínica da fantasia*, v. II. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

JUNAAB. Disponível online em www.alcoolicosanonimos.org.br. Acesso em 23.11.2014.

LACAN, Jacques. (1947). A psiquiatria inglesa e a guerra. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1948). A agressividade em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953-1954). *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

_____. (1955-1956/2008). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1957-1958). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. (1958). A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1959-1960). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1962-1963). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. (1964a). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1964b). Ato de fundação da escola 21 de junho de 1964. Em: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1966a). "O lugar da psicanálise na medicina". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32. São Paulo: Edições Eolia, 2001.

_____. (1966b). A Ciência e a Verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1967). Alocução sobre a criança. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1967). A proposição de 9 de outubro de 1967. Em: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1968-1969). *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1969-1970). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. (1970). Radiofonia. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1971). *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. (1972). Du discours psychanalytique. Conférence à l'université de Milan. Recuperado em 21 de abril de 2009 em <http://pagesperso-orange.fr/espace.freud/topos/psych/psysem/italie.htm>

_____. (1972-1973). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1973). Televisão. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. Journées des cartels de l'École Freudienne de Paris. In: *Lettres de l'École Freudienne*, Paris, n. 18, p. 263-270, 1976.

_____. *O trinfo da religião*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LAURENT, Éric. Trois remarques sur la toxicomanie. Em *Quarto, bulletin de psychanalyse: fantasme, délire, toxicomanie*. n. 42. Bruxelles: ECF, 1990.

_____. (2012) O tratamento das escolhas forçadas da pulsão. In: *Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011/2012.

MALCHER, Fabio; FREIRE, Ana Beatriz. “Laço social na psicose: impasses e possibilidades.” *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 119-133, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000100008&lng=en&nrm=iso>.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. *Cárcere e fábrica: As origens do sistema penitenciário (séc XVI-XIX)*. Rio de Janeiro: Revan:ICC, 2010.

MILLER, Jacques-Alain. Psicanálise e psiquiatria. In: *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1997.

_____. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Ayres: Paidós, 2006.

MONTEVANI, Alexandre. A guerra e os grupos: um encontro entre Bion e Lacan. Em: *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* Vol. 7, No. 2. São Paulo, Jul.-Dez. 2006, pp. 23-29.

MORAIS, Ana Paula da Silva Baima. O supereu como estrutural do sujeito e o consumo como ideal do Outro na contemporaneidade. In: *A peste* v.3 n.1. São Paulo, 2011, pp. 17-36. Disponível online em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/viewFile/22078/16195>> Acesso em 07.03.2015.

NAPASTERK, F. *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2010.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. Em *Psicologia em estudo*, v. 11 n. 1. Maringá, 2006.

NICODEMOS, Julio Cesar. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*. Dissertação de Mestrado defendida pelo Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise/UERJ, 2013.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), 2011, pp. 154-162.

PRATTA, Nara.; COSTA-ROSA, Abílio. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.14, n. 4, pp. 672-689, 2013.

QUINET, Antonio. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

QUEIROZ, Isabela. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Em: *Psicologia: ciência e profissão*, vol. 21 no. 4, Rio de Janeiro, 2001.

ROMANINI, Moisés; ROSO, Adriane. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? In: *Psicologia: Ciência e Profissão* v.31 n.2, São Paulo, 2012, pp. 82-97. Disponível online em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a07>> Acessado em 10.03.2015.

REIS, A.; MORAES, L.A. Grupo, interpretação e transferência. Em: MACHADO, O.; GROVA, T. *PSICANÁLISE NA FAVELA Projeto Digá-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Diagá-Maré, 2008.

ROCHA, Eduardo. Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 4, p. 164-170, dez. 2003.

RUI, Taniele. “Isso não é um cachimbo”: sobre usuários de crack, seus artefatos e suas relações. In: *Àskesis - Revista dos discentes do PPGS/UFScar* v.1n.1, jan-jul 2012, pp. 32-45. Disponível online em: <<http://www.marcoarelios.com.br/06rui1.pdf>> Acessado em: 05.03.2015.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. “Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade.” *Ágora* v. XII n. 2 jul/dez 2009 333-346. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v12n2/v12n2a12>

_____. *Psicanálise E Redução de Danos: articulação possível?* Em: *MESA REDONDA: CIÊNCIA, VERDADE E GOZO do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Curitiba, 2010.* Disponível online em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr59-cynara-teixeira-ribeiro.pdf Acesso em 10.11.2014.

_____. *O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada pela redução de danos: perspectivas a partir da psicanálise*. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFBA, 2012.

ROSA, Miriam Debieux; CARIGNATO, Taeco Toma; SANDRA, Sandra Letícia. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneos. In: *Ágora* v.9 n.1. Rio de Janeiro, 2005, pp. 35-48. <http://www.scielo.br/pdf/agora/v9n1/a03v9n1.pdf>

SABINO, Nathali Di Martino and CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2005, vol.22, n.2, pp. 167-174.

SALAMANE, Luís Darío. *El silencio de las drogas*. Olivos: Grama ediciones, 2014.

SANTIAGO, Jesús. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

SCIARA, Louis. Les lieux de ségrégation constituent-ils la pointe avancée de la clinique contemporaine? In *Journal Française de Psychiatrie*, 1/2007 (n° 28) , p. 35-38. Disponível *online* em < www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2007-1-page-35.htm > Acessado: 01.03.2015.

SILVA, Francisco Marcelo da; SILVA, Kelly Regina Santos da. Novo modelo de segurança pública no Rio de Janeiro: violação ou garantia de direitos humanos nas favelas cariocas? In: *Revista brasiliense de pós-graduação em ciências sociais*, v. 11, 2012. Disponível *online* em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/8654>> Acessado em 05.03.2015.

STENZEL, Mirela; DARRIBA, Vinícius Anciães. O adolescente e a inconsistência do outro: discussão sobre a direção de tratamento a partir de caso clínico. *Estilos clin.* 2013, vol.18, n.3, pp. 477-489. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05/04/2015.

TAVARES, Felipe Rangel. Territorializações precárias na cidade: um estudo de caso sobre as cracolândias. In: *História, natureza e espaço: revista eletrônica*, v. 2 n.2, 2013. Disponível *online* em: <<http://dx.doi.org/10.12957/hne.2013.12119>> Acesso em : 05.03.2015.

TERRAB, Maurício. Uma experiência vazia. In: BENTES, L. e GOMES, R. *O brilho da infelicidade*. Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998, p. 149-156.

TERRAL, François. Sur le lien social capitaliste. L'en-je lacanien, 2003/1 no 1, p. 139-150. Disponível *online* em: <<http://www.cairn.info/revue-l-en-je-lacanien-2003-1-page-139.htm>> Acessado em: 02.02.2015.

VANIER, Alain. Névrose obsessionnelle, névrose idéale. In: *Figures de la psychanalyse*, 2005/2 no 12, p. 85-92. Disponível *online* em: <http://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2005-2-page-85.htm> Acessado em 03.04.2015.

VIDAL, Paulo. Freud e a nostalgia do pai. In: BERNARDES, A. (org.) *10xFreud*. Rio de Janeiro: Azougue, 2005.

_____. Marx não sem Lacan. In: MARIANI, B., (org.) *Discurso, Arquivo e...* , Rio de Janeiro, Ed. Sete Letras, 2011.

_____. As mamas do analista. In: FREIRE, Ana Beatriz (org.). *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga* n.13, Belo Horizonte: EBP, 1999, pp. 39-48.

_____. A construção do caso clínico. In: *Opção lacaniana online*, a. 1 n.1, 2010. Disponível online <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf> Acesso: 04.04.2015.

WACQUANT, Loïc. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [A onda punitiva]*. Rio de Janeiro: Revan, 2013.