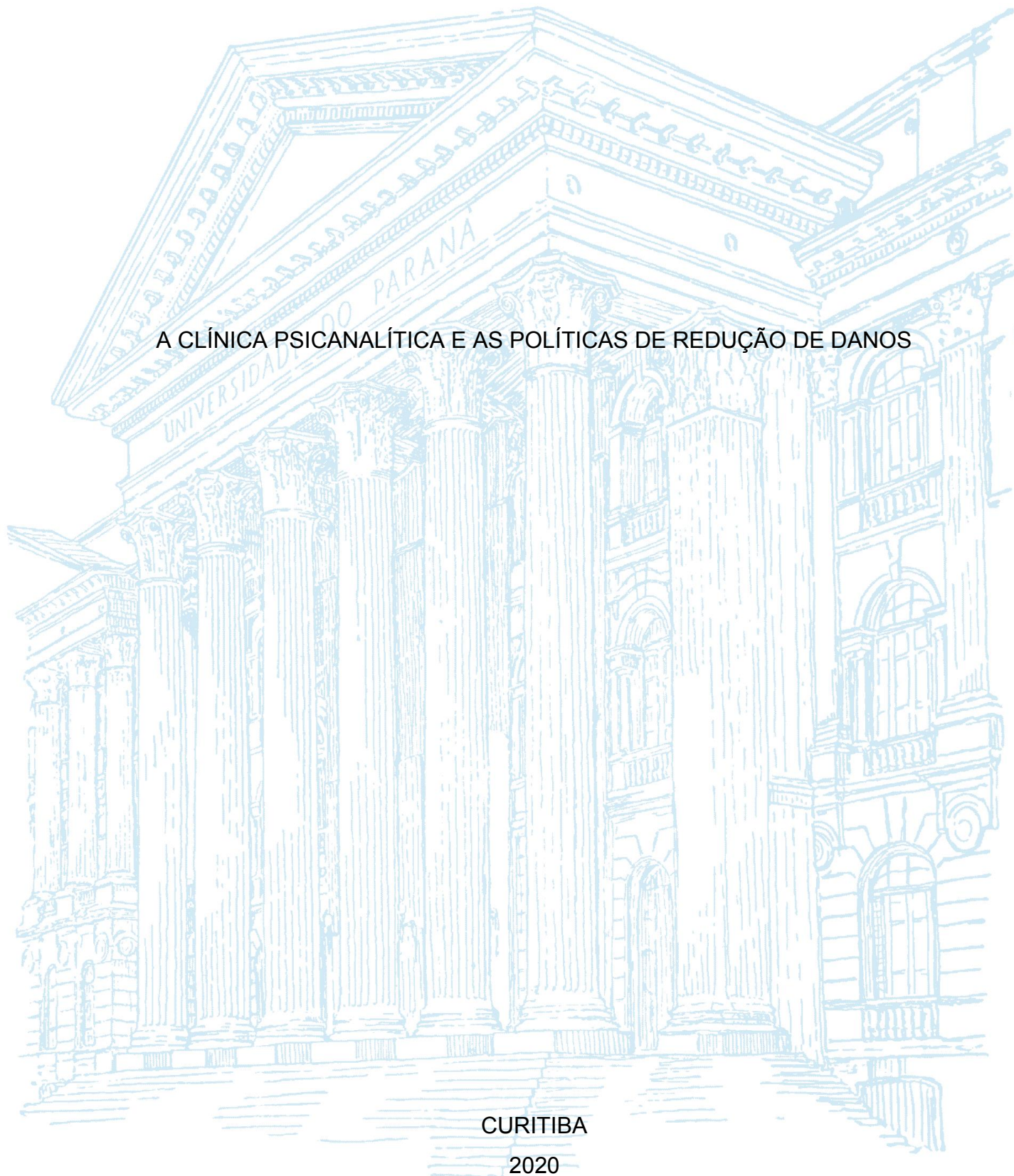


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA DE OLIVEIRA PIERIN

A CLÍNICA PSICANALÍTICA E AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS



CURITIBA

2020

JULIANA DE OLIVEIRA PIERIN

A CLÍNICA PSICANALÍTICA E AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Dissertação apresentada como requisito parcial ao título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Psicologia Clínica do Programa de Mestrado em Psicologia do Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Filomena Cremasco

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Pierin, Juliana de Oliveira

A clínica psicanalítica e as políticas de redução de danos. / Juliana de
Oliveira Pierin. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Profª. Drª. Maria Virginia Filomena Cremasco

1. Psicanálise. 2. Redução de danos. 3. Psicotrópicos. 4. Abuso de
substâncias – Pacientes. I. Cremasco, Maria Virginia Filomena, 1969-. II. Título.

CDD – 616.8906



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

ATA Nº235

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA

No dia quatorze de dezembro de dois mil e vinte às 10:00 horas, na sala da plataforma digital Rede Nacional de Pesquisa (RNP) <https://conferenciaweb.mp.br/events/dissertacao-juliana-oliveira-pierin>, conforme determinações da Portaria nº36/2020 da CAPES, das Portarias nº754/2020 e nº1624/2020 da Reitoria UFPR e das recomendações da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPR (PRPPG), foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda JULIANA DE OLIVEIRA PIERIN, intitulada: **A Clínica Psicanalítica e as Políticas de Redução de Danos**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SABRINA STEFANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), PRISCILA FREHSE PEREIRA (CLÍNICA PRIVADA). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 14 de Dezembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 12:57:27.0

MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 20:49:10.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 12:56:22.0

PRISCILA FREHSE PEREIRA

Avaliador Externo (CLÍNICA PRIVADA)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de JULIANA DE OLIVEIRA PIERIN intitulada: **A Clínica Psicanalítica e as Políticas de Redução de Danos**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 14 de Dezembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 12:57:27.0

MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 20:49:10.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/12/2020 12:56:22.0

PRISCILA FREHSE PEREIRA

Avaliador Externo (CLÍNICA PRIVADA)

AGRADECIMENTOS

À prof. Dra. Maria Virginia Filomena Cremasco que acompanhou minha trajetória acadêmica e me concedeu a oportunidade de poder estudar essa temática, oferecendo um espaço de aprendizado e crescimento profissional ao longo desses anos.

À professora Dra. Sabrina Stefanello por ter aceitado o convite para fazer parte da banca e acrescentar pontos necessários de forma crítica a respeito das políticas públicas.

À Dra. Priscila Frehse Pereira por também ter aceitado compor a banca, por acompanhar e oferecer uma escuta sempre sensível a respeito do meu percurso clínico psicanalítico, com acolhimento aos meus anseios de insegurança teórica.

Aos meus colegas do mestrado, em especial ao Marllon Andriola pelas trocas e debates teóricos que possibilitaram vislumbrar nossos caminhos da pesquisa, também agradeço a parceria e incentivo ao longo das disciplinas na construção de nossos trabalhos em conjunto.

Aos meus pais Edson e Hilda que apoiaram minhas escolhas profissionais, oferecendo carinho e suporte em todos os momentos que precisei.

Ao resto de minha família, à minha irmã Ana Carolina que sempre acompanhou meu trabalho e me incentivou. Ao João Gabriel, meu companheiro de vida, por todo amor, apoio e construções filosóficas ao longo desses anos. Também ao Baco meu pequeno cão companheiro de madrugadas adentro de estudos.

Aos meus amigos por me oferecem sempre um lugar de lazer e diversão me ajudando a equilibrar as responsabilidades da vida acadêmica, tornando a jornada mais leve.

À minha analista que me acolheu com uma escuta sempre presente ao longo desses anos e que me auxiliou em todos os processos de elaborações até aqui.

Aos pacientes e participantes que aceitaram participar da pesquisa, confiando na possibilidade de um espaço ético e seguro de escuta sobre suas inseguranças e seus medos. Em especial aquele que desejou iniciar a pesquisa, mas sua angústia de viver foi maior e infelizmente nos deixou antes de dar início a pesquisa, fica a ele a dedicação desse trabalho na possível esperança do benefício a outros sujeitos.

Ao Departamento do Programa de Mestrado em Psicologia pelo acolhimento, em especial à secretária Bruna por toda ajuda e esclarecimentos quando necessários.

Num monumento à aspirina

*Claramente: o mais prático dos sóis,
o sol de um comprimido de aspirina:
de emprego fácil, portátil e barato,
compacto de sol na lápide sucinta.
Principalmente porque, sol artificial,
que nada limita a funcionar de dia,
que a noite não expulsa, cada noite,
sol imune às leis da meteorologia,
a toda hora em que se necessita dele
levanta e vem (sempre num claro dia):
acende, para secar a aniagem da alma,
quará-la, em linhos de um meio-dia.*

*Convergem: a aparência e os efeitos
da lente do comprimido de aspirina:
o acabamento esmerado desse cristal,
polido a esmeril e repolido a lima,
prefigura o clima onde ele faz viver
e o cartesiano de tudo nesse clima.
De outro lado, porque lente interna,
de uso interno, por detrás da retina,
não serve exclusivamente para o olho
a lente, ou o comprimido de aspirina:
ela reenfoca, para o corpo inteiro,
o borroso de ao redor, e o reafina.*

João Cabral de Melo Neto - 1966.

RESUMO

O tema da presente pesquisa visa elaborar a questão que circunda a práxis da clínica psicanalítica em face ao atendimento de sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Enquanto observamos em algumas terapêuticas a anulação do lugar do sujeito que sofre e fala, centralizando a questão no objeto-droga, a psicanálise propõe uma visão focada nos processos psíquicos inconscientes individuais de cada um. E considera o uso de substâncias uma consequência do processo do sujeito em encarar seu sintoma. É possível observar que o discurso social, quando é pautado em uma moral conservadora, visa culpar o objeto causador do sintoma submetendo o indivíduo à tratamentos que o excluem de seu meio social e cortam suas relações de vida. Inclusive, as que não são causadoras de sofrimento. Seguindo um modelo de comportamento, algumas terapêuticas associam o modelo ideal à uma necessária abstinência do uso, enquanto a psicanálise não deixa à critério do sujeito decidir sobre sua abstinência ou não, compreendendo que a cura não significa retornar ao estado anterior ao surgimento do sintoma. Uma outra possibilidade terapêutica são as políticas de redução de danos que consideram o sujeito singular buscando integrar sua participação no desenvolvimento de seu projeto terapêutico de forma ética. Os seus processos de escolha são considerados, buscando não apagar sua voz. Sem colocar expectativas sociais e um julgamento totalitário, a redução de danos vai muito além da mera substituição de uma substância por outra menos nociva, ela entra no discurso de reeducar e conscientizar o sujeito sobre as implicações de seu uso, visando lhe conferir maior autonomia e consequente ganho na qualidade de vida. Enquanto a psicanálise parte da escuta do sujeito inconsciente, que possui um lugar distinto do que ocupa no saber médico. Para tanto, a pesquisa busca discorrer sobre como a psicanálise, enquanto práxis, pode contribuir com as políticas de redução de danos nos tratamentos de usuários de substâncias psicoativas. Como uma alternativa aos tratamentos intervencionistas e limitadores da subjetividade, o trabalho visa propor um outro olhar para o sujeito que faz uso de substâncias, sem que isso o defina por si só, para além de questões morais ou legais. Assim, baseado no método psicanalítico de construção de caso, foram atendidos dois pacientes que fizeram e/ou fazem uso de substâncias psicoativas (considerados por eles mesmos como prejudiciais). A construção de caso aparece em dois momentos, sendo o primeiro de narrativa da história do sujeito e no segundo através da construção teórica a partir da consonância do método psicanalítico com a vertente da redução de danos.

Palavras-chave: Psicanálise. Redução de danos. Método clínico psicanalítico. Usuários de substâncias.

ABSTRACT

The subject of the present research is to analyze the possibility of dialogue between the psychoanalytic clinic and the harm reduction policies, through sessions with psychoactive substances users. The work is justified from the moment in which we observe in some therapies the annulment of the place of the subject who suffers and speaks, centralizing the question about the substances in use, psychoanalysis proposes a vision of looking at the individual's unconscious psychic processes, the use of substances being a consequence of the subject's process facing his anxieties. Therefore, the research takes place in two distinct moments, first by theoretical construction in which it is intended to bring the entire scenario of objectification of interventionist treatment policies, in contrast to the deconstruction of these practices from the insertion of harm reduction strategies in the world. and especially in Brazil. Questioning the normative constructions of normality-disease patterns and prospects for healing, we seek to bring this interface of psychoanalysis with harm reduction practices that give the subject a unique place to listen to his psychic symptom, which is not a ready datum appearing in relation to that which escapes the normality curve. Therefore the initial chapters are engendered in the construction of the theoretical pillars that support the research proposal, going through fundamental principles of harm reduction strategies and of psychoanalytic clinical practice. With that, we get into concepts that refer to the principles of treatments, to the subject's place of speech, the construction of the place of the unconscious subject of psychoanalysis, the importance of this differentiation as a break up with other dualistic (normal-pathological) care practices. Still in the interface dialog, the work seeks to elucidate the diagnostic issue with regard to the use of substances, without framing specific and structural patterns on the subject. The question becomes more about listening to the stories and elaborating a construction analysis regarding the unconscious discourse that makes it possible to look at the subject as a whole and build from there a treatment path, based on a diagnosis that guides and does not imprison these subjects in a norm. In this way, we worked on the second stage of the construction of two clinical cases, served by the pillars of psychoanalytic practice, creating the interface with the principles of harm reduction in treatment. From these cases it became possible to consider the importance of giving visibility for the subjects to tell their story, without framing them from the relationship with the substances in use, concluding that the substances in use do not necessarily represent the cause of the issue, but a possible consequence.

Keywords: Psychoanalysis. Harm Reduction. Psychoanalytic method clinical.

Psychoactive substances users.

LISTA DE SIGLAS

ABORDA	- Associação Nacional dos Redutores de Danos
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CONAD	- Conselho Nacional sobre Drogas
DSM	- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não governamental
RAPS	- Fortalecimento da rede de Atenção Psicossocial
SENAD	- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	METODOLOGIA.....	20
2.1	Considerações sobre o método	20
2.2	O método de construção de caso em psicanálise	23
2.3	O método psicanalítico	26
3.	AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS	30
3.1	O combate às drogas e o proibicionismo.....	30
3.1.1	A crise dos opioides e a medicalização do sofrimento	32
3.2	O proibicionismo nas correntes terapêuticas	36
3.3	Histórico de estratégias de redução de danos no mundo.....	45
3.4	As políticas de redução de danos no Brasil.....	53
4.	OS FUNDAMENTOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA	60
4.1	O sujeito e a subjetividade em psicanálise	60
4.2	Recortes sobre o método clínico psicanalítico em comparação com as outras terapêuticas.....	65
4.3	O manejo dos sintomas e a cura em psicanálise	73
4.4	A redução de danos e a clínica psicanalítica.....	80
4.4.1	A psicanálise e o uso de substâncias psicoativas	80
4.4.2	A interface entre a escuta psicanalítica e as estratégias de redução de danos 87	
5.	NARRATIVAS CLÍNICAS	93
5.1	Um caso de (im)potência.....	93
5.1.1	História	93
5.1.2	Um caso de (im)potência em psicanálise	96
5.2	Um caso de excessos.....	103
5.2.1	História	103
5.2.2	Um caso de excessos em psicanálise	105
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
7.	REFERÊNCIAS	120

1. INTRODUÇÃO

Em “Mal Estar na Civilização” Freud (1930) transcorre sobre a finalidade de vida dos sujeitos, recaindo na busca pela felicidade, seja através do distanciamento da dor e do desprazer, ou pela busca ativa de prazeres a partir da vivência de seus afetos. É justamente nesse anseio de encontrar vitalidade na existência que buscamos novos horizontes: a humanidade se constitui nesse modo ativo de movimento em busca do novo, daquilo que se idealiza como a possibilidade de uma experiência de satisfação maior do que a sentida no momento presente. Assim, seja pela expectativa em relação ao futuro ou pela fuga de dores passadas, o motor da evolução humana se consolida a partir desse movimento em busca de satisfação e novos prazeres, a tal busca pela felicidade. Segundo relatório apresentado pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (2019) cerca de 35 milhões de pessoas no mundo fazem uso prejudicial de substâncias, sendo que a cada 7 indivíduos somente um recebe tratamento. Isso ocorre em suma pela não disponibilidade ou pela dificuldade de acesso à tratamentos com base científica, que demonstrem intervenções eficazes e que estejam alinhados com os princípios éticos e humanitários da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse caso é fundamental que os governos invistam ainda mais em pesquisas, na divulgação e capacitação dos profissionais de modo a oferecer alternativas de tratamento para lidar com essa questão a respeito do uso prejudicial de substâncias.

Para tanto esta pesquisa também refletiu sobre essa demanda podendo contribuir com a melhor compreensão a respeito do fenômeno do uso de substâncias, bem como, transcorrer sobre as formas de compreensão do sujeito e as práticas de atendimento possíveis, considerando os limites da escuta clínica. A pergunta que visou ser respondida ao longo da pesquisa foi: “Como a psicanálise enquanto práxis pode contribuir para as práticas da política de redução de danos no tratamento de usuários de substâncias psicoativas?”.

Neste sentido iremos discorrer o que se compreende pela clínica psicanalítica. Conforme propõe Mezan (1992) em “Psicanálise e Psicoterapias”, ela se forma a partir dos seus pilares constitutivos: inconsciente, interpretação, resistência e transferência, elementos que buscamos trazer ao longo dessa pesquisa. A escolha de caminhar através da prática clínica psicanalítica decorre do fato de esta considerar o sujeito inconsciente em relação ao seu sintoma, que é

sempre singular. A psicanálise rompe com a psicopatologia do modelo biomédico que considerava o sujeito a partir do seu sintoma, tendo uma ordem de relação excludente de especificidade clínica. Segundo Cynara Ribeiro (2012) discorre em sua tese, “O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada pela redução de danos: perspectivas a partir da psicanálise”, o movimento da psiquiatria seguiu uma vertente de tratamento pautada na clínica ampliada passando a incluir os procedimentos de atenção psicossocial. Desse modo, nesta prática não se considera somente o sujeito e sua relação com a doença, mas o contexto em que está inscrito, suas relações sociais e familiares, de modo que o tratamento se pauta nesse indivíduo autônomo capaz de tomar decisões acerca de seu projeto terapêutico individual.

Levando em consideração que a noção de sujeito sustentada pela clínica ampliada é a de um ser autônomo, capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, e, portanto, o objetivo dos serviços de saúde mental deve ser o aumento das possibilidades de governabilidade dos sujeitos sobre suas vidas, fica evidenciada a diferença da clínica ampliada em relação à clínica do sujeito do inconsciente. A clínica psicanalítica tem, como ponto de partida, o sujeito do inconsciente enquanto falta-a-ser e visa a sua implicação no sintoma do qual se queixa (RIBEIRO, 2012, p. 73).

Assim, apesar do saber psiquiátrico atual estar próximo da psicanálise, na medida em que preconizam a clínica da escuta do sujeito, a clínica ampliada trata daquele sujeito autônomo em que se deve considerar as possibilidades de reinserção do laço social, por isso uma clínica psicossocial. Em contrapartida, temos a clínica psicanalítica que parte da análise do sujeito inconsciente e que também considera suas relações subjetivas, mas sem que isso implique necessariamente em reconstrução de laços sociais, pois está mais correlata de como esse sujeito inconsciente se encontra a respeito de seu sintoma (RIBEIRO, 2012).

Para a psicanálise, a clínica e a teoria caminham juntas na construção de um saber sobre o sujeito. Neste sentido não se pressupõe um diagnóstico fechado sobre aquele que usa substâncias, assim como não há um protocolo de atendimento, ele é construído no contato um a um. Assim, o intuito deste trabalho consiste em localizar a psicanálise em sua prática clínica como uma emergente desse cuidado singular com o paciente. Voltando o tratamento para a visão particular de cada sujeito e concedendo um lugar ético e seguro para escuta, sem enquadrar um diagnóstico a partir do uso de substâncias, mas considerar todo o

conteúdo anímico apresentado pelo paciente em seu discurso. A psicanálise surge dessa ruptura do saber científico cartesiano para elaborar sua *práxis* a partir do inconsciente de cada sujeito. Neste sentido, enquanto clínica, não pretende limitar o usuário a um tratamento que melhor condiga com as leis sociais, pois a clínica psicanalítica não está à serviço do Estado. Para tanto, será necessário discorrer sobre a noção de sujeito em psicanálise que é distinto do sujeito da medicina, psiquiatria e do campo jurídico. Visto que a clínica não visa apenas analisar o sujeito através de um objeto de estudo para a teoria, mas conferir uma escuta a partir de toda a relação entre analista e analisando. Dessa forma não se define o todo por um especismo de dependente químico, toxicômano, usuário etc.

Não significa que o diagnóstico clínico ou estrutural não seja importante, pois é ele que possibilita a análise da relação terapêutica e conduz o percurso de tratamento, o que reiteramos é a importância de que o sofrimento psíquico do paciente não se esgote em seu diagnóstico. E que não se considere somente a relação que o indivíduo tem com as substâncias de uso. Por isso a escolha de analisar a contribuição da *práxis* psicanalítica para uma frente de tratamento que não é reducionista em seu diagnóstico, como a redução de danos. Partimos do pressuposto de que a redução de danos emerge de um lugar de desconstrução do saber psiquiátrico clássico, conferindo uma posição de autonomia ao paciente sobre seu projeto terapêutico e considerando seu lugar singular frente ao sintoma. Ou seja, assim como a prática psicanalítica, ela não reduz o tratamento a um único objetivo psicopatológico, e vai além quando analisa a constituição bio-psico-social de cada paciente, trabalhando principalmente formas de reinserção social. Assim sendo, essa pesquisa incide sobre diversas formas de compreensão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas, suas raízes e seus consequentes impactos no psiquismo, podendo transcorrer sobre formas de tratamento que não limitam a forma de olhar para o sujeito.

Com isso devemos compreender algumas terminologias diagnósticas a respeito do uso e porque escolhemos não classificar os participantes da pesquisa dentro desses enquadres. A literatura muitas vezes não traça diferenciações entre os termos dependência química, toxicomania, drogadição e uso de substâncias, porém é importante ressaltar que em enquadres diagnósticos eles podem demonstrar traços particulares de compreensão sobre a relação do sujeito com o objeto de consumo. A dependência química acaba associando a desordem

sintomática com a substância química de consumo, ou seja, o adoecimento ocasionado pelo uso ou pela própria substância em si, associando a uma dependência biológica. É o diagnóstico mais comumente encontrado, porque ainda está compreendido em uma dualidade de saúde-doença como dita os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende a saúde como um completo estado de bem estar. Nesses casos entende-se que o uso causa esse desequilíbrio (PRATTA; SANTOS, 2009). Em algumas instituições a dependência química é compreendida como um estado de falta, seja de amor, de sentido de vida, ou, a mais comum: de carácter. Portanto, o sujeito administra as substâncias de consumo de modo a preencher essa falta.

Enquanto isso a toxicomania é um termo que também parece estar intimamente relacionado à substância, ou seja, ao *toxicum*. Alguns autores compreendem que há um estabelecimento único de relação com o objeto de consumo, impossibilitando outras formas de definição de laços e relações (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019). Em termos psicanalíticos, encontramos na literatura o enquadre da toxicomania em determinadas estruturas em função dessa relação particular com o uso, ou seja, ela pode ser lida como um caso de psicose, perversão e até uma estrutura autônoma. Em função dessa pluralidade teórica buscamos discorrer sobre a relação do sujeito com o uso de forma bastante particular, porém trazendo essas reflexões nosológicas assim como aparecem nas práticas de redução de danos.

Além disso, encontramos a nomeação dos usuários de substâncias psicoativas, que podem ou não fazer um uso prejudicial. Nesses casos os psicoativos aparecem como mais um objeto por busca de satisfação, que não necessariamente compromete outras formas de estabelecimento de laços sociais. Com essa singela diferenciação foi possível estabelecer a condução da pesquisa com parte prática fundamentada pela psicanálise. Para tanto, escolhemos a pesquisa em psicanálise com método psicanalítico, em que a atividade clínica do analista é essencial para fundamentar a teoria (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006). Por se tratar de uma pesquisa conduzida junto à escrita do trabalho e não a posteriori, foi fundamental que a escolha dos participantes tivesse certa delimitação de enquadre. Assim utilizamos a classificação dos sujeitos de pesquisa como aqueles que já fizeram ou fazem “uso prejudicial de substâncias psicoativas”. Nesse sentido, não buscamos por pacientes que receberam anteriormente o diagnóstico de

dependentes químicos ou toxicômanos, e sim de sujeitos que por sua própria avaliação fazem ou já fizeram um uso de substâncias que consideraram prejudicial.

A pesquisa caminhou em paralelo com a atuação clínica e a escrita conceitual, em que se buscou traçar um diálogo de interface entre a práxis clínica da psicanálise e as estratégias de cuidado da redução de danos, sendo que as construções de caso ocorreram após a finalização dos atendimentos. O interesse em estabelecer essa interface partiu do pressuposto de que tanto a psicanálise quando a redução de danos não limitam o sujeito em seu diagnóstico ou enquadre clínico, ou seja, não apresentam um modelo pronto de tratamento que está pautado em uma “cura” ideal, sendo nesse caso dentro de um cenário livre de drogas. As duas práticas consideram esse lugar de fala do paciente, possibilitando traçar um sentido por suas escolhas e, estabelecer novas formas de conexões que lhe causem menos sofrimento. Neste sentido, essa pesquisa não visa buscar o tratamento ideal para usuários, nem mesmo a “cura” para a questão do uso prejudicial, mas um olhar mais humanizado sobre o sofrimento psíquico que acomete esses indivíduos.

Assim, esta pesquisa será constituída inicialmente de um capítulo que descreve o aspecto metodológico, fundamentando a escolha de se fazer uma pesquisa em psicanálise com método psicanalítico, bem como sobre o passo a passo das construções dos casos clínicos. Em relação à metodologia escolhemos trabalhar com uma pesquisa que trouxesse os traços clínicos e práticos dos atendimentos, uma vez que estamos discorrendo sobre a noção de manejos e tratamentos sob um enquadre específico clínico. A escolha de se trabalhar com a construção de caso se deu em função de a considerarmos como a ferramenta mais eficaz em relação a própria problemática da pesquisa, lançando um olhar total para o sujeito, sem unificá-lo a um aspecto de sua vida. Outras análises de caso que trabalham com vinhetas clínicas, onde ocorrem retorses do caso do paciente e, mesmo diante da limitação de se trazer um caso totalmente transcorrido para a pesquisa, buscamos priorizar o sujeito como um todo, por isso a escolha de construir o caso a caso. Nesse sentido buscamos fazer uma construção de caso a partir de dois momentos principais: o tempo da narrativa da descrição de caso e da análise teórica a partir dos fragmentos coletados após as sessões (fundamentados na teoria psicanalítica e discorridos sob supervisão clínica). Para tanto foram utilizados instrumentos próprios do método psicanalítico, como a transferência, com a construção de análise sobre ela (DUNKER; ZANETTI, 2017). Assim, as bases da

fundamentação teórica para construção de caso ocorreram a partir da teoria psicanalítica e das estratégias da redução de danos sob o fenômeno de uso prejudicial.

Em seguida traremos um capítulo sobre as políticas de redução de danos, desde sua consolidação e seu contraponto com as práticas totalitárias do proibicionismo, descrevendo as estratégias de cuidado da redução de danos enquanto analisa o sujeito como um ser bio-psico-social. A partir disso, se discutiu a respeito das terminologias sobre o indivíduo que faz uso de substâncias. Ao longo deste trabalho será possível notar que não utilizamos muito a terminologia “drogas”, e sim “substâncias psicoativas”. A escolha disso parte do pressuposto de que a construção do termo “droga” partiu da junção do campo médico e jurídico para nomear toda e qualquer substância – em geral ilícita – da qual o sujeito faz uso e acaba por limitar uma forma criminalizada de olhar para aquele que as utiliza.

No Brasil até a década de noventa o uso de substâncias estava relacionado com a criminalidade, de forma que as políticas públicas de tratamento eram voltadas exclusivamente para o cessar do uso. A partir dessa forma de prevenção os usuários acabavam sendo marginalizados e colocados à beira da sociedade. Desta forma, eram feitos internamentos através de hospitais psiquiátricos, que excluía o indivíduo do seu meio, cortando suas relações e laços afetivos, tirando inclusive aquilo que não era prejudicial e gerava satisfação. Ainda hoje se utilizam alguns desses sistemas de internamento em algumas instituições filantrópicas e particulares (a exemplo de algumas comunidades terapêuticas), como trataremos ao longo desta pesquisa. A mescla dos poderes de saúde e justiça do Estado para o tratamento desses indivíduos acarretava um aniquilamento do lugar singular de cada um como forma de controlar o crescente uso de drogas. Algo que em termos psicanalíticos, podemos chamar de um aniquilamento pulsional, porque tirava dele toda e qualquer forma de ressignificação de seus destinos pulsionais frente à satisfação libidinal (REIS, 2015).

Para tanto, neste capítulo iremos discorrer e desconstruir alguns pilares das práticas intervencionistas que pressupõem como única forma de tratamento o afastamento total da droga. A partir disso abrem-se possibilidades para falarmos sobre como podem ocorrer os processos terapêuticos, a serviço de quem estão e o que buscam encontrar ao final deles. Sem definir o sujeito a partir da relação com a droga, o viés das novas políticas de tratamento, como a redução de danos, surge

através da desinstitucionalização decorrente da reforma psiquiátrica, que no Brasil se deu somente na década de oitenta. Com a influência da corrente filosófica de Foucault surgem novas formas de compreender os padrões de normalidade e patologia e a redefinição disso abre espaço para outros métodos de tratamento que também passam a questionar a própria medicalização como forma de mascaramento dos sintomas. Com isso, falaremos a respeito da medicalização do sofrimento e como esse efeito repercutiu e ainda reflete na implementação tardia de outras políticas como a redução de danos em alguns países do mundo, e em especial no Brasil. Buscamos elevar as denominações da redução de danos, não apenas como uma política pública, mas principalmente adentrar em sua questão epistemológica no que se refere às práticas e estratégias de cuidado do sujeito. Partindo de um caráter ético e humanitário, a redução de danos está além do discurso simplista que muitos profissionais ainda utilizam para deslegitimar seu espaço. Pois ela não diz respeito a uma mera prática substitutiva e paliativa de cuidado. Comunicando outras formas de olhar para o sujeito que sofre, a redução de danos oferece um lugar de escuta e de visibilidade para o cada um, não definindo protocolos de tratamento que enquadrem o paciente em um ideal do profissional.

Ainda neste momento da pesquisa, será abordado sobre a dificuldade da inserção dessas políticas públicas de cuidado no Brasil e suas diversas tentativas de fazer frente aos variados ataques que sofre de governantes - que buscam derrubar pesquisas científicas que comprovam o novo cenário do uso de substâncias no país. Falamos da redução de danos como uma forma de resistência frente à constante ameaça de desmonte da saúde pública no Brasil. Isso porque essas novas políticas públicas não se limitam à estratégias de cuidado voltadas ao uso de substâncias, mas a qualquer prática que vise diminuir os danos físicos, sociais, econômicos e psicológicos de uma enfermidade ou de um quadro diagnóstico para os sujeitos. No atual cenário mundial de saúde pública, estamos observando por exemplo, diversas estratégias de redução de danos como forma de prevenção à um maior incidente de mortes por COVID-19. Quando se praticam estratégias de distanciamento social, de protocolos de higiene, estamos buscando a diminuição da exposição desses sujeitos à um risco eminente de saúde, precavendo a superlotação dos serviços de saúde para que todo e qualquer cidadão tenha acesso ao melhor tratamento disponível até então.

O segundo capítulo terá o intuito de adentrar nas questões práticas de manejo da psicanálise, com a análise sobre resistência, sintoma, cura e os objetivos e percursos de um trabalho de análise. Diferente do que propõe uma corrente clássica de pensamento, em que o sintoma na drogadição seria o uso de substâncias, na psicanálise ele pode anteceder o uso, e é a partir disso que se constrói a escuta do sujeito inconsciente. Incidiremos sobre a construção da noção de sujeito do inconsciente para a psicanálise. Como um rompimento do pensamento dualista cartesiano de “penso, logo existo”, a psicanálise traz a noção do “penso, porque existo” (GODINO, 2009). Com a formação psíquica do sujeito ocorrendo por meio da formação do aparelho psíquico e do campo pulsional, demarca-se uma diferença sobre as correntes orgânicas de pensamento que ainda estão respaldadas sobre um sujeito cartesiano, como muitas vezes ocorre na própria psiquiatria clássica. Assim, busca-se trazer de forma breve a consolidação do campo pulsional como artefato necessário para se pensar a formação do sujeito inconsciente na medida que discorreremos sobre qual sujeito estamos ouvindo no consultório e, principalmente sobre a própria formação do sintoma psíquico para a psicanálise, que é diferente da noção de sintoma para a medicina. Sobre isso, serão analisados os manejos clínicos descritos por Freud ao longo de sua obra, passando desde a primeira tópica em escritos sobre o tratamento psíquico em 1890, até seu texto sobre “Análise finita e infinita” em 1937, de modo a buscar ressaltar os principais aspectos sobre a formação dos sintomas, o manejo deles na transferência e sobre a própria proposta do tratamento analítico, caindo em questionamentos sobre o que podemos considerar como cura.

Ao final deste capítulo entraremos na proposta principal desse trabalho: o diálogo de interface entre a psicanálise e a redução de danos, passando sobre a visão da psicanálise a respeito do uso de substâncias, noções diagnósticas sobre uso prejudicial, toxicomania e a importância do diagnóstico frente à abordagem transferencial com os pacientes, ponto em que se fez o diálogo com a redução de danos. Assim, a interface entre a psicanálise e a redução de danos reside do fato de a escuta do sujeito inconsciente possibilitar o desvendamento do discurso alienante que totaliza o usuário em seu sintoma, podendo considerar também o meio em que constitui suas relações sociais. Desse modo, ambas as práticas não assumem um discurso limitador. É importante compreender que para Freud a análise deveria ser o

lugar com o qual o sujeito escolhe ocupar e falar de si, sem repressão nem excesso de acolhimento.

Na trajetória clínica é possível observar um crescente número de indivíduos que fazem uso de substâncias, alguns em uma tentativa de tamponar questões sintomáticas de suas vidas, que temem entrar em contato. Além da dificuldade de encontrar tratamentos não restritivos de liberdade, alguns pacientes relatam não se encaixarem nas expectativas terapêuticas projetadas sobre eles em instituições. Bem como, profissionais da saúde que por vezes se negam a atender quando o paciente aparece no consultório sob efeito de substâncias. A pesquisa visa incidir sobre essa problemática, porque acredita que na possibilidade de reconhecer os limites das intervenções terapêuticas de cada caso seria possível oferecer um lugar ético de escuta e acolhimento social. A interface se faz necessária na medida que não parte da visão do sujeito a partir do olhar diagnóstico ou estrutural, mas sobre todo o indivíduo considerando constituição pulsional.

Para o terceiro capítulo restou a análise das construções de caso, em que trazemos dois casos clínicos bastante distintos, sendo possível discorrer questões estruturais, diagnósticas sobre distinções em casos de toxicomania ou de uso prejudicial. Mas em especial, a construção mais rica desse capítulo se deu sobre as histórias desses sujeitos, contadas através da narrativa-fictícia¹, onde se pode considerar o sujeito do inconsciente, além de demonstrar a formação sintomática para cada caso. Após o momento da narrativa, iremos elaborar toda a análise de construção de cada caso, buscando estabelecer as interseções das estratégias de redução de danos para a condução de cada caso. Nesse sentido iremos levantar o debate sobre essas questões construídas ao longo do trabalho, sobre o processo de diagnóstico, a medicalização dos sujeitos e sobre a análise da transferência que fala do lugar do clínico na escuta de cada caso.

Por fim, nas considerações finais será realizado um balanço a respeito dos conteúdos tratados até então e sobre a importância de se dar visibilidade para cada sujeito em seu lugar. Ressaltaremos a importância de se escutar cada um sem limitar suas escolhas e, principalmente, não definir o olhar a partir do uso de alguma

¹ Considerando Peron e Dunker (2011) sobre a narrativa-fictícia que se refere a descrição da história do paciente a partir de uma narrativa considerada fictícia por considerar a memória lógica do analista, que transcorre as sessões ao final da análise. Isso será melhor descrito no capítulo sobre metodologia.

substância, seja ela lícita ou não, seja o uso prejudicial ou não, mas abrir um campo de diálogo. São propostas necessárias que buscamos debater nesse trabalho e que se referem ao campo da liberdade clínica e da saúde pública no país. Nesse sentido, observamos que tal liberdade só abre espaço para aquilo que atende as demandas de grandes instituições e empresas, mas se esquece das populações que são usuárias dos serviços. Ou não se esquecem, apenas não se interessam. A expectativa de cura da qual tanto falaremos nesse trabalho, talvez não esteja atrelada à noção proposta pela OMS como um estado de bem estar físico, mental e social, mas discorre sobre o levantamento do que de fato importa para cada sujeito em sua particularidade. Porque essa noção de bem-estar social também é normativa. Nas considerações finais, na medida em que buscamos ponderar a importância dessa interface sobre o sentido ético e humanitário com os sujeitos, também buscamos trazer esses questionamentos sociais e econômicos que são importantes. Pois acreditamos que não há como falarmos sobre campos de tratamento e medicalização do sofrimento sem falar de enquadres sociais que modulam a sociedade e acabam mantendo lugares de mal estar.

2. METODOLOGIA

2.1 Considerações sobre o método

O trabalho em questão apresentou sua base fundamentada pela teoria psicanalítica, tanto enquanto fundamento epistemológico como enquanto práxis. Por se utilizar de fundamentos conceituais da metapsicologia freudiana e, por ocorrer em consonância com a prática clínica, busca se entrelaçar com a prática ao discorrer sobre a importância da escuta singular de cada paciente. Segundo Berlinck (2008) faz parte de uma pesquisa em psicanálise a atividade clínica do psicanalista. Um dos aspectos fundamentais para a elaboração de uma pesquisa no âmbito universitário é que o pesquisador deve priorizar a clareza e a especificidade de sua pesquisa, algo menos abrangente do que ocorre puramente no campo clínico. Para tanto, deve-se identificar um problema de pesquisa a ser investigado, que corresponde à “uma especificação de uma situação problemática e essa especificação é concluída com uma hipótese” (BERLINCK, 2008, p. 318).

Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em investigar as contribuições da psicanálise enquanto práxis para as estratégias de políticas de redução de danos, no que se refere à escuta dos sujeitos que consideram fazer uso prejudicial de substâncias psicoativas. A justificativa parte da necessidade de compreender novas formas de olhar para o sujeito que adoece no campo da saúde mental de modo que não limite seu lugar através de um diagnóstico pautado na relação que ele possui com a droga. A partir disto, surgiu a necessidade de se considerar de qual sujeito trata a psicanálise, em contraponto com o sujeito consciente do saber médico, de modo em que se tornará possível deixar de ver a droga como o problema central de vida desse indivíduo. Neste sentido, a substância entra como um objeto real de ressignificação de seu sintoma: quando escutamos todas as angústias que acometem o sujeito. É possível compreender que a droga pode entrar como mais um objeto de repetição sintomática, sendo assim uma especificidade do adoecimento psíquico nesses casos. Assim, almejou-se tratar o sujeito que adoece a partir de toda ramificação de suas pulsões de vida com uma política que o considere em seu lugar singular e que não totalize seu tratamento apenas em relação ao uso de substâncias.

Deste modo, o estudo compreendeu essencialmente dois momentos distintos: a fundamentação teórica psicanalítica e da construção das políticas públicas, enquanto o segundo momento consistiu na construção de caso pelo viés psicanalítico. A pesquisa emerge desse modelo por objetivar estudar as formas de interlocução entre a clínica psicanalítica e as políticas de redução de danos. É possível compreender uma relação entre a prática analítica com os pressupostos da redução de danos à medida que priorizam o sujeito em seu lugar singular, cuja abordagem se dará no caso a caso com o quadro sintomático. Assim, parte-se do pressuposto de intersecção das duas abordagens, entretanto, é necessário reconhecer os limites de maneira a pontuar onde a psicanálise se difere das políticas de redução de danos no tratamento de usuários de substâncias. Como a própria questão de que a redução de danos tem como um dos percursos de trabalho a reinserção social do sujeito, enquanto a psicanálise não necessariamente o adequará a sociedade, mas oferece vazão ao seu discurso inconsciente de modo a ressignificar sua relação sintomática com o uso de substâncias. Ao escutar a angústia e o sofrer do paciente o analista busca fazer emergir esse lugar de fala de seu inconsciente, até então não manifesto, podendo trazer à consciência em forma de elaboração as fantasias infantis, e dar um lugar menos traumático para o sofrer.

A primeira etapa da pesquisa focou na revisão bibliográfica não sistemática, sendo que a fundamentação teórica foi realizada inicialmente por meio dos escritos da obra freudiana sobre a teoria da técnica psicanalítica, passando por conceitos como “técnica”, “tratamento”, “cura”, “sintoma” e “transferência”. Posteriormente, seguiu para outros autores que discorrem sobre a psicanálise enquanto clínica. Para tanto foram utilizados textos que abordam sobre o tratamento psicanalítico, construção de cura, noção de manejo e transferência em psicanálise. Ademais, foi pesquisado como se deu a consolidação das políticas de redução de danos no mundo e posteriormente a sua inserção no Brasil, bem como sua importância na desconstrução da visão sobre a relação do sujeito com a substância. Além de livros didáticos sobre a temática, foram utilizadas revistas científicas, artigos e periódicos publicados em sites de pesquisa como a base Scielo e o Google Acadêmico com as palavras-chave: tratamento-psicanalítico; psicanálise em associação de par com as palavras: cura; transferência; sintoma; redução-de-danos; políticas-públicas-de-saúde; abstinência.

Na segunda etapa do trabalho foram apresentados dois casos clínicos, atendidos pela pesquisadora, sob o viés psicanalítico do método de construção de caso. Os sujeitos de pesquisa foram escolhidos a partir de um filtro: deveriam apresentar-se tendo como queixa fazer, ou já ter feito uso, prejudicial (considerado pelo próprio sujeito) de alguma substância psicoativa, lícita ou ilícita. O recrutamento dos pacientes foi realizado através do Centro de Psicologia Aplicada, alocado no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, que presta serviço de atendimento psicológico à comunidade para diversas demandas, entre elas, a de assistência aos usuários de substâncias psicoativas. Os pacientes são encaminhados de diferentes entidades como, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Os sujeitos buscaram tratamento na instituição de forma livre, com enfoque em psicoterapia individual, trazendo como queixa espontânea o uso prejudicial de substâncias psicoativas, de modo que foram convidados a participar dessa pesquisa. Dessa forma, os critérios para inclusão na pesquisa foram: a) ser maior de 18 anos; b) fazer ou já ter feito uso prejudicial de alguma substância psicoativa, seja ela lícita ou ilícita; c) assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), que instrui sobre os benefícios e riscos da participação. Os critérios que excluíram os sujeitos da pesquisa foram: a) ser menor de 18 anos; b) não aceitação do TCLE.

Com isso, vale ressaltar que a participação dos indivíduos foi de caráter voluntário, sendo os atendimentos e serviço prestados totalmente de forma gratuita. A presente pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, por se tratar de um trabalho acadêmico envolvendo seres humanos como objetos de estudo, sendo o CAEE 91558418.2.0000.0102, de maneira que segue as orientações éticas estabelecidas.

Para a coleta de dados da pesquisa, foram realizados atendimentos clínicos semanais com duração de 50 minutos cada no Centro de Psicologia Aplicada, localizado no Prédio Histórico da UFPR, Praça Santos Andrade. Durante os atendimentos não foi utilizado nenhum aparelho para gravar as sessões, mas sim a técnica da atenção flutuante proposta por Freud (1912) em “Recomendações ao Médico que exerce psicanálise”, em que o pesquisador não deve buscar fazer nenhuma relação lógica ou consciente sobre a história do paciente, mas se entregar à sua própria “memória inconsciente”, preocupando-se em transcrever os relatos

somente posteriormente ao atendimento. Deste modo, cada transcrição foi realizada no prontuário do participante logo após o fim da sessão, sendo estes documentos armazenados no Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Departamento de Psicologia da UFPR, resguardando todos os sigilos éticos dos participantes.

A coleta dos dados ocorreu de maneira constante ao longo da pesquisa, sendo realizadas supervisões dos casos atendidos para elaboração e construção clínica. Porém, a análise e a construção de casos se deram essencialmente ao final dos atendimentos clínicos. A escuta dos atendimentos foi de forma ampla, sendo a direção de tratamento embasada pela teoria estudada, bem como, pela análise da transferência através das supervisões. A construção dos casos clínicos aconteceu no final de toda a construção teórica dos capítulos, entretanto, ocorreu a possibilidade de reestruturação dos temas abordados tendo em vista que se percebeu um direcionamento diferente a partir dos atendimentos.

2.2 O método de construção de caso em psicanálise

Quando tratamos de uma construção de caso clínico com abordagem psicanalítica devemos ter claro que, para esta teoria, clínica e pesquisa devem caminhar juntas. Segundo Figueiredo e Minerbo (2006) há uma distinção entre a pesquisa em psicanálise e a pesquisa com método psicanalítico. Enquanto a primeira se refere a um estudo mais teórico, podendo ser realizado por qualquer pesquisador que tenha interesse em tal área, a segunda pressupõe a presença de um psicanalista em atividade analítica, ou seja, atendendo de acordo com a técnica da psicanálise. Este método levará em conta não só o objeto (participante/analizando) como algo variável, mas também o pesquisador/analista, os meios e instrumentos de investigação. Tudo será analisado, considerado e transformado ao longo da pesquisa. De forma que não há uma verdade absoluta e intransponível a respeito de um caso clínico e nem em relação a sua intervenção. Neste sentido, o presente estudo utiliza o método psicanalítico por compreender que as interpretações do caso a caso não devem ser tomadas como definitivas, mas provisórias.

Ao contrário de outras frentes intervencionistas e proibicionistas de tratamento, a que a melhor faceta investigativa nesses casos um a um, se dá pela psicanálise, por esta considerar os aspectos subjetivos de cada sujeito em seu

tratamento. Nesta pesquisa, não se pretendeu encontrar uma verdade absoluta em relação ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas, mas sim, considerar quais os efeitos terapêuticos a partir da investigação psicanalítica desses casos.

Assim sendo, para a análise dos dados foi utilizado o método de construção de caso em psicanálise, pois ele parte da experiência clínica. Segundo Dunker e Zanetti (2017) o método de construção de caso para análise de atendimentos clínicos representa o escopo do qual a psicanálise embasa sua teoria. Sem focar em uma questão problema, a construção de caso permite discorrer sobre o saber inconsciente do sujeito, que aparece nas entrelinhas de seu discurso durante a análise. Deste modo, considera-se todos os elementos presentes na amarra inconsciente realizada através da associação livre do paciente, analisando atos falhos para além de uma mera elaboração lógica, construindo o caminho da terapêutica ressignificando os conteúdos sintomáticos.

Dunker e Zanetti (2017) esclarecem que na construção de caso não há uma preocupação com a concepção da verdade, e sim, com o princípio da realidade presente no discurso. Neste sentido, eles explicam as três dimensões que comportam a construção de caso em psicanálise:

Vemos aqui como a noção de construção aponta para o terreno da realidade (*Realität*) e do Real² (*Wirklichkeit*) sem que este se confunda com o critério da eficácia terapêutica, nem com o critério da verdade (*Wahrheit*). As três dimensões da noção de construção, metodologicamente enfatizadas aqui, possuem estreita relação com as linhagens teóricas que deram origem à psicanálise como prática de cura, psicoterapia e cura (DUNKER; ZANETTI, 2017, p. 29).

Desse modo, é possível observar que a construção de caso clínico representa a base da elaboração clínica apresentada por Freud ao longo de sua obra. Neste sentido, a estruturação do caso se mostra ligada com o método psicanalítico. Ao não restringirmos a abordagem, vemos a opção de construir o caso a caso com cada paciente em particular, sem direcionar a escuta para uma questão principal. Deste modo, a clínica psicanalítica está interessada na realidade presente no discurso, deve-se considerar a terapêutica em constante mudança, não almejando a cura como regressão ao estado anterior aos sintomas, mas a

² Real como aquele que não diz respeito necessariamente à realidade concreta dos fatos, mas o Real que se enlaça no nó com o simbólico e o imaginário na constituição subjetiva do sujeito.

possibilidade de ressignificação deles de modo a regredir seu impacto na vida do sujeito.

A eficácia terapêutica nesse sentido não é mensurável, nem relativa ao critério de verdade cartesiano como aquilo que se pode quantificar e racionalizar, mas direcionada à realidade particular de cada sujeito. Ressalta-se assim, a importância de compreender que a pesquisa em psicanálise parte da clínica na medida em que esta continua em constante construção e superação, de modo que a investigação deverá surgir através do ponto de encontro entre o sujeito e o analista na experiência clínica.

Dunker e Zanetti (2017) fracionam os momentos principais da construção de caso em psicanálise. O primeiro tempo se refere ao narrativo no qual é possível observar a precipitação dos acontecimentos do caso, através de uma “autoficção biográfica”. No momento seguinte podemos observar o tempo rememorativo em que a construção das angústias do paciente ocorre pela égide de sua história, com ressignificações de seus acontecimentos ocorridos pelo processo terapêutico, o que possibilita novas prospecções futuras. O terceiro momento é bastante significativo, pois diz respeito à lógica transferencial que conecta os dois tempos anteriores, modulando da forma necessária para o percurso do tratamento. O último momento se desenrola a partir da supervisão clínica do caso. Neste sentido, Moura e Nikos (2011) pontuam que o instrumento utilizado pelo psicanalista na construção de caso deve ser a transferência, desde o momento do atendimento até o da supervisão de caso.

Uma vez que a psicanálise trata dessa clínica do um a um, surge a necessidade de elaboração dos casos a partir da análise do atendimento, assim, nota-se a necessidade da supervisão do analista como um dos pilares de sustentação da construção de caso. Tal necessidade advém do fato de que o analista não deve se deixar levar por seu imaginário, como um meio sistemático na condução de caso, focalizando a escuta do inconsciente do paciente. Neste trabalho iremos explorar a unificação destes momentos transcorrendo a escrita em duas fases: a narrativa descritiva, que passa pela ficção do analista, uma vez que não possui a descrição literal das falas do paciente, mas o processo de memorização e elaboração do clínico. E o segundo momento que consiste na construção de caso contentando a análise da relação transferencial e a posterior elaboração da

supervisão do caso clínico relacionando com o diálogo da interface entre a teoria psicanalítica e as estratégias de redução de danos.

2.3 O método psicanalítico

Em 1904/1905 Freud publica considerações sobre a formulação de seu método em um texto intitulado “O método psicanalítico freudiano” em que explica a evolução, objetivos e impasses de sua técnica. A superação do método catártico decorre do fato de que este não buscava tratar as resistências sintomáticas dos pacientes, visto que tinha uma abordagem focada em preencher as lacunas inconscientes de amnésia a fim de encontrar um significado. Esta técnica acaba por tamponar os sintomas que posteriormente ecoavam novamente à subjetividade do sujeito, retrocedendo o quadro clínico. O que Freud (1904) insere é a necessidade de o analista trabalhar as resistências psíquicas e presentes no *setting*, direcionadas ao próprio analista como forma de compreender os conteúdos inconscientes.

Assim como a saúde e a doença não são separadas por princípio, mas apenas por um limite somatório determinável a partir da prática, o objetivo do tratamento nunca será algo diferente do que a cura prática do doente, o estabelecimento de sua capacidade de realizar e de gozar³ (FREUD, 1904, p. 57).

Neste período podemos observar que Freud (1904) toma a necessidade de análise das resistências a partir da transferência como forma de poder resgatar aquilo que fora perdido pelo sujeito, limitando sua forma de realizar e gozar das experiências de satisfação. Isto é tido por Freud (1904) como uma proposta do que poderia ser o método de resgate da cura em psicanálise, porém, posteriormente, em “Análise terminável interminável” Freud (1937) questionará os limites do trabalho analítico e as possibilidades de cura, algo que se pretende discorrer adiante no capítulo sobre os fundamentos da clínica psicanalítica. A partir dessas formulações, Freud desenvolve a chamada “arte da interpretação” como forma de analisar seus pacientes e dar um significado aos elementos recalcados de modo que o sintoma

³ Apesar de alguns autores traduzirem este trecho da obra como a capacidade de “trabalhar e amar”, há divergências em relação aos termos *leinsten* (realizar) e *genieben* (gozar) (DORNBUSCH, 2017). Esse esclarecimento se mostra importante visto que este trecho será melhor discorrido ao longo do segundo capítulo desta dissertação.

não aja de forma paralisante. Neste sentido, a interpretação deve estar para o sujeito de modo a não lhe conferir tapumes que preenchem as lacunas de seu inconsciente, mas oferecer janelas que façam associações não possíveis até então. O analista em atividade clínica deve estar atento aos limites da interpretação, como aponta Freud (1904), respeitando o tempo do paciente para suas associações e elaborações. Principalmente, sem demonstrar ter conhecimento de uma verdade sobre o saber inconsciente do sujeito, tomando um caminho que pode dizer mais respeito ao analista do que ao paciente (FREUD, 1904).

Em seu texto “Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico”, Freud (1912) discorre sobre alguns princípios da técnica, elencando a importância de manter no exercício a atenção equiflutuante⁴, de modo a dar vazão à associação livre do paciente como regra fundamental. Neste sentido, o analista deve fazer uso de sua memória inconsciente para ouvir os elementos também inconscientes do analisando, de modo a deixar de fora preceitos, técnicas, teorias e influências conscientes que possam prejudicar a memorização. A cadeia de significantes provenientes da associação livre será acessível através da aplicabilidade da atenção equiflutuante na clínica psicanalítica.

Durante o processo de escuta analítica, Freud (1912) recomenda não tomar nota dos conteúdos, pois o analista estaria elencando falas principais do discurso do paciente, sem deixar que o fluxo de significantes inconscientes elaborasse a trajetória de sentido. Assim, a partir da proposta de ouvir tudo a que se propõe, o analista poderá confiar em sua capacidade de memorização inconsciente para analisar elementos recalcados da história do paciente.

Freud (1912) reconsidera que a escrita de materiais de análise durante a sessão pode ocorrer em estudos de caso, para pesquisa científica. Pondera que a transcrição com exatidão dos elementos pode decair a um prejuízo tanto para o tratamento, quanto para o clínico que pode limitar sua escuta a elementos únicos, podendo ter um caminho unifocal. Ainda sobre a psicanálise, Freud (1912) ressalta o mérito de a pesquisa não caminhar sozinha, pois se articula com a clínica, uma complementando a outra.

⁴ Traduzida por alguns autores como “atenção flutuante” a expressão em alemão, *gleichschwebende Aufmerksamkeit*, remete à atenção pontual ou continuada, enquanto o adjetivo *gleich* proposto por Freud faz alusão aquilo que é igualitário e equitativo. Assim, propõe-se que a tradução mais adequada para o português corresponderia ao termo “atenção equiflutuante” (DORNBUSH, 2017).

Em atividade clínica, o analista não deve fazer valer a verdade teórica, mas estar aberto para a escuta e, se necessário, contrapor a teoria. Para tanto, Freud irá retomar durante todo o percurso de sua obra a necessidade de se trabalhar as resistências presentes no tratamento. Ao mesmo tempo que o analista deve estar atento aos conteúdos que o paciente nega e reprime em falar, ele deve se ater às suas próprias resistências de escuta. Freud (1912) reitera a necessidade da análise pessoal do analista, de modo que este possa identificar quais elementos conscientes estão sujeitos à repressão da escuta dentro do *setting*. É só a partir da própria análise do clínico que surge a possibilidade de se trabalhar as resistências que irão aparecer através da análise da transferência entre analista e analisando (FREUD, 1912).

O psicanalista Berlinck (1992[2008]) discorre sobre a importância de seguir a regra fundamental, de modo a permanecer no lugar de escuta, podendo contornar suas resistências conscientes que podem interromper o trabalho de análise do paciente. Isto ocorre à medida que se faz necessário desidealizar a figura do analista, podendo este permanecer em um lugar neutro, onde se desvencilha de uma posição de ego ideal para a de um ideal de ego (Berlinck, 1992[2008]).

Berlinck (1992[2008]) ainda esclarece que faz parte do percurso clínico a elaboração da análise das resistências no contexto transferencial.

Em outras palavras, tanto a transferência como a resistência só se reconhecem quando enlaçadas com a regra fundamental, que orienta, fornece a perspectiva do trabalho analítico. Tanto a transferência como a resistência constituem, portanto, as mais preciosas manifestações da análise, já que tanto permitem o seu prosseguimento como se constituem em seu obstáculo (BERLINCK, 1992[2008], p. 264).

Ou seja, à medida que o analista deve trazer à tona as resistências do analisando, de modo que estas podem se repetir através da transferência no tratamento analítico, ele deve estar atento ao fato de que isto constitui o prosseguimento da escuta e deve-se ater para os limites deste desvendamento. É assim que se desenrola a clínica psicanalítica: a partir da possibilidade de análise da transferência, sendo que o analista deve estar atento aos limites da clínica, visto que a cura psicanalítica não é a mesma cura da medicina, que propõe uma regressão total do sintoma ao estado anterior de seu surgimento.

A psicanálise compreende e elabora os enlaces psíquicos vivenciados pelo sujeito com sua repetição sintomática. Sabendo que, ao mesmo passo em que a

clínica psicanalítica surge do tornar consciente o inconsciente, reconhece que, por vezes, a resistência do paciente pode atuar como defesa desse recalado para justamente manter-se distante da capacidade de realizar e gozar - como pode ocorrer na clínica do trauma. Assim, ressalta-se que tanto a associação livre como regra fundamental, tal qual a atenção equiflutuante, não devem se estabelecer como regras intransponíveis do tratamento, caso não estejam passíveis à análise dos aspectos transferenciais e de resistência.

A importância de não colocarmos o método psicanalítico como algo rígido reside no fato de que alguns analistas ainda discutem o critério de analisabilidade de certos enquadres patológicos, como se existisse um método psicanalítico sistemático diante da escuta do sintoma. Ou seja, apesar de possuir pressupostos fundamentais como os apontados até aqui, a psicanálise parte da consideração do lugar singular do sujeito inconsciente, no qual o analista deve atuar até o momento em que houver o interesse do analisando em estar em análise. Independentemente de como ele como se apresentar: psicótico, usuário de substâncias (e até sob efeito delas), ou não. O clínico em atividade deve estar atento para não projetar suas expectativas do que seria um ideal de paciente sobre sua escuta, visando uma cura sintomática, pois não é disto que se trata a clínica psicanalítica, conforme discutiremos ao longo desta pesquisa.

3. AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS

3.1 O combate às drogas e o proibicionismo

No livro intitulado “Drogas e Redução de Danos, os direitos das pessoas que usam drogas”, Maurides de Melo Ribeiro (2013) discorre sobre a importância de diferenciarmos as políticas públicas das políticas criminais, pois apesar de muitas vezes contemplarem o mesmo plano político, e por vezes até se entrelaçarem, elas dizem respeito a objetivos distintos. As políticas públicas estão relacionadas à “promoção de uma melhor qualidade de vida da população em geral” (RIBEIRO, 2013, p. 20), estando ligada à incentivos de prevenção da saúde, capacitação profissional, entre outros. As políticas criminais estariam mais relacionadas às ações preventivas e repressivas de segurança pública e de contenção da criminalidade.

Historicamente, o uso de substâncias psicoativas nem sempre foi relacionado à criminalidade, já que em alguns povos e sociedades antigas o uso de plantas psicoativas tinha um caráter xamânico e medicinal. Foi com o advento da manipulação dessas plantas para o uso de tratamento de enfermidades que surgiu o fármaco da medicina, englobando parte dessas substâncias. Tendo um marco histórico com a descoberta da vacina em 1796, o campo médico, em consonância com o jurídico, passou a diferenciar o que era fármaco (e, portanto, possuía caráter curativo) do que era droga; advindo disto a construção da classificação das substâncias lícitas e ilícitas, respectivamente. Assim, as drogas passaram a ser relacionadas a tudo que era considerado ilícito, tendo maior resistência e repressão através da influência das construções jurídicas sobre as políticas de saúde (REIS, 2015). Com essa nova classificação das substâncias psicoativas, a droga ilícita passou a ser relacionada com a criminalidade. Isto se deve, em partes, pela questão do tráfico dessas substâncias, que está intimamente ligado ao tráfico de armas. Assim, iniciou-se um combate ao chamado “narcotráfico”, que acabou correlato à guerra as drogas. Deste modo, os usuários sempre foram tratados como criminosos e os investimentos públicos passaram a ser direcionados às políticas criminais com uma frente repressiva e punitiva aos usuários, ao invés de focar em ações de tratamento humanizado. Ribeiro (2013) pontua como o primeiro marco das “guerras às drogas” a Guerra do Ópio (1839-1841), combate ocorrido entre a China e o Reino Unido. Ele explica que os governantes não possuíam políticas para tratar as

decorrências do consumo desenfreado, de modo que o uso passou a ser tratado como uma doença. Ribeiro (2013) destaca que o ideário moral-religioso sempre condenou o uso de psicotrópicos, associando-os a rituais pagãos, bruxaria, entre outros.

O segundo grande marco do proibicionismo, principalmente enquanto movimento político estruturado, ocorreu no século XIX em Ohio nos Estados Unidos, associado a um movimento que unia as igrejas católica e protestante, condenando o uso de álcool por estar relacionado à “degradação moral”. Com o crescente consumo de álcool nos EUA, a proibição atingiu o ápice em 1920, pelo movimento conhecido como “Lei Seca”, aprovado na 18ª Emenda à Constituição, que proibiu o consumo de álcool nos Estados Unidos da América. Observa-se assim, que a proibição ao consumo de substâncias psicoativas foi a alternativa preponderante para o tratamento de dependentes químicos (RIBEIRO, 2013).

O modelo proibicionista tem por fundamento dois princípios: um de ordem moral-religiosa, que prega a abstinência como única possibilidade relacional dos indivíduos com essas substâncias, e outro de ordem higienista, que preconiza o ideal de um mundo livre de drogas, que conjugados, determinam a proibição de qualquer modalidade de uso, comércio ou produção dos psicotrópicos etiquetados como ilícitos (RIBEIRO, 2013, p. 26).

Esses posicionamentos repressivos das correntes proibicionistas focalizam a questão no objeto-droga, o que passa a atribuir um tabu às substâncias psicoativas. Neste sentido, a droga é vista como um problema e a sua eliminação permitiria “curar” as mazelas da sociedade. A dificuldade desse campo de visão é a atribuição de um objeto real presente na sociedade como problemático, sem considerar os sujeitos que fazem o uso. Parte-se do pressuposto de que a droga é a causadora do sintoma. Todavia, o que podemos observar em um aspecto de construção social mais crítico é que essa vertente jurídica de proibição considera sim o sujeito no meio em que está inserido, porém de forma separatista no que se refere à classe social. O que vemos é que as políticas repressivas possuem maior incidência sobre os jovens, pobres e negros, principalmente no Brasil (RYBKA, NASCIMENTO e GUZZO, 2018). Por essas razões constatamos que o movimento repressor das práticas intervencionistas é carregado de um caráter segregacionista da população negra e pobre, entrando em questões éticas do cuidado e nas práticas de racismo estrutural em instituições. Em contraponto, há na visão moral o papel que responsabiliza o

sujeito, colocando-o como vítima da droga ou do meio, de modo que também pressupõe a abstinência como forma de controle social e possível cura do mal que acomete o corpo físico. Assim, a visão moral do uso recai sobre aqueles que se encontram à margem da sociedade, e estes assumem as consequências de uma política repressiva pelo uso de substâncias.

O embate em torno da questão do uso de psicoativos acaba ficando restrito à ideia de que a droga é a causadora de uma desintegração social, e que a remoção dela poderia ser correlata à noção de cura por poder causar uma regressão do sintoma. Assim, não se consideram as relações em que o sujeito está inserido, ou seja, não se visa uma política integrativa a partir da visão da clínica ampliada, com o suporte do cuidado para o reestabelecimento dos laços sociais. Bem como não aponta uma escuta para o sujeito inconsciente, buscando um reconhecimento deste na relação com seu sintoma. Neste sentido, vemos uma destituição do sujeito, tanto como autônomo, quanto sua dimensão inconsciente, pois o outro define suas propostas de tratamento sem se propor a escutar o que o paciente tem para dizer dessa relação. Enquanto isso, o objeto-droga continua sendo visto como o causador do sintoma e não mais uma possível escolha ou busca do sujeito na cadeia de repetição sintomática, de modo que as mazelas sociais continuam se encontrando na superfície, sufocando o problema político que permanece como passivo diante de todo sofrimento.

3.1.1 A crise dos opioides e a medicalização do sofrimento

As drogas são objetos de consumo desde o início da sociedade tendo um caráter sempre mutável e colocando em xeque o que pode ser compreendido por droga, o que é lícito ou ilícito, variáveis que se modulam histórica e politicamente. A partir disso é possível observar como as correntes proibicionistas aparecem buscando embalo na noção do que é tido como “mazela” social e, principalmente, não atende aos interesses do sistema econômico. Reis (2015) pontua que a noção do que é droga e o aumento do seu consumo estão diretamente relacionados à expansão da Revolução Industrial, visto que a necessidade do aumento de produção a serviço do capital desembocava no crescente uso de álcool e opioides por parte dos trabalhadores. A medicina aparece com papel fundamental quando passa a

diferenciar substâncias classificadas com finalidade farmacológica, iniciando o processo de medicalização do sofrimento.

A partir daí podemos observar que algumas substâncias passam a ter passe livre para o uso ao longo das décadas, enquanto outras ficaram retidas por não conseguirem atender aos interesses de uma sociedade produtiva e neoliberal. Apesar disso, vale ressaltar que o valor moral de cada substância sempre apresentou um peso fundamental na forma como ela poderia conquistar um espaço social ou não. Como podemos observar, o movimento do consumo e do proibicionismo nos Estados Unidos tem relação com o momento histórico pelo qual o país passa, considerando, inclusive, a influência política que os partidos exercem sobre a população para legalização, ou não, do uso de determinada substância. Em síntese, podemos observar que o espaço que as substâncias ocupam na sociedade dependem do momento histórico, social, político e econômico, bem como, do interesse de quem está lucrando com a arrecadação da expansão, ou não, da substância. O próprio movimento da “Lei Seca”, que assombrou os Estados Unidos com a proibição de bebidas alcoólicas, teve forte influência das igrejas católica e protestante que condenavam seu consumo e, com isso, conseguiam alterar o olhar social sobre o álcool. Assim, é possível notar como as grandes instituições de influência social possuem poder sobre a forma com que algo pode ser marginalizado ou não.

Kolodny et al (2015) apontam no artigo “A crise da prescrição de opioides e heroína: Um público estudo de saúde sobre a epidemia da adicção” que o consumo de opioides cresceu nos Estados Unidos após o fim da “Lei Seca”. Isso ocorre concomitantemente com a liberação da prescrição de medicamentos à base de opioides para tratamentos de casos crônicos. O estudo aponta que outro fator importante para o aumento da ingestão de medicamentos à base de opioide se deu por usuários heroína que encontram nos medicamentos uma formulação mais eficaz em relação aos efeitos de prazer, além da via legal de obtenção da substância. Esse aumento da prescrição de opioides nos Estados Unidos foi tão grande que culminou na atual “crise dos opioides”, resultando em um alto índice de mortes decorrentes de overdose, contribuindo, inclusive, para um declínio da expectativa de vida no país. É importante observar a linha cronológica do aumento de uso de opioides pelas diferentes culturas e pessoas de diferentes posições sociais, desde soldados, imigrantes, mães, filhos, pacientes e médicos. O que se nota é que os opioides

sempre eram prescritos para todos os tipos de condições médicas, seja dores crônicas corporais ou psicossomáticas. O consumo de opioides se tornou preocupante após a Segunda Guerra Mundial, resultando em um crescente uso, principalmente da heroína, em grandes centros urbanos, o que resultou na chamada epidemia do uso de substâncias no final dos anos sessenta nos Estados Unidos (KOLODNY et al, 2015). Desse modo, se passou a observar a prescrição de medicamentos como forma de controle do sofrimento, tanto físico, quanto emocional das pessoas.

Em 1995 o presidente da Sociedade Americana de Dor promoveu uma campanha intitulada “Dor é o quinto sinal vital”, em que se incentivava o uso de opioides para tratamentos de dor, além do câncer terminal. Pois até o momento, o câncer terminal era a doença que possuía maior recomendação médica de opioides para amenização dos sintomas. Mesmo com a comunidade médica alertando para os riscos de os pacientes ficarem dependentes dos medicamentos, o estudo mostra que a indústria farmacêutica buscou mascarar resultados de pesquisas tentando comprovar que o risco de dependência era raro, inferior a 1% (KOLODNY et al, 2015). Assim a indústria farmacêutica garantiu o monopólio do comércio de substâncias: oferecendo propina aos médicos e planos de saúde para que houvesse um aumento da prescrição dos remédios derivados da papoula. Durante um período em torno de 10 anos estima-se que a indústria farmacêutica lucrou mais de U\$1 bilhão com a venda de opioides (BBC, 2019). Em 2017, o então presidente dos Estados Unidos, declarou que a crise dos opioides já era considerada uma emergência de saúde pública nacional, abrindo espaço público para acelerar o processo de condenação das indústrias farmacêuticas responsáveis pela epidemia. Somente em maio de 2019 a primeira indústria farmacêutica, chamada *Insys Therapeutics*, foi condenada tendo seu presidente preso e penalizado a pagar mais de 600 milhões de dólares.

Não tão distante disso, no Brasil atualmente se vive um momento de descrédito na produção científica, como forma de empossar o poderio do governo a respeito de assuntos que lhe confirmam maior controle da população. Em maio de 2019 esse fenômeno tomou representatividade a partir da censura de uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em relação ao III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Ao contrário do que se

previa, a pesquisa não trouxe dados alarmantes sobre uma “epidemia” do uso de drogas no Brasil, e foi possível perceber um decrescente uso de substâncias ilícitas como maconha e crack. Entretanto se observou um aumento do uso de medicamentos sem prescrição à base de ópio. A pesquisa que iniciou em 2014 e perdurou por três anos contou com o apoio de mais de 500 profissionais capacitados a fim de concluir 16 mil entrevistas com brasileiros sobre o uso de substâncias lícitas e ilícitas. As entrevistas citadas seguiram todas as normas estabelecidas em edital. Em controvérsia, o atual Ministro da Cidadania barrou a publicação dos dados com a justificativa de que a Fiocruz estaria agindo com interesse na liberação do uso de drogas.

Neste sentido, podemos observar que as substâncias ilícitas carregam o caráter de serem degradantes da sociedade, uma vez que fogem ao controle dos governantes do Estado. Assim, prega-se a proibição e o controle, uma vez que essas substâncias não apresentam ganhos significativos no âmbito econômico para grandes representantes e empresários associados aos governos. O fenômeno que se observa nos Estados Unidos, e também agora no Brasil, é de um aumento no consumo de medicamentos controlados (sejam eles prescritos ou não), como uma maneira bastante problemática de lucro para grandes empresas e, em consequência, para o governo que investe menos em profissionais e recebe mais em impostos e investimentos da indústria farmacêutica. A possibilidade de medicalização do sofrimento da população não deixa de ser uma forma de controle para que o indivíduo continue produzindo e servindo aos interesses do capital, encobrendo o sofrimento psíquico do mal-estar social que anula a singularidade do sujeito.

Atualmente no Brasil o governo apresenta resistência em relação às iniciativas que propõem a não medicalização e a redução de danos, que, em teoria, deveriam ser menos custosas para os governantes (uma vez que não necessariamente adotam a internação), podendo reduzir o número de leitos em hospitais destinados a usuários de substâncias. As alternativas de redução de danos são práticas de promoção e prevenção da saúde, que investem na capacitação dos profissionais como forma de melhor ministrar o mal-estar social que o sujeito vivencia, podendo conceder um direcionamento mais humanizado e singular. Sem patologizar o sofrimento psíquico, as práticas não intervencionistas de cuidado e

amparo da saúde mental propõem uma ruptura do pensamento neoliberal que lucra em cima do adoecimento.

De tal modo, registra-se a dificuldade de inserção de toda prática que rompe com o pensamento ideológico vigente no momento, como podemos observar, o mesmo ministro que interveio na publicação da pesquisa da Fiocruz, posiciona-se contra as políticas de redução de danos, lançando um olhar de condenação moral sobre as drogas; próprio das políticas proibicionistas anteriores à reforma psiquiátrica. Observa-se assim, a raiz do pensamento da psiquiatria clássica dualista entre normal e patológico, carregado de cunho moral conservador, buscando atender uma lógica retrógrada para a sociedade atual. Esse movimento de não encarar a medicalização do sofrimento como um problema de saúde pública leva países como o Brasil e os Estados Unidos para um caminho perigoso de capitalização da saúde, que segrega a população entre aqueles que detêm acesso ao tratamento mais individualizado e aqueles que não possuem direitos de decidir sobre a própria vida.

3.2 O proibicionismo nas correntes terapêuticas

Ligada à noção social e política, a psiquiatria recebeu influência do modelo biomédico higienista no final do século XIX. Deste modo, o uso de substâncias passou a ser tratado de forma semelhante às outras patologias que têm como foco principal eliminar o sintoma. Como aponta Cynara Ribeiro (2012) em sua tese sobre o tratamento de usuários, os diagnósticos pressupunham uma desordem bioquímica no sujeito, seguindo uma lógica “hospitalocêntrico, com terapêutica predominantemente farmacológica e tendo como principal meta a cura, que, no caso da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, era considerada equivalente à abstenção do uso” (Ribeiro, 2012, p. 22). Essa abordagem ficou fortemente vigente por possuir respaldos políticos e morais das sociedades na época. Isto porque, ser dependente químico era moralmente malvisto, assim, nota-se uma frequente violação dos direitos humanos pela psiquiatria da época no tratamento de usuários. Todavia, posteriormente, a própria psiquiatria se reformulou a partir da construção de um novo ideário de tratamento e sua respectiva inserção nas instituições, com a construção filosófica do saber sobre o sujeito e a doença, principalmente em

meados da década de setenta com o início do movimento da reforma psiquiátrica italiana⁵.

Em “A Droga do Toxicômano”, Jésus Santiago (2001) explica que a toxicomania acabou sendo isolada em uma categoria clínica autônoma pela psiquiatria. Desta maneira, o autor esclarece que a toxicomania apareceu como uma vinculação entre mania e loucura: “não é por acaso que a toxicomania é uma das raras entidades clínicas da psiquiatria que herdou na sua própria denominação algo da origem longínqua do debate sobre o conceito de mania” (SANTIAGO, 2001, p. 68). Assim, o uso de substâncias químicas passou a ser estudado pela psiquiatria como uma categoria pertencente à mania e, principalmente, aos distúrbios dos atos impulsivos. Neste sentido, pretendiam conceituá-la como uma excitação maníaca que se dá através de um “ímpeto irresistível” voltado às substâncias psicoativas. A partir dessas denominações, a psiquiatria passou a diferenciar as categorias de morfomania, eteromania, opionamia, entre outras, da toxicomania, visto que esta última está mais relacionada à “uma necessidade imperiosa de se intoxicar” (SANTIAGO, 2001, p.69). Conforme Santiago “só a partir do momento em que a psiquiatria esgotou seu saber sobre o ‘ato maníaco impulsivo’ é que se tornou possível o aparecimento do tóxico como verdadeiro ponto de basta dessa sequência metonímica (Santiago, 2001, p. 69).

Assim, podemos observar a importância de não nomear mais o sintoma do sujeito a partir do objeto de uso, buscando considerar o sujeito que está por trás do uso e não mais o objeto-droga. O termo que surge a partir de então como “toxicômano” confere um estatuto de diagnóstico que parte da relação do sujeito com as substâncias de uso. Apesar disso, é possível observar ainda hoje uma resistência ao emprego do nome por considerar um “rechaçamento do próprio sujeito” como aponta Giansesi (2005, p.126). Já que isto se relaciona com a influência da ciência moderna no diagnóstico psiquiátrico em meados do século XIX. Assim, antes de pensar na terminologia e no emprego do nome para definição desse sujeito, é importante considerar o sujeito em si, antes de classificá-lo como toxicômano ou não, pois essa nomeação já o considera a partir da sua relação com a droga. Antes de ser toxicômano ele é um sujeito com seu aparelho psíquico singular; por isso nessa pesquisa buscamos trazer a noção do indivíduo que, por

⁵ O movimento da reforma psiquiátrica será melhor abordado ao longo deste capítulo.

consideração própria, faz o uso prejudicial de substâncias. A partir disso, podemos observar uma escuta atenta ao fenômeno do uso, porém não fechada e restrita, considerando a possibilidade de elencar em uma categoria diagnóstica a posteriori da escuta de seu sintoma.

O Brasil, por estar sempre participando das convenções internacionais, apresentou um regime proibicionista em relação ao uso de substâncias. A sistematização inicial das políticas higienistas sobre drogas se consolidou em 1912 após a Convenção Internacional do Ópio em Haia, quando passou a agregar o ópio, a morfina e a cocaína como substâncias de controle. Na época os países enfrentavam um crescente descontrole do uso de substâncias, de modo que a conferência elucidou um marco de integração das nações no controle da dispersão das substâncias (RIBEIRO, 2013).

Nilo Batista (1997) nomeia em “Política criminal com derramamento de sangue” o modelo adotado após a conferência de Haia em 1912, como modelo sanitarista, que ficou vigente por quase meio século no Brasil. Tal modelo era considerado como uma reforma de “fora para dentro”, ou seja, pautado em uma internacionalização do controle do uso de substâncias, sendo adotado pelo Brasil a partir de normas vigentes em outros países, como a Inglaterra. Neste período ocorre a nomeação das substâncias como “entorpecentes”, termo que só caiu em desuso após a década de noventa, por estar associado àquilo que é venenoso ao organismo. O modelo sanitarista propunha a exclusão desses sujeitos, que muitas vezes já estavam à margem da sociedade, de maneira que a reclusão dos mesmos era tida como necessária para exercer o controle e a ordem social em relação à disseminação do uso (BATISTA, 1997). Algo considerado totalmente contraproducente porque afasta qualquer forma de entendimento e trabalho com os sujeitos que utilizam substâncias psicoativas, sem sequer compreender se para eles aquele uso é prejudicial. Ademais, podemos observar que as questões morais em torno das drogas estiveram sempre pautadas sobre a égide de serem ou não curativas. Assim, se oferecessem propriedades benéficas consideradas pela ciência elas teriam a possibilidade de industrialização e prescrição e, caso contrário, seriam classificadas como males sociais.

Em 1921 a partir do decreto 14.969 surgem as chamadas “Colônias dos Alienados”, onde passaram a internar os toxicômanos dados como “interditados” pelo uso considerado abusivo. Esse decreto previa a criação de sanatórios para os

toxicômanos, o que demonstrava a influência das políticas internacionais na legislação brasileira (BATISTA, 1997). Na década de trinta o consumo de substâncias começou a integrar o campo das políticas criminais, sofrendo forte controle. Apesar disso, com a política de internamento para tratamento, é possível observar que o usuário ou toxicômano deixou de ser considerado um fora da lei passando a ser visto como um doente⁶. Visando o tratamento, os internamentos se davam muitas vezes de forma compulsória, pela própria polícia civil como um modo de uma “limpeza” social, o que atendia as demandas de um modelo sanitarista de saúde.

Nesta abordagem de tratamento a melhora e a possível liberação do paciente não ocorriam através de uma alta médica, visto que o controle era jurídico e a intenção de cura era relacionada com a abstinência total. Assim, o sujeito que tivesse a possibilidade de alta era mantido em vigilância pelas autoridades como forma de controle sanitário, mascarado de controle social (BATISTA, 1997). Algo que vai contra o pensamento da psicanálise, que não busca enquadrar o sujeito à norma social vigente, podendo o considerar em seu lugar individual para além dessa construção ideária da sociedade.

A passagem do modelo sanitário para o modelo bélico ocorreu com o golpe militar de 1964, quando o cenário brasileiro ficou mais sólido para que as políticas sobre drogas fossem tratadas através de um viés militar com dura repressão (RIBEIRO, 2013). Entretanto, era possível notar que as medidas implementadas no modelo sanitarista continuaram vigentes mesmo após o golpe de estado. Observa-se assim que o tratamento estava mais ligado à política criminal do que às políticas públicas. O consumo de drogas passou a ser tratado por um viés intervencionista, buscando isolar, prender e retirar os usuários da sociedade, internando-os em clínicas a fim de “tratar” o uso das substâncias. O que deixa claro que a guerra às drogas começou como uma política sanitária com respaldo jurídico, tendo a justificativa de tratamento, enquanto colocava a droga como objeto causador de uma degradação moral e a saúde pública continuou mesclada com a segurança social.

⁶ Como apontam Rybka, Nascimento e Guzzo essa mudança de visão, e até repressão, sobre o uso de substâncias, não se aplicou às populações mais pobres e aos negros, que continuaram e continuam sendo marginalizados e criminalizados. Desse modo, considera-se que esse olhar patológico do uso de substâncias psicoativas restringe-se aos brancos e populações mais favorecidas da sociedade.

Em 1968 abriu no Brasil a primeira Comunidade Terapêutica em Goiânia, ligada à igreja evangélica, foi chamada de “Desafio Jovem”. As comunidades terapêuticas têm por intuito um tratamento com base na internação dos usuários, com duração em média de seis a doze meses, em que o sujeito participa de grupos e atividades com a intenção de o manter sempre em atividade. Isolado da família e do meio social, o objetivo é sustentar o sujeito em abstinência total, vinculando ao tratamento vertentes religiosas, que podem entrar inclusive como um substituto da droga para o sujeito. Em algumas comunidades terapêuticas os familiares podem visitar os “residentes” uma vez por mês, participando juntamente das atividades, quase sempre de cunho religioso, visto que a religião acaba sendo um dos princípios fundamentais desses lugares (FOSSI e GUARESCHI, 2015). Vale ressaltar aqui o cuidado para que o sujeito não substitua a droga pela religião, mas possa estabelecer uma relação não limitadora ou repressiva com os meios que irá se inserir. Nesse sentido, é importante que ele compreenda sua relação com o uso para além de um julgamento moral-religioso (como pode ocorrer nessas inserções das instituições), mas veja a religião apenas como mais uma das relações de sua vida.

Neste ponto, é importante ressaltar que as correntes mundiais estavam em crescente movimento de desconstrução ideológica e reaproximação da filosofia de Foucault, buscando formas de considerar o sujeito de que trata a psiquiatria nas instituições. O pensamento vigente até então, baseado na visão de reclusão do doente defendida pelo psiquiatra Pinel, rompe-se com o ideário de Foucault, que acreditava numa nova forma de olhar o sujeito a partir da construção do retorno à liberdade. Essa passagem é marcada pela transformação da loucura em doença mental, abrindo espaço para um olhar científico sobre os fenômenos que acometem o sujeito. Enquanto na medicina clássica a percepção da loucura era pautada em um viés social, ou seja, o louco era considerado um marginal e para tanto deveria ser enclausurado em hospitais psiquiátricos, na medicina moderna se abre um objeto de estudo em torno dos transtornos mentais. A medicalização entra, portanto, como uma forma de tratamento e controle sem muros.

O movimento da reforma psiquiátrica começou com forte peso e espaço na Itália e teve como precursor o psiquiatra Franco Basaglia, que buscava uma nova forma de pensar a organização e os tratamentos do hospital psiquiátrico (em particular no Hospital de Gorizia, localizado no norte da Itália). Inicialmente, o movimento do psiquiatra era direcionado à construção de um centro que visasse a

cura através de uma mudança no modelo intra-hospitalar, em que médicos, pacientes e funcionários construíssem o caminho em conjunto. Para isso, Basaglia colocou em xeque a negação da psiquiatria enquanto ideologia, pois pretendia não ver mais a doença mental como uma construção teórica, como vinha ocorrendo desde a psiquiatria clássica. Assim, surgiu a possibilidade de considerar a psiquiatria e a doença mental não mais através de um arsenal fechado que limitava a subjetividade do paciente, mas como algo que pode e deve ir além disso, considerando o seu lugar social (AMARANTE, 1996).

O desenvolvimento do trabalho em Gorizia volta-se, então para a estratégia de refutar as transformações asilares, o 'reformismo psiquiátrico', a busca de novas modernizantes soluções para a manutenção da instituição asilar, ou a procura de soluções 'exclusivamente técnicas' para lidar com a doença mental (AMARANTE, 1996, posição 1150 – formato digital).

Ou seja, começa a surgir o movimento de desinstitucionalização que parte dessa nova visão sobre a saúde mental, possibilitando outras formas de simbolização do processo de tratamento, para além dos métodos restritivos, porém sem significar desassistência em forma de desamparo. A partir disso, na década de 70 temos o crescimento de outras formas de tratamento para além do modelo hospitalocêntrico, algo que também vai incidir sobre as formas de tratamento de usuários de substâncias e sobre as políticas de redução de danos no mundo. Em 1978 ocorre a promulgação da Lei Basaglia (Lei nº 180) conhecida como a Lei da Reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1996).

No Brasil as ideias da reforma psiquiátrica começaram a chegar na década de 80. Porém, foi somente após a Constituição de 1988 e da regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que se começou a pensar nas formas de implementação no país. Nota-se assim que durante décadas - podendo ser observado até hoje em dia - o tratamento para usuários de substâncias ocorreu pela via do internamento e do isolamento, modelo similar ao encarceramento psiquiátrico que só deixou de existir no Brasil com a reforma psiquiátrica e com a Lei 10.216 de 2001. Por priorizar a eliminação do sintoma que aparecia com o consumo de substâncias, vinculado a um desvio instintual ou moral, essa medida de tratamento tende a eliminar aspectos singulares do sujeito. Além de outras questões biológicas e sociais, como os padrões de uso (frequência, substância, entre outros). Observa-se que as razões do

vício estão na droga, ou em um “desvio moral”, mas limitam a forma como observam a questão social do uso de substâncias e, principalmente, a relação singular que cada sujeito possui com o objeto-droga.

Essa vertente de pensamento muitas vezes se dá pelo discurso da biopolítica presente no campo da saúde. Em “Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos” (2013) Sandra Caponi explora a visão de Foucault sobre o poder de gestão das populações por parte dos governos, através da biopolítica como forma de classificação dos sujeitos. Caponi (2013) explica que a biopolítica aparece como uma tecnologia científica-política relacionada aos processos vitais dos indivíduos, visando estatisticamente analisar e prevenir riscos. Um dos objetivos finais da biopolítica consiste em utilizar ferramentas de disciplina e controle como forma prevenir os danos ou riscos que podem ocorrer na evolução da sociedade.

Na biopolítica deve ser considerada outra duplicidade que se refere, por um lado à maximização da força e da vitalidade das populações e, por outro, ao esquecimento daqueles indivíduos que se mantêm às margens do auxílio e da proteção estatal, aqueles que os governos simplesmente ignoram ou “deixam morrer” (CAPONI, 2013, p. 107).

Caponi (2013) explica como a biopolítica acaba sendo utilizada para a classificação na psiquiatria a partir desses preceitos, com a manutenção da dualidade normalidade-patologia. As análises estatísticas vitais corporais das populações, as problemáticas da mensuração dos riscos e a exclusão da singularidade através da anulação das narrativas das histórias de vida de cada um. Nesse ponto é interessante observar que não é possível que os governos e a construção de políticas de saúde insiram-se em um campo totalmente à parte da biopolítica. Não é disso que se trata, e sim, do uso da biopolítica para a massificação da sociedade de modo a atender serviços dos grupos que estão no poder.

Os manuais de diagnósticos construíram-se baseados fundamentalmente a partir desses pilares, levando a cabo a frente principal de diferenciação entre normal e patológico, em que a fronteira limite entre eles se estabelece a partir dos sintomas. Nesse sentido, os sintomas aparecem atrelados ao corpo como fenômenos elementares de classificação, em que muitos pacientes podem “testar falso positivo”. Ou seja, surge assim uma patologia da vida cotidiana e do sofrimento decorrente do

mal-estar que acaba sendo colocado passivo de enquadre através de manuais e controlado com medicamentos.

Com a evolução do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais), nota-se maior incidência de enfoque nas causas biológicas e orgânicas dos sintomas do que nas causas psicológicas. A partir do DSM-III a psicanálise perdeu campo nos diagnósticos com o intuito de priorizar os saberes médicos. A psiquiatria se afastou dos diagnósticos e tratamentos de ordem psicológica e psicossomática (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). O atual DSM-V apresenta um “catálogo” de classificação dos sintomas, a partir de uma visão puramente sindrômica e pragmática das doenças mentais, com foco ilusório na eliminação dos sintomas para que possam moldar o sujeito para que ele se enquadre em um padrão social. A grande crítica presente no DSM-V consiste na forma como se classificam novas patologias a partir de comportamentos sempre presentes socialmente, além de expandir o diagnóstico de patologias já existentes com base em “sintomas” vistos pela superfície de um problema (exemplo: classificações de quadros de luto como depressão). A expansão desse método abre ainda mais espaço para a indústria farmacêutica que propõe uma forma de superar esses quadros diagnósticos através da medicalização (CAPONI, 2013).

É possível observar que os tratamentos de corrente proibicionista, os quais visam a abstinência total - muitas vezes excluindo o sujeito da sociedade por meio de internamentos - eliminam aquilo que há de particular no diagnóstico, o que está relacionado com a subjetividade de cada sujeito. Massificando uma subjetividade normativa pautada em um cenário ideário de “igualdade” subjetiva, excluindo a validade de outras formas de ser no mundo que não adentrem em tal categorização. Uma vez que partimos de um tratamento generalista, que propõe uma cura alcançável, exclui-se aquele que não se adapta a tal norma terapêutica, abrindo assim, o precedente para o fracasso escancarado na recaída, o qual recrimina o paciente e o profissional que o atende. De modo que se compreende uma lógica hedonista de tratamento à serviço de um ideal de normalidade na sociedade que não contempla os limites existentes na própria constituição psíquica do ser humano.

Além das comunidades terapêuticas, os adictos anônimos compõem outro grupo de intervenção proibicionista que visa a abstinência como única forma de tratamento para o uso de substâncias. Assim como nas comunidades terapêuticas, esses grupos de apoio (narcóticos, alcoólicos e adictos anônimos) seguem as

normas dos 12 passos que estão intimamente ligadas a um aspecto religioso. Ribeiro (2012) atenta para a necessidade de crítica dessas abordagens que usam a frente espiritual e religiosa como forma de tratamento, pois podem supor a substituição da droga pela religião. Com isso, temos como foco de intervenção à droga uma destituição do sujeito perante seus desejos e escolhas.

Assim, na perspectiva dos tratamentos que visam à abstinência, o uso de drogas é concebido como um sintoma que diz respeito apenas à doença e não ao sujeito. Essa concepção decorre do fato de que, para os tratamentos que seguem a orientação médico-psiquiátrica, o sintoma é o signo de uma patologia, podendo, inclusive, confundir-se com ela – o que evidencia a diferença entre o tratamento que é dado ao sintoma pela medicina e pela psicanálise (RIBEIRO, 2012, p. 25).

Desse modo, o que se infere nesses tratamentos seria uma cura voltada para a regressão do sintoma, em um estado anterior ao surgimento dele. Assim, não almeja a regressão do sintoma, mas observa o sujeito que adocece e considera as significantes que o levaram a tal estado, podendo simbolizar seus significados. A psicanálise se afasta de tratamentos proibicionistas, pois reconhece que a simples regressão do sintoma não significa de forma direta a cura, pois o tratamento analítico consiste na escuta do sujeito sobre suas relações, que não se fecham nem se limitam a um único sintoma. Vale ressaltar que os modelos que visam a abstinência, muito semelhantes ao sanitarista, não são, em sua maioria, aceitos pela psiquiatria atual. Apesar do histórico da psiquiatria do início do século XIX, a partir da nova construção advinda da reforma psiquiátrica, hoje nas políticas públicas no Brasil é possível observar que, ainda de forma não hegemônica, a psiquiatria busca preconizar o sujeito em seu lugar social, afastando-se dos modelos de encarceramento hospitalar, como era visto na era manicomial. O investimento na desinstitucionalização não diz respeito apenas ao tratamento, mas aos pacientes e principalmente aos profissionais de saúde que podem elaborar formas de cuidado para além dos muros hospitalares, mais presentes no contato do um a um com o sujeito.

O discurso de abstinência cola com a questão histórica e moral do uso de substâncias, que almeja um mundo livre de drogas, fechando a porta para qualquer possibilidade de uso recreativo. Em contraponto, surge a possibilidade de tratamento para além da abstinência: uma proposta que respeita a subjetividade de cada um,

prioriza o desejo do sujeito, não o limita nem o encarcera em instituições, abre espaço para o uso responsável sem tipificar a droga como um tabu. Crescem assim, as propostas de redução de danos como alternativas ao ideário proibicionista, com um campo ainda limitado pelas leis rigorosas e morais e sofrendo com a repressão das demais instituições, além de seu baixo financiamento público.

3.3 Histórico de estratégias de redução de danos no mundo

A redução de danos surgiu como política para o tratamento do uso de substâncias em 1926, a partir da publicação do Relatório de Rolleston na Inglaterra. Com a proposta de tratar o vício em heroína de pacientes adictos que não conseguiam manter-se sem recaída nas políticas de abstinência, a redução de danos buscava promover maior e melhor qualidade de vida aos usuários. Esses pacientes passaram a ser tratados com opiáceos como tentativa de reduzir o dano causado ao corpo, o que acabava sendo muito nocivo no uso de heroína (RIBEIRO & FERNANDES, 2013). Na Holanda a redução de danos tomou maior visibilidade em 1986 a partir de uma proposta de distribuição de seringas descartáveis, com o objetivo de controlar a disseminação do vírus da HIV/AIDS. O governo holandês, perseguindo com sua política mais liberal, estabeleceu a legalidade de tratamentos diferenciados para cada tipo de substância, de modo a classificar as drogas por grau de dependência. Deste modo, começou a ser possível a inserção de mais singularidade no tratamento de usuários, fazendo com que estes estejam mais presentes em seus projetos terapêuticos, conhecendo os riscos e consequências de seus usos e concedendo um novo lugar para o profissional que trabalha nessa prática.

Desse modo, na década de oitenta foi criada em Amsterdã a primeira associação de usuários de drogas injetáveis, denominada de “*Junkiebond*”, com a colaboração mútua de todos, tendo o intuito de melhorar a qualidade de vida. Com o sucesso do programa holandês, outros países como Austrália, França, Alemanha e até os EUA, iniciaram as políticas de redução de danos a partir da distribuição de seringas e da diferenciação de tratamento por substâncias utilizadas (RIBEIRO, 2013). Em 1985 a Inglaterra serviu de exemplo para outros países com o controle de disseminação da AIDS, a partir de programas pautados pela redução de danos. Com

o insucesso do proibicionismo surgem mais medidas que não são mais pautadas na proibição do uso, mas na conscientização dele.

Várias estratégias de redução de danos foram sendo registradas ao longo dos anos em diversos países, como a própria advertência que compõe as embalagens e propagandas de cigarro, alertando para as consequências do uso a longo prazo. Há um aumento do investimento financeiro de países europeus em tecnologia para se criar dispositivos que possibilitam ao usuário o consumo da substância em seu estado mais “puro”, excluindo agentes químicos prejudiciais à saúde, como o cigarro eletrônico, o vaporizador entre outros. Em 2007 os cigarros eletrônicos ganharam espaço para ser comercializados nos Estados Unidos. Enquanto os vaporizadores - que consistem no aquecimento do tabaco sem queimá-lo, possibilitando gerar vapor no lugar de fumaça – passaram a ser testados pela Phillips Morris no Japão e na Itália em 2014. Sendo que, já em 2016, a primeira loja especializada nesses dispositivos foi inaugurada em Milão (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

Atualmente muitos países estão ampliando as estratégias de redução de danos com práticas de promoção à saúde e isso tem ocorrido não só pela ineficácia (principalmente a longo prazo) dos tratamentos intervencionistas, mas porque estes fogem de propostas éticas, e até humanitárias, de cuidado com os sujeitos. Desta forma, não há sentido investir em fortes recursos em internamentos quando uma política mais libertária, e menos custosa, parece ser mais benéfica. Porém, para compreender a evolução da redução de danos no mundo devemos diferenciar o que se entende por política, programa e estratégias, para que possamos refletir sobre a dificuldade da inserção da redução de danos em alguns governos e o sucesso que essas estratégias obtiveram em outros países. As políticas seriam as diretrizes do sistema, ou seja, os princípios norteadores que irão reger uma proposta de mudança. Já os programas consistem em produzir tecnologia de modo a facilitar a operacionalização das diretrizes traçadas através das políticas. Enquanto as estratégias são todas as “ações cotidianas que orientam e operam as políticas” (GOMES; VECCHIA, 2016, p. 2329).

Assim, podemos ter em um governo estratégias aplicadas pelos profissionais pautadas na redução de danos, mesmo que o país não tenha consolidado uma política de redução de danos. O que podemos observar hoje é que existem diversos programas que difundem os princípios da redução de danos pautados na promoção,

prevenção, cuidado e ética com os sujeitos que fazem uso de substâncias. Isso porque a redução de danos, enquanto conceito, encontra-se baseada nesses pilares, em especial sobre a possibilidade de não anular o lugar de escolha de cada um, considerando suas condições e história vida, de maneira humanitária e ética. Como explicam Gomes e Vecchia: “a promoção da saúde implica o protagonismo dos atores sociais em sua qualidade de vida e saúde, como um contraponto à medicalização da assistência, visando à autonomia e emancipação” (Gomes; Vecchia, 2016, p. 2329).

A redução de danos é entendida como um conjunto de estratégias que visam promover a autonomia do sujeito em seu ambiente familiar e social, de modo que ele possa reduzir os danos que a droga causa em sua vida, sem, necessariamente, exigir a abstinência. Tal perspectiva leva em consideração a “complexidade do fenômeno, a diversidade das substâncias e seus usos e as particularidades sociais, culturais e psicológicas dos usuários, ..., possibilitando uma melhor ponderação e individualização dos riscos e das vulnerabilidades” (RIBEIRO, 2013, p.45). Ou seja, a redução de danos enquanto estratégia de saúde visa considerar e priorizar a subjetividade, levando em conta sua inserção social, suas condições materiais e emocionais. Apesar de estar muito relacionada a um modelo de tratamento para usuários de substâncias, a redução de danos pode e deve ser compreendida como uma política de saúde de qualquer tratamento que vise diminuir os danos físicos, emocionais e sociais vivenciados pelo sujeito. Podendo propiciar recursos para que ele seja protagonista de sua vida. Como vimos anteriormente, a partir do desenvolvimento da redução de danos enquanto política de saúde, abrem-se espaços para o desenvolvimento de novos programas de cuidado, de prevenção e promoção da saúde voltadas para os sujeitos em suas singularidades, priorizando a autonomia sobre as terapêuticas aplicadas, como visa a redução de danos. Segundo Ribeiro (2013), é necessário compreender a redução de danos a partir da ótica da promoção de saúde, com base nisso é possível desenvolver outros tratamentos de saúde que se entrelaçam com as demais políticas públicas para a promoção do bem-estar social.

Algumas técnicas pautadas nas estratégias de redução de danos passaram a ser implementadas em diversos países com a intenção de controlar as consequências causadas pelo uso de substâncias psicoativas. Tais propostas apresentam diversidade e se adaptam à política de saúde de cada governo. Gomes

e Vecchia (2016) apontam em sua pesquisa que uma das dificuldades da implementação de determinados programas consiste na forma de cobertura que recebem, o que é variável para cada país. A cobertura alta possui maior extensão territorial e por isso atende mais indivíduos. Nesses casos podemos observar que a redução de danos aparece como uma política pública de saúde consolidada há mais tempo, como é o caso da Alemanha, Austrália e Reino Unido. Enquanto os programas de baixa cobertura, além de não se voltarem para grandes populações, aparecem no início de sua implementação, como é o caso do Brasil, Nepal, Tailândia e Camboja. Além disso, o financiamento de tais políticas é determinante do ponto de vista de sua inserção social e a forma como poderá ocorrer a extensão territorial. O financiamento da redução de danos aparece articulado com as políticas de segurança social e de saúde pública de cada país. Como mencionado anteriormente, isso se torna problemático pois ainda se associa o uso à enfermidade, e conseqüentemente as formas de tratamento são diretamente relacionadas à criminalidade ou marginalização do uso e das drogas. Nesses casos observamos que as maiores problemáticas presentes na interferência no investimento do poder público estão sustentadas por interesses políticos relacionados à visão moral da droga.

Já no caso dos países que recebem investimento pela via pública, é possível observar avanço na área legislativa, principalmente no que diz respeito à descriminalização das substâncias e a extensão da cobertura de saúde pública, como é o caso do Brasil, Suíça e Espanha. Outra fonte de financiamento e implementação das estratégias de redução de danos aparecem em alguns países através de organizações não governamentais (ONGs) e pela frente privada, como ocorre no Canadá e até mesmo no Brasil - que apresenta essa frente mista de investimento para expansão da redução de danos (GOMES; VECCHIA, 2016). Nesse caso vale ressaltar que tanto o Canadá quanto o Brasil apresentam um sistema de saúde bastante extenso e que comporta toda a população, assim é natural que a maior fonte de investimento se dê pela via pública. Mas ao mesmo tempo demonstra problemas frente à politicagem de governantes que contornam os investimentos mantendo o privilégio de instituições privadas de tratamento, muitas vezes tidas como referência no cuidado desses sujeitos.

Algumas práticas de redução de danos passaram a ser mais conhecidas mundialmente pela sua eficácia na promoção de saúde, aparecendo como

contraponto nas frentes de combate ao uso de drogas e da medicalização do sofrimento; um movimento na contramão do conservadorismo que se instalou em alguns países. A oferta da troca de seringas e de material esterilizado para usuários de substâncias é a estratégia mais encontrada no que se refere à aplicação do método de redução de danos pelo mundo, apresentando ótimos resultados e, principalmente, propiciando uma diminuição no número de usuários em todos os países desde sua implantação. Todavia, é interessante ressaltar o quanto essas práticas encontram ainda forte resistência de grupos conservadores pautados nas correntes proibicionistas, por fazerem alusão ao incentivo ao uso, o que desconsidera as práticas de cuidado e promoção de saúde. A distribuição de cachimbos para usuários do crack também se apresenta como uma prática bastante comum a nível de Brasil: feitos a partir de um material descartável e menos tóxico que as latas de alumínio que são causam fortes danos químicos e físicos no manuseio. A maior dificuldade que os usuários enfrentam com essa prática ainda consiste no rechaço por parte da segurança pública, com a repressão do uso, recaindo em diversas abordagens repressivas por parte de agentes de segurança pública, que não só criminalizam a substância, mas principalmente o usuário.

Outra iniciativa, própria da vertente da redução de danos, consiste na prática dos grupos de ajuda e aconselhamento: tais estratégias buscam oferecer informações aos usuários e familiares sobre os danos causados pelo uso e, principalmente, proporcionam um lugar de escuta no qual se torna possível a elaboração de um outro espaço para o sujeito, que pode estar além da repetição do uso. Alguns países adotaram os chamados “kits de RD” que contemplam panfletos com informações preventivas e até materiais descartáveis de higiene. No Brasil observamos o projeto “É de Lei” que visa trazer as ações e conhecimentos sobre o direito dos usuários. É uma prática presente em diversas cidades e demarca um ponto crucial com as demais abordagens. Quando os profissionais se retiram de uma posição de autoridade, por serem detentores do saber, eles se aproximam dos usuários e possibilitam dar visibilidade para suas histórias. Os grupos de aconselhamento, por sua vez, apresentam maior engajamento no modelo de troca entre pares, ou seja, entre os usuários/pacientes, algo que é muito presente no desenvolvimento da redução de danos no mundo. A disseminação dessas alternativas ocorre entre os próprios sujeitos que recebem os serviços. No Brasil se registrou ganhos positivos nos grupos que oferecem atendimento psicológico, seja

ele individualizado ou não (GOMES; VECCHIA, 2016). Isso demonstra um marco importante nas estratégias de cuidado, ressignificando a noção de que muitos desses pacientes podem estabelecer novas formas de encontro com o mal-estar e com seu sintoma psíquico, caso não sejam classificados e numerados a partir de seus usos. Essa aproximação de caráter profissional possibilita o manejo da transferência com os usuários, de modo a elaborar a relação desses sujeitos com as substâncias que fazem uso.

As terapias de substituição aparecem muito famosas no senso comum da proposta de redução de danos, sendo que muitas vezes políticos buscam resumir toda a política de RD unicamente na terapia de substituição. Tal iniciativa teve início na Europa ocidental e sua base foi a prescrição controlada de substâncias como a heroína, morfina e até cocaína, com o intuito de diminuir o uso excessivo de outras substâncias mais danosas ao indivíduo. Com a disseminada prescrição de farmacológicos, outros componentes entraram no rol da terapia de substituição, porém com maior “aval” científico por estar vinculado à raiz farmacológica, como é o caso da metadona, utilizada para controlar a dependência em opiáceos. Essa estratégia acabou sendo difundida entre vários países como EUA, Índia, China e Brasil (GOMES; VECCHIA, 2016). Neste último, atualmente, observa-se a terapia de substituição bastante presente como um modo de tratar a dependência do crack, com substitutos como a maconha, por exemplo (RIBEIRO, 2013). Vale ressaltar que além dos aspectos práticos que envolvem a terapia de substituição (como o financeiro, político, jurídico, social e médico) essas iniciativas apresentam sucesso quando elaboradas em conjunto com os usuários/pacientes.

Um dos aspectos fundamentais apontados nas literaturas científicas diz respeito ao acesso à serviços de saúde e assistência social, o que possibilita não só o cuidado preventivo através de informações e troca por seringas descartáveis, mas àquilo que a redução de danos tem como um dos pilares de sua ética: o serviço humanizado ao usuário. Isso ocorre porque não se marginaliza aquele que faz uso prejudicial, mas considera seu lugar de direito. Vale ressaltar que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) todos devem ter direito e acesso a um tratamento ético e humanizado. Em contraponto, encontramos um cenário repressor onde o pouco investimento em capacitação dos profissionais promove uma falta de amparo aos pacientes, com cuidados limitados. Através do acesso à assistência social, por exemplo, fica evidente a possibilidade de proporcionar cuidados básicos

de higiene, alimentação e repouso aos indivíduos que não dispõem de recursos para atender a tais necessidades. Esse cuidado e investimento na saúde e assistência social básica é diferente para cada país, no Brasil, por exemplo, essas estratégias aparecem interligadas com a assistência terapêutica dos pacientes, uma vez que se leva em questão o que é importante para o sujeito.

Entretanto, a política é muitas vezes repressiva em relação ao uso de substâncias e faz com que diversos países ainda encontrem resistência no investimento financeiro para pleitear as estratégias de redução de danos. É possível observar que lugares onde não há assistência pública à saúde, o financiamento da redução de danos é quase nulo, como é o caso dos Estados Unidos. Conforme apontam Fonseca e Bastos (2005) no artigo “Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira”, os Estados Unidos apresentam um viés proibicionista a respeito das políticas sobre drogas, porém alguns estados demonstram destaque em algumas iniciativas pautadas na redução de danos e na regularização de substâncias para consumo pessoal. Porém, por não ser regulamentada, a política de redução de danos não obteve crescimento significativo no país a ponto de expandir estratégias que contemplassem mais usuários. O mesmo país não apresenta um sistema de saúde pública, o que dificulta a inserção de programas de prevenção de saúde pautados na expansão de cuidados a todos os indivíduos, obedecendo a critérios humanitários de saúde. Como mencionado anteriormente os Estados Unidos apresenta uma política de “guerra às drogas” que custou muito caro ao país não só no sentido financeiro em seguridade pública, como no aumento de consumo de substâncias lícitas (a partir da alta taxa de prescrição de medicamentos). É possível notar que essa falta de manejo, e principalmente, de consideração com a pesquisa científica e seus consequentes resultados do uso de substâncias psicoativas, fez com que o país aplicasse uma estratégia errônea de contenção e substituição, que repercutiu em um aumento do número de casos de usos problemáticos e até overdoses.

Assim, atualmente nos Estado Unidos, devido à rigidez da política sobre drogas, o baixo financiamento público, a limitação dos serviços de tratamento e a continuada penalização criminal do uso, faz com que a redução de danos fique restrita a iniciativas locais de organizações não governamentais e a pesquisa científica de universidades.

O clima de instabilidade limita a expansão nacional dos programas, fazendo com que um grande número de usuários de drogas esteja à margem de qualquer iniciativa de cuidado e auxílio. O clima de medo alimentado pelo preconceito racial, pela desigualdade econômica e pela insegurança pessoal ajuda a manter o *status quo*. As drogas são vistas como a causa de todos os males e os serviços de saúde, como um privilégio dos que podem pagar por ele (FONSECA; BASTOS, 2005, p. 8).

Em controvérsia, o Reino Unido, que possuía uma política proibicionista apresentou maior flexibilização para as práticas de redução de danos em 1998. O governo lançou uma estratégia de dez anos no combate ao uso abusivo de substâncias: o programa consistia em combinar estratégias de coerção sobre o uso com práticas de prevenção de cuidado da saúde de forma integrada e mais amena ao usuário. A partir disso, abriu-se espaço para a discussão de uma política de redução de danos, com os objetivos de diminuir o compartilhamento de seringas, o uso de “drogas de rua”, de drogas injetáveis e drogas no geral e de atingir a abstinência. Contrariamente aos Estados Unidos, o Reino Unido apresentou ao longo das últimas décadas um forte investimento em programas de redução de danos, mesmo possuindo uma política de combate ao uso de substâncias ainda conservadora, foi possível observar estratégias voltadas para a atenção primária de saúde dos indivíduos, como serviços de aconselhamento, acolhimento e orientação sobre o uso, terapias de substituição, entre outros. Por possuir um serviço nacional de saúde pública, os programas de redução de danos assistem toda à população e recebem financiamento público com média de 50%, enquanto a outra metade é patrocinada por instituições não governamentais (FONSECA; BASTOS, 2005). Vale ressaltar que a dificuldade de inserção dessas práticas nesses países muitas vezes também se dá em função de uma política conservadora e pouco progressista, não só sobre as drogas, mas também em relação aos próprios investimentos em saúde.

Por fim, mas não menos importante, outra estratégia de redução de danos utilizada em diversos países europeus são as chamadas “salas de *shoots*”. Na prática elas existem há mais de 30 anos, mas têm sido regulamentadas pelos países nos últimos anos. São salas que proporcionam um ambiente seguro para utilização de substâncias, através da supervisão médica e da orientação sobre as seguranças de saúde. As salas de consumo fizeram diminuir drasticamente o número de mortes por overdose em diversos países como Suíça, Holanda, Canadá, Espanha e Austrália; sendo Portugal e França os países mais recentes a implementarem tais alternativas (IDPC, 2017). Observa-se assim um movimento que caminha na

contramão dos países conservadores, atuando de forma ampliada sob os cuidados da saúde e do bem estar. A parte mais genial da criação dessas salas de uso é o fato de aproximar o usuário do sistema de saúde, possibilitando oferecer outras significações para sua relação com a substância e, inseri-lo em diversas outras relações sociais que podem ser mais benéficas. Quando se oferece uma prática de cuidado bastante humanizada, percebemos que o foco não está em encontrar uma cura ou um destino de completa adequação do sujeito na sociedade. Nós observamos que com essas condutas os países estão mudando o cenário social para se adequar às novas formas de subjetivação dos indivíduos. Como falamos anteriormente, isso diz respeito a oferecer um lugar de visibilidade para os usuários, que não precisam ficar às sombras da sociedade através da marginalização do uso de substâncias psicoativas.

3.4 As políticas de redução de danos no Brasil

As estratégias pautadas na redução de danos só ganharam espaço no Brasil após a reforma psiquiátrica, a partir da década de oitenta. Compreendida como um movimento pautado nos direitos dos pacientes e visando a desinstitucionalização, a reforma psiquiátrica brasileira passou a afastar os manicômios da sociedade, ao invés dos doentes. O estado de São Paulo foi o pioneiro na implementação de medidas baseadas na reforma psiquiátrica com a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987. Houve intervenções nos hospitais psiquiátricos, o que mostrou possibilidades de tratamento para além dos maus tratos que os pacientes sofriam nas instituições. Somente com a Constituição de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ocorrer maior articulação das esferas municipais, estaduais e federais, possibilitando um sistema de saúde integrado para a população (BRASIL, 2005).

O viés de trabalho dos CAPS possui forte relação com a redução de danos como política pública de promoção à saúde, não por coincidência, é o serviço de saúde que possui maior abertura para aplicação da redução de danos no tratamento de usuários de substâncias e demais pacientes.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a

possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005, p. 27).

Isso demonstra como o serviço dos CAPS dá respaldo para o crescimento da reforma psiquiátrica, uma vez que preconiza o atendimento do sujeito em um serviço “dia”, não priorizando o internamento como forma de intervenção terapêutica. O fato do paciente poder continuar em seu círculo social se faz necessário na medida em que o serviço de saúde também almeja trabalhar com a família e a comunidade, uma estratégia que incorpora os demais setores da sociedade no tratamento, sem o fazer pela via do controle social. Até 2014 foi observado que cerca de 54 mil leitos foram fechados em hospitais psiquiátricos desde a década de setenta, isso se deu em função dos atendimentos oferecidos em rede pela estratégia de saúde mental. Ademais, as despesas com hospitais psiquiátricos caíram de 75,24% em 2002, para 20,61% em 2013, como apontam Amarante e Nunes (2018), fazendo com que parte da verba pudesse ser revertida para uma maior cobertura do serviço psicossocial, que recebeu um aumento de 24,76% para 79,39% em similar período (Amarante e Nunes, 2018).

Em relação às políticas de redução de danos no Brasil, a primeira iniciativa ocorreu na cidade de Santos em 1989, com foco na contenção da disseminação da AIDS, que se encontrava crescente na cidade, visto que ela estava na rota de tráfico de cocaína devido a seu ponto logístico. Em função da vigência moral e repressiva sobre o uso de drogas, as iniciativas de redução de danos foram barradas por dispositivos legais, com a fundamentação de estar vinculada à Lei 6.368 de 1976, que comporta como crime qualquer conduta de incentivo ou auxílio ao uso de drogas. Foi somente em 1995, através da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, que o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas pôde concretizar sua pesquisa sobre redução de danos sem repressões legais. Deste modo, nota-se que foi a partir das iniciativas acadêmicas que seguiam um modelo institucional de investigação que as práticas de redução de danos começaram a ser implementadas no tratamento de usuários (RIBEIRO, 2013).

O que demonstra o descrédito das estratégias quando foram implementadas pelos profissionais de saúde, de modo que só ganharam reconhecimento político

pela via acadêmica, algo que podemos observar ainda nos dias de hoje. Confirmando que a lógica de aplicação de políticas para o financiamento de programas e a posterior implementação de estratégias de redução de danos não demonstraram um caminho mais sólido. Já que as estratégias parecem estar desarticuladas de uma política estruturada de combate à tratamentos repressivos. Tais condutas parecem receber maior aplicabilidade de organizações independentes do governo, que são compostas em sua maioria por profissionais e usuários dos serviços.

Em 1997 surgiu no Brasil a ABORDA (Associação Nacional dos Redutores de Danos) composta de ex-usuários e agentes de saúde que tinham o intuito de lutar pelos direitos daqueles que colocam em prática a redução de danos. A redução de danos foi admitida tardiamente no Brasil, somente em 1994, como uma política pública para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Porém, apenas em 2002 foi implementada como medida pelo Ministério da Saúde integrando o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Para o Ministério da Saúde, a redução de danos se caracteriza como um marco ético do resgate da cidadania e inclusão do usuário nas políticas sociais (BRASIL, 2005).

O Brasil ganhou bastante espaço para aplicação da redução de danos ao longo dos anos, aumentando sua área de atuação em maior extensão no território nacional. São mais de duzentos projetos de ONGs e instituições filantrópicas com escopo da redução de danos para tratamento de usuários (RIBEIRO, 2013). Muitos desses projetos encontravam respaldo público através de instituições de saúde como as unidades de saúde, consultório de rua, CAPS, NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) entre outros, onde os profissionais de saúde passaram a aplicar os princípios da redução de danos no tratamento.

Como mencionado anteriormente, a desinstitucionalização advinda da reforma psiquiátrica ofereceu um suporte para que as estratégias de redução de danos pudessem retirar esses sujeitos de instituições de internamento. Com isso foi possível conferir aos pacientes maior autonomia nos seus projetos terapêuticos, o que possibilita não marginalizar mais os usuários a partir do uso, excluindo-os de seu meio social. Como apontam Gomes e Vecchia (2016), a inclusão dos usuários na configuração das estratégias, oferecendo um lugar de protagonismo e de humanização deles, representa o cerne das diretrizes das políticas de redução de

danos no mundo. Neste sentido, abre precedentes para que se possa deixar de ver as substâncias tidas como ilícitas como tabus dentro da sociedade, visto que elas estão e continuarão presentes. Trata-se de conceder um olhar para além do aspecto moral e sanitarista do uso e de oferecer um suporte público de acolhimento e respeito aos pacientes, que está além da política combativa de guerra às drogas.

Apesar das iniciativas advindas da reforma psiquiátrica desde a década de setenta, é possível observar um momento de retrocesso na legislação de saúde mental desde 2015 com a saída do governo eleito após uma articulação política que resultou em um processo de *impeachment*. A nova gestão tomou medidas muito criticadas na área de saúde mental. Uma das mais polêmicas ocorreu em dezembro de 2017 a partir da Resolução de nº 32 que dispunha 13 artigos a respeito das diretrizes de “Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial” (RAPS). As medidas dispõem sobre o investimento em hospitais psiquiátricos que ainda realizam internamentos, bem como em hospitais gerais que aumentaram para 20% as alas psiquiátricas⁷; o que vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica que propõe a gradativa diminuição do número de internamentos. A crítica dos movimentos sociais na época consistiu em apontar essas medidas como um retrocesso da política humanitária e democrática, que vinha sendo construída desde a década de setenta pautada nos direitos dos pacientes. Ademais, a Resolução prevê maior investimento em comunidades terapêuticas, que passou de 4 mil para 20 mil entidades credenciadas, com o intuito de tratar dos usuários a partir da reclusão da sociedade.

Mesmo com as duras críticas feitas pelos profissionais da saúde com a resolução de 2017, foi aprovada a Portaria nº 3659, em 14 de novembro de 2018⁸. A Portaria suspende o repasse de verba à CAPS em quase 78 milhões de reais, destinando parte desse recurso a instituições filantrópicas, como comunidades terapêuticas, com o intuito de aumentar o número de leitos para internamento de

⁷ Dados retirados da Comissão de Intergestores tripartite. Resolução nº XXXII, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

⁸ BRASIL, Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

usuários. Outra medida que caminha na contramão da desinstitucionalização almejada pela Reforma Psiquiátrica, elucidando o pensamento repressivo de que o paciente da área de saúde mental não se adapta à norma social e necessita ser retirado da sociedade pela via do internamento. Juntamente a essas medidas retrógradas, em 6 de fevereiro de 2019 o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Nº 11, que se refere a Esclarecimentos em relação à Política Nacional de Saúde Mental às Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Dentre outras resoluções polêmicas, no cenário dos tratamentos para usuários a disposição incentiva tratamentos voltados para abstinência.

Essa nota técnica parte de uma resolução do Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD) de 2018, que também coloca como necessário o tratamento que vise abstinência em relação ao uso de substâncias psicoativas. A partir disso, passa a ocorrer o incentivo das instituições de internamento, como Comunidades Terapêuticas, uma vez que os usuários e dependentes não devem ser colocados juntos com pacientes de transtornos mentais em hospitais psiquiátricos e alas psiquiátricas dos hospitais gerais. Deste modo, resta a esses sujeitos a reclusão nessas instituições filantrópicas que têm como pauta única de tratamento a abstinência como um ideal de cura.

Esse marco representa um retrocesso no que diz respeito aos avanços alcançados pela redução de danos no Brasil, uma vez que prevê o internamento dos sujeitos em instituições como forma de tratamento a partir do isolamento social. Ao contrário do princípio da redução de danos que prevê a promoção da saúde de todos, a partir de uma lógica humanitária e ética de liberdade de escolha sobre o tratamento e que leva em consideração o espaço social que o sujeito se insere. As propostas recentemente implementadas pelo governo brasileiro possuem um princípio higienista de tratamento, direcionando os quadros sintomáticos exclusivamente sobre o uso, que é de responsabilidade dos indivíduos e, culpabiliza novamente as drogas de todas as falhas dos outros campos da sociedade.

Neste sentido, vale ressaltar que as políticas de redução de danos não são uma solução para os tratamentos de usuários, mas proporcionam uma nova visão sobre a situação do uso de substâncias. Desta maneira, o profissional de saúde que trabalha na área pode integrar as políticas públicas podendo trazer o paciente para fazer parte de seu projeto terapêutico e, a partir disso, considerar as possibilidades de tratamento que se ajustem ao seu interesse. Não se trata de combater a

abstinência como forma de direcionamento clínico, mas de considerar cada caso sem empregar a ele expectativas terapêuticas que dizem mais respeito ao profissional e/ou ao Estado, e não tanto ao paciente. Assim, surge a possibilidade de construir políticas públicas pautadas na necessidade e desejo desses indivíduos, podendo relacionar várias formas de tratamento na rede.

O que podemos observar é que apesar dos esforços e trabalhos realizados pelos profissionais e órgãos da saúde desde a Reforma Psiquiátrica, nos últimos anos enfrentamos uma onda de retrocessos no campo da saúde mental e principalmente das políticas inclusivas sobre drogas. Desde a aprovação da redução de danos como política pública para o tratamento de usuários em 2002, não houve capacitação dos profissionais que atuam na rede de forma interdisciplinar com os demais setores da sociedade. Desse modo, o que se tem recentemente é a aprovação de políticas pautadas em um sanitarismo social, com respaldo dos órgãos da justiça para o tratamento de pacientes que não se enquadram na norma social. Excluindo as conquistas obtidas ao longo das últimas décadas no país e, principalmente no mundo, referentes à reinserção social e promoção da saúde de usuários de substâncias psicoativas. Tardiamente, as políticas de redução de danos chegaram ao Brasil e correm risco de serem englobadas a partir do viés do proibicionismo como estratégia terapêutica, de modo a anular justamente a proposta da redução de danos que não considera a abstinência como única forma de cura.

Ademais, observa-se que o retrocesso não aparece somente na área de saúde, mas em todas as políticas sobre drogas que envolvem o debate antigo da guerra às drogas, o que gera de certo modo um estado de conveniência dos governantes ao encarregar às drogas a culpa dos erros e fracassos que cometem. Como apontamos anteriormente, se nos utilizarmos da noção construída por Foucault sobre biopolítica podemos compreender que a fronteira que se estabelece entre normal-patológico pode ser tão danosa ao Estado quanto é para os indivíduos. Na iminência de tentar se precaver de riscos que ameacem a normalidade prevista pela sociedade, o Estado utiliza dos parâmetros estatísticos de saúde para inferir sobre o modo de vida dos indivíduos e, assim, exercer um mecanismo de controle sobre as populações. Desse modo, a biopolítica dos sofrimentos psíquicos aparece como uma faceta utilizada pelos poderes públicos para avaliar o sofrimento psíquico dos indivíduos a partir de uma ordem diagnóstica que limita a subjetividade e individualidade de cada um. Enquanto isso, as terapêuticas farmacológicas exercem

o poder de resolução imaginária dos conflitos internos daqueles que sofrem, de modo que o Estado ganha de dois lados: ao se eximir da culpa do mal-estar e ao oferecer recursos para que o sujeito volte ao “padrão de normalidade”, que consiste no modo de produção, sem se questionar sobre seus conflitos psíquicos (CAPONI, 2012).

Essa política repressiva e normativa do Estado parece ter cor e classe social, visto que as práticas de guerra às drogas aparecem intimamente ligadas à uma estratégia de combate às pessoas. Nesse sentido observamos um especismo a respeito de estratégias de saúde que estão a serviço da manutenção de uma norma social, excluindo a população negra da integração nos tratamentos. Assim se considera que a redução de danos como uma política integrativa e favorável aos direitos humanos acaba por abarcar classes excludentes da sociedade. A partir disso alguns autores comportam a redução de danos como uma prática antirracista, como contraponto à lógica proibicionistas que afeta em grande parte a população negra e, em especial à periférica. Desse modo, vale pontuar que um programa de atenção e cuidado a usuários não deve ser apenas não segregador, mas deve promover um discurso anti-segregação. É por isso que se define as práticas de promoção e acesso da redução de danos como sendo antirracista, por buscar promover esse rompimento com discursos violentos e normativos pregados na sociedade (ROSA; GUIMARÃES, 2020).

Nesse sentido, podemos pensar que a redução de danos não entra necessariamente na lógica da biopolítica de antever os riscos, pois isso está a cargo das terapêuticas que requerem a abstinência e prevenção à recaída dela. As estratégias de redução de danos aparecem como uma ferramenta para abrir campo para a elaboração do mal-estar social e, principalmente, deixar a cargo dos indivíduos escolher sobre os caminhos que seguirão a partir dessa elaboração. Considerando principalmente uma forma que seja menos danosa fisicamente, socialmente e psicologicamente. De tal modo, vale conciliar esse manejo da redução de danos com as terapêuticas que não anulem o lugar singular de cada um, conforme a proposta da psicanálise enquanto clínica. Nesse cenário se torna possível dar um tratamento humanizado para o sujeito e conceder visibilidade para sua história, sem se limitar a expectativas de cura que dizem mais respeito à adequação de uma norma social do que as práticas reais de cuidado singular.

4. OS FUNDAMENTOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

4.1 O sujeito e a subjetividade em psicanálise

A necessidade de adentrar na temática constitutiva do sujeito psicanalítico advém justamente do fato de ele representar um dos argumentos dessa pesquisa. A partir do momento em que a psicanálise propõe um outro saber sobre o sujeito, ela rompe com o campo médico, que ainda focaliza na consciência e que, por vezes, define o sujeito a partir do seu sintoma aparente, como é no caso do uso prejudicial de substâncias. O rompimento com o pensamento cartesiano vigente da época faz com que Freud formule um sujeito que está além do idealismo, ou seja, o sujeito não é um ânima, ou uma representação, ele apenas é o que é (GODINO, 2009).

O grande marco da teoria freudiana se formula a partir da noção de que o sujeito não corresponde à uma categoria puramente orgânica ou social e sim psíquica. Desse modo, a psicanálise trata do sujeito inconsciente que se formula a partir da metapsicologia freudiana e a sua construção da subjetividade. Garcia-Roza (2001) explica em “Freud e o Inconsciente” que a constituição psíquica do sujeito se dá em duas instâncias: a do aparelho psíquico e a do campo pulsional. É possível notar com a construção da teoria que essas instâncias se entrelaçam, visto que o circuito da teoria pulsional advém da noção de divisão do aparelho psíquico em consciente/pré-consciente/inconsciente, modo pelo qual atuam todas as operações psíquicas. Enquanto o marco cartesiano cria o sujeito dualista através da máxima “Penso, logo existo” de Descartes, outros filósofos pautavam a noção de sujeito através do campo consciente na medida em que estudavam a relação do eu e da razão.

Freud (1900) rompe com esse pensamento precisamente quando escreve sobre a noção de divisão do aparelho psíquico em “Interpretação dos Sonhos”, elucidando o marco teórico que apresenta o sujeito não mais pautado na razão consciente, mas na divisão entre esta última e o inconsciente que se sobressai através do Eu. O que Freud (1900) propõe com essa ruptura é a possibilidade de olhar para o sujeito, não em uma figura de regimento de leis conscientes, mas de todo um aparato que possui suas próprias formas de funcionamento inconscientes. Esse sujeito é marcado por essas leis internas, composto de atos falhos, sonhos,

chistes, denota sua não-unificação diante da ciência, marcando como “uma cisão do sujeito do enunciado e da enunciação”⁹ (TOREZAN; AGUIAR. 2011, p. 532).

Introduzido como aquilo que torna possível a série de pensamentos e ideias que aparecem em estado de latência, o inconsciente transcorre esses pensamentos para o conteúdo manifesto que é descoberto através da associação livre na análise, pela elaboração dos conteúdos oníricos dos sonhos, pelos atos falhos etc. É dessa abertura na consciência que surge espaço para os conteúdos inconscientes serem analisados (FREUD, 1900). O inconsciente é discutido por Freud ao longo de sua obra, o que podemos dizer que se torna o centro motor de seus fundamentos. Desse modo, esse trabalho pretende apenas elucidar como o sujeito da psicanálise surge do inconsciente. Como diz Godino (2009) o sujeito freudiano é o próprio inconsciente. Assim, o sujeito da psicanálise é distinto do sujeito consciente, que pertence ao campo médico, jurídico e social. Essa elucidação do sujeito inconsciente não só delimita o objeto de estudo desta pesquisa, como representa um dos fundamentos de sustentação da interface entre as políticas de redução de danos e da psicanálise. Visto que ambas partem do pressuposto da consideração do sintoma como aquilo que não necessariamente está aparente, mas que decorre da cadeia de associação a partir do discurso do sujeito.

Para elaborarmos essa ruptura de pensamento até então vigente, precisaremos retomar ao conceito de pulsão em Freud, formulado em 1915, mas também passar pela noção de constituição do Eu, Isso e Supereu. No texto “Pulsão e seus Destinos” Freud (1915) começa a diferenciar a pulsão do instinto, como estímulos que movem o sujeito. Em sua perspectiva, o homem é movido por estímulos que podem ser provenientes do meio externo ou do meio interno. Entretanto, os estímulos internos que são comandados pela mente são os que mais perturbam o homem, eles são chamados de pulsionais (FREUD, 1915). O termo pulsão (*trieb*) pode ser entendido como um conceito que está entre o mental e o orgânico-somático. Sendo assim, a pulsão não está inteiramente em um nível consciente/inconsciente, de forma que acaba por se manifestar como afeto e representação (ideia). Segundo Freud (1915) a pulsão não possui um objeto específico e visa suprir uma necessidade, que não é fisiológica e sim psíquica, em

⁹ A noção de sujeito do enunciado e da enunciação foram elaborados por Lacan a partir da teoria dos discursos, formulado a partir da construção freudiana de inconsciente. Porém, este trabalho não pretende adentrar na teoria de Lacan.

busca de satisfação. Apesar de estar diretamente ligada a estímulos orgânicos, ela não está ligada às funções vitais, não sendo uma força pontual. Ou seja, a pulsão é algo que não se encontra em um lugar fixo (não possuindo um objeto único), não se dá por si mesma e é sempre uma força constante, não estando relacionada à satisfação vital como está o instinto (FREUD, 1915).

Os elementos que definem a pulsão na obra freudiana são: a pressão, a finalidade, o objeto e a fonte. A pressão é aquilo que impulsiona o aparelho psíquico para determinada ação, ou no caso, conduz o sujeito a sentir tal necessidade. A pressão é como uma exigência de trabalho imposta ao aparelho psíquico, no sentido de ser uma força motora que impulsiona o sujeito em prol de uma ação que o leve à satisfação pulsional (FREUD, 1915). Garcia-Roza (2001) explica que essa exigência de trabalho da pulsão é importante pois é ela quem distingue o caráter particular do aparelho psíquico. Assim, pressão seria para Freud (1915) a “essência” da pulsão. Nesse ponto é interessante observar a ideia de que essa pressão é o que reforça o caráter ativo da pulsão, pois não há pulsão dita passiva, o que ocorre são pulsões com finalidades (objetivos) passivos. Quando a pressão impulsiona o aparelho psíquico, ela conduz a pulsão para uma atitude ativa de busca de satisfação. Entretanto, há finalidades pulsionais passivas como ocorre no caso do sadismo-masochismo. Nesse caso, constata-se que o prazer de torturar a si mesmo (ativo) transforma-se em prazer de *ser* torturado (passivo), pois o conteúdo da finalidade foi modificado.

Outro componente de suma importância é o objeto da pulsão. O objeto não é predeterminado, ele pode ser o próprio sujeito, ou um órgão do sujeito, ou outro indivíduo, podendo ser ilusório (fantástico) ou real. O que importa ressaltar aqui é que o objeto é a única parte variável da pulsão, é o objeto que fará a “ponte” entre a pressão e a finalidade, ou seja, é através dele que a pulsão encontrará a satisfação. Em alguns casos o mesmo objeto pode servir para a satisfação de finalidades diferentes (FREUD, 1915). Portanto é nesse fato que reside uma grande diferença entre o estímulo pulsional e o instintual. O instinto parece estar intimamente ligado ao seu objeto, como exemplo, a fome, que só pode ser saciada através do alimento (objeto), enquanto na pulsão sexual o prazer pode ocorrer mesmo que o objeto, sendo imaginário, não seja real (GARCIA-ROZA, 2001).

O último elemento utilizado por Freud (1915) nesse texto para elucidar o conceito de pulsão é o de fonte, que em alguns casos pode ser a chamada “zona

erógena” ou borda corporal. Porém, o significado de fonte aproxima-se mais de qualquer parte física do corpo que possui uma representação psíquica. A fonte é descrita como um “processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo e cuja excitação é representada na vida mental pela pulsão” (FREUD, 1915, p. 143).

Neste caso podemos compreender parte da diferenciação do pensamento dualista presente no discurso diagnóstico do modelo médico. Ou seja, quando Freud (1915) discorre sobre o mecanismo de funcionamento do discurso pulsional, fica claro que nem sempre as experiências em busca de satisfação são “saudáveis”¹⁰ para o sujeito. O discurso dualista de normal-patológico que tece os diagnósticos de dependência química ou toxicomania como a fixação pelo objeto droga, sem encontro de outras experiências de satisfação, pressupõe que a experiência de satisfação do sujeito não é pulsional, mas instintiva. Isso porque não considera que o caminho de escolha pelo objeto de satisfação não é fixo, como ocorre na pulsão, bem como que a experiência de satisfação ou de fuga do desprazer não se limita ao objeto de consumo, mas está além disso. É nessa ruptura que nasce o sujeito do desejo de Freud, como não instintivo, mas pulsional, regido pelo mecanismo psíquico da pulsão que ao mesmo tempo em que caminha para o distanciamento do desprazer, não necessariamente se afasta de seu sintoma psíquico. Como veremos adiante no capítulo sobre a formação do sintoma em psicanálise.

Para esclarecer essas colocações, precisamos compreender que para a psicanálise o objeto de satisfação pulsional não necessariamente é algo externo ao sujeito, ou até mesmo um objeto em si. Por isso a nomeação de quadros sintomáticos que limitam o desenvolvimento do sintoma como decorrente do uso, ou de um objeto de consumo, não estão considerando a formação do aparelho psíquico de Freud, nem a noção de sujeito do inconsciente proposta por ele. Por isso a teoria psicanalítica aparece tão revolucionária para época, pois ela entrou como marco que não mais encontrava uma origem palpável para o adoecimento psíquico. Ora, se a origem não era fisiológica, ela não precisa ser material através de um objeto como a droga. Mesmo com essa noção e até posterior desconstrução dualista do que seria normal e patológico por Foucault, encontramos diagnósticos pautados e justificados

¹⁰ Neste sentido devemos compreender o “saudável” como aquilo definido como o normal em contraponto com o patológico, ou aquilo que causa adoecimento e sofrimento. Como proposto por Foucault, a desconstrução da noção de saúde e bem estar é necessária para construir novas formas de interpretação diagnóstica e de olhar para o sujeito que adocece.

por isso, no que se refere a quadros de uso prejudicial de substâncias. Assim, a pergunta sobre qual sujeito estamos falando é importante, porque desconstrói o olhar racional e abre margem para a fala sobre o sintoma do próprio indivíduo, que está acometido por ele.

Assim, o sujeito da psicanálise é marcado pelo circuito pulsional do aparelho psíquico inconsciente, que possui sua própria instância de subjetividade. Como pontua Godino (2009), Freud não utiliza muito a expressão “sujeito” em sua obra, aparecendo somente em “Metapsicologia” ao abordar a questão pulsional, de tal modo que nomeia o sujeito como aquele ao qual se origina a pulsão. Por isso a importância em se falar da pulsão como constituinte da subjetividade na obra freudiana. A importância desses esclarecimentos no presente trabalho parte da necessidade de se entender qual é o sujeito que busca a satisfação, qual é o objeto de encontro com esse circuito pulsional que desencadeia a partir disso a cadeia de repetição. Bem como elucidar a forma como ocorre essa relação pulsional com o objeto, que no uso de drogas é tida como algo tão singular a ponto de, por vezes, a relação com a substância enquadrar o sujeito em uma estrutura específica. Enquanto algumas frentes de tratamento buscam tratar o sujeito do corpo, esse dualista da razão, o sujeito do *cogito*, a psicanálise enfatiza no sujeito que está na cadeia pulsional e que lança sua busca pela satisfação através desse circuito exemplificado. No entanto, o sujeito da psicanálise não é o Eu, mas se permite fazer a partir dele na medida em que o Eu se coloca na relação com o meio. Algo que será mais bem demonstrado a partir da construção de pulsão de morte após 1920.

Enquanto algumas frentes intervencionistas buscam tratar esse sujeito da consciência, a psicanálise pretende compreender o que levou aquele sujeito a esse fluxo de repetição que não corresponde mais ao princípio do prazer e que não está mais em busca de uma satisfação, estando além disso. Algo que será definido através da temática da pulsão de morte após 1920, por meio da tentativa de compreensão da compulsão à repetição. Surge deste ponto a necessidade de entender a dualidade pulsional a partir da diferenciação da pulsão de vida e a pulsão de morte. Esta última impele o sujeito a um estado inanimado, visando a eliminação de toda a tensão existente através de uma descarga imediata, distinta da pulsão de vida que possui um caráter mais unificador (FREUD, 1920). É esse o sujeito inconsciente que corresponde a esse princípio, e é em função disso que partimos da necessidade de elucidar a clara distinção de qual indivíduo tratamos na psicanálise

em contraponto com outras terapêuticas. Já que a construção clínica de Freud, neste momento, se pautará no princípio de tornar o inconsciente consciente, ou seja, agindo diretamente sobre esse aparato psíquico do sujeito. Será a partir dessa construção e dessas formulações que se constituirá a noção de tratamento psíquico.

4.2 Recortes sobre o método clínico psicanalítico em comparação com as outras terapêuticas

Em seu texto sobre tratamento psíquico, Freud (1890) discorreu sobre o marco que passou a diferenciar os médicos que buscavam tratar os sintomas enquanto uma desordem física dos médicos que passaram a analisar os fenômenos anímicos. Freud (1890) definiu tratamento psíquico como tratamento anímico, isto porque a palavra *psique* derivada do grego se refere à alma, portanto estaria relacionado a tratamentos patológicos da vida anímica. Enquanto a medicina seguiu uma direção, praticamente unilateral na época, voltando seus estudos para a fisiologia e a anatomia com o intuito de encontrar a desordem fisiológica do corpo que adoce, Freud desenvolveu os fenômenos inconscientes, por concluir que há uma grande parcela de doentes cujo sintoma não era compreendido pelo campo consciente (FREUD, 1890).

Deste modo, iniciou-se o marco que passou a distanciar Freud dos demais médicos da época, toda a noção de tratamento anímico só pôde ser fundamentada a partir da noção de subjetividade e sujeito para a psicanálise. Berlinck (1998) pontua a descoberta de Freud sobre o inconsciente sexual como uma referência para a possibilidade de observar a doença por outro viés, porque não advém mais da consciência, estando em uma instância inconsciente que não é acessível através da racionalização.

O homem passou a ser concebido como um sujeito propriamente psicopatológico, ou seja, portador de um excesso, de uma dor, de um sofrimento psíquico a respeito do qual fala sem parar, ainda que não o diga constantemente (BERLINCK, 1998, p. 27).

É dessa necessidade de fala que surge o espaço do qual Freud irá desenvolver a clínica da escuta do sujeito do inconsciente, aquele do campo psíquico permeado de processos que a ciência até então havia negado. Iniciando

seus estudos dos fenômenos histéricos, a partir das pesquisas e escritos de seu colega e professor Charcot, Freud fez suas primeiras publicações a respeito das doenças nervosas em 1886. Nesses escritos buscava renunciar às técnicas até então empregadas com embasamento fisiológico. A necessidade deste estudo decorre do fato de que alguns sintomas aparentes no corpo não pareciam ter sua origem fisiológica e orgânica (FREUD, 1886). Essa elucidação se mostra importante, uma vez que até hoje vemos em vigência uma forte corrente de estudo pragmática que busca sua elucidação no corpo físico, não reconhecendo e retrocedendo todos os avanços já alcançados pelas frentes de pensamento que estudam processos mentais, principalmente na clínica de usuários de substâncias.

Com a necessidade de explicação dessas doenças nervosas que acometem a alma, em 1895, com o “Projeto para uma psicologia científica”, Freud discorreu sobre o funcionamento dos processos psíquicos inconscientes e sua passagem para o conteúdo manifesto consciente, a partir de uma visão ainda muito biológica pautada nos processos neuronais. É importante ressaltar aqui que já se inicia o marco de diferenciação entre as outras terapêuticas, uma vez que não temos mais uma limitação do sintoma ao corpo físico, algo que abriu precedentes inclusive para o questionamento da dualidade normal-patológico. Freud (1895) falou sobre o princípio do prazer e desprazer, em que o organismo busca a homeostase nessa dinâmica, resistindo a qualquer carga de dor que é sentida como desprazer. Neste sentido, é formulado o conceito do Eu definido como “uma rede de neurônios com função defensiva, organizada para impedir a passagem de qualquer quantidade de energia que surja acompanhada de dor” (BARROSO, 2012, p. 151). Assim, neste início da teoria, o Eu pertence à instância consciente na medida em que funciona como um mecanismo de defesa na percepção de dor, ou seja, o Eu está localizado no princípio de realidade, que organiza a vida psíquica de todos os indivíduos, variando a forma para cada quadro singular de diagnóstico.

Outro marco importante da terapêutica psicanalítica se mostrou presente em o “Método Psicanalítico”, onde Freud (1905) discorre sobre o abandono do procedimento catártico de hipnose de Breuer por acreditar que tal método não dava conta de trabalhar todos os modelos anímicos de resistência presentes no *setting* terapêutico. O método catártico consistia em submeter os pacientes sob hipnose até a cena traumática vivida na infância, sob forma de tornar consciente o conteúdo sintomático, sem necessariamente buscar dar uma intervenção direcionada, de

modo que se espera que os sintomas desapareçam com o tempo, na medida em que se tornam conscientes. Com algumas mudanças técnicas, a distinção do método psicanalítico para as demais terapêuticas é o fato de que Freud deixou de analisar o paciente pautado na enfermidade que ele apresenta, ou seja, não se trata mais de uma anamnese tradicional em que se pretende descobrir a história da doença, e sim, sobre a história do paciente (FREUD, 1905). Essa formulação se torna tão importante porque rompe com o pensamento clássico da psiquiatria e até das correntes comportamentais da psicologia da época. Ao traçar esse posicionamento de olhar para a história de cada paciente ele confere um lugar complexo, mas ao mesmo tempo rico ao tratamento, pois reconhece que o ser humano não se limita a uma doença. Assim seu caminho para “cura” não deve ser limitado. O reconhecimento da complexidade psíquica abriu campo para a psicanálise analisar e questionar as construções sociais.

A importância dessa distinção teórica e clínica freudiana se mostra presente e importante em função da regra fundamental, em que o paciente deve falar tudo aquilo que lhe vier à mente, como associação livre. Desse modo, torna-se possível analisar os conteúdos dos processos psíquicos primários inconscientes, podendo observar as lacunas de memória presentes no discurso. Com a possibilidade de elaboração dos sentidos trazidos pelos pacientes em seus discursos, não temos mais um relato lógico e sistemático da história do sintoma real, mas da vida anímica do sujeito inconsciente. Observa-se assim, uma nova forma de compreensão do sofrimento por parte dos afetos desse paciente, um marco que se apresentou bastante revolucionário para a época, justamente por romper com o padrão normalidade-patologia que encontramos até hoje em manuais de diagnósticos.

Entretanto, observou-se que mesmo seguindo essa técnica bastante pautada no discurso do paciente, este cometia lapsos de memória, distorção dos acontecimentos, entre outros, que por vezes se manifestavam como formas de defesa para não emergir o sentido do sintoma. As lacunas de memória presentes no discurso do paciente foram definidas por Freud (1905) como recalques de conteúdos imaginários que afastam o sujeito de seu mal-estar. Esses conteúdos deixam de ser trazidos nas sessões a partir de mecanismos de resistência, que acabam tendo uma função de manutenção da manifestação sintomática na realidade psíquica do paciente. Desse modo, o tratamento anímico, através da arte da interpretação, não pretende apenas a pura eliminação do sintoma ao estado anterior de seu

surgimento, como ocorre no campo médico, mas a possibilidade de retirar elementos e ressignificar as relações. A importância dessa constatação pontua que o tratamento ocorre através do acesso às experiências anímicas, visto que para alguns casos é disso que se trata, não de um retorno ao orgânico em que o tratamento ocorre pela via do medicamento. Na análise ele ocorre pela relação entre o paciente o analista (FREUD, 1905). Nesse ponto se elucida um marco que diferencia a psicanálise de outras terapêuticas, pois ela não visa tratar os sintomas aparentes no indivíduo, mas propõe uma terapia através da escuta onde o analisando não é mais objeto de investigação do sintoma.

Em “Sobre a Psicoterapia” Freud (1905) traça um paralelo de comparação muito interessante com a arte para ilustrar a diferenciação da psicanálise para as demais terapêuticas. Para isso ele faz referência à técnica artística elaborada por Leonardo da Vinci em que a pintura seria um método *per via di porre* através da sobreposição de pontos de tinta sobre a tela como forma de criar algo, como na sugestão. Enquanto a escultura seria *per via di levare*, que consiste na retirada de elementos para se encontrar a forma da superfície desejada, como no tratamento analítico com o desvelamento das resistências. Assim, a psicanálise não sugere introduzindo possíveis sentidos, buscando a “gênese dos sintomas da doença e do contexto psíquico da ideia patogênica, cuja eliminação é o seu objetivo” (FREUD, 1905, p. 68).

Ainda nesse texto e nesse período, Freud (1905) discorre sobre a proposta da técnica que vinha desenvolvendo, buscando fazer considerações aos profissionais que pretendiam utilizar a psicanálise para atendimento. Entre as exposições, há a ressalva de que não se deve buscar a rapidez no método analítico, visto que trabalhar as resistências não consiste em algo rápido. Deste modo no tratamento analítico, tanto o paciente quanto o analista, devem estar implicados, o primeiro na entrega para o tratamento através da sinceridade total e o segundo na abertura para a escuta livre de expectativas projetadas no paciente. O interessante dessa colocação de Freud está justamente no ponto que discorreremos sobre a noção de biopolítica construída por Foucault, pois a terapêutica deve estar a serviço do paciente e não da sociedade ou do Estado, muito menos do clínico. Uma vez que se estabelece a fronteira entre o Eu e o outro, se torna possível trabalhar através de um olhar mais humanizado com o paciente, pois a eliminação dos seus sintomas não

deve estar a cargo do desejo do analista. O clínico deve se colocar a serviço do paciente a fim de proporcionar uma escuta mais livre, passível de direcionamentos.

Freud (1905) ainda ressalta a necessidade de não olhar a enfermidade, mas a pessoa por trás disso, buscando o sujeito que está debaixo dessa escultura de resistência e sintoma. Para ele “a terapia psicanalítica foi criada a partir de e para doentes com incapacidade duradoura de viver, e o seu triunfo é o que torna um número satisfatório deles capazes de viver sua existência de forma duradoura.” (FREUD, 1905, p. 71). Apesar de Freud (1905) fazer uma ressalva sobre a análise para casos de psicose e melancolia profunda (inclusive de tóxicos), esse trecho elucida como a técnica é muito honesta ao que se propõe. Pois confere um estatuto de escuta para aqueles que encontraram uma insatisfação em seu modo de viver, ou seja, não se pretende resolver suas relações conflituosas através da sugestão de comportamento. É por isso que a psicanálise pode e deve atuar em face de usuários de substâncias, por olhar para a fala e desejo do paciente que adocece insatisfeito mesmo em meio a tantos excessos. É interessante pontuar aqui o quanto os pacientes demandam sugestões na clínica, reivindicam se enquadrar em expectativas e projetam isso através da relação transferencial com o analista. É nesse sentido que o analista deve observar essa demanda e não acolher, mas questionar o sentido desse enquadre, pois diz da posição de quem e para que.

Zygouris (2003) elucida em “O vínculo Inédito” a necessidade dessa escuta livre e que acolha o sujeito, que ele possa se sentir seguro para pensar, antes mesmo de conseguir falar. A análise deve ser esse lugar, um lugar que haja uma transferência que de campo seguro para o sujeito começar seu processo através do pensar, para depois poder dissociar em palavras discursivas ao clínico. Possibilitando assim, a construção de um sentido que pode ser que demore anos ou nunca seja totalmente elaborado. Assim, não basta se colocar a ouvir e estudar a técnica, requer ao analista e ao sujeito que se propõe a uma análise o desejo de ouvir e de ser ouvido respectivamente. É disso que surge a possibilidade de se fazer esculpir o inconsciente no consultório.

A psicanálise não está a serviço de atender a um padrão de normalidade que se enquadre às expectativas sociais, modelando os comportamentos dos indivíduos para que eles deixem de se questionar sobre o sofrimento e voltem a produzir. A terapia psicanalítica não atende aos desejos do Estado sobre segregação patológica como forma de limpeza social. A técnica analítica jamais

deve ser utilizada para tal, pois vai contra esses princípios fundamentais considerados por Freud ao longo de sua obra. É por essa razão que o analista não deve suggestionar ao paciente o que ele deve fazer, pois o caminho de análise é da escolha do paciente, traçado por suas resistências ao longo desse percurso.

Ou seja, o analista não deve temer uma piora do paciente durante o tratamento, bem como não deve recuar diante do sintoma apresentado através da transferência. Freud (1905) define a terapia analítica como:

Essa terapia, portanto, fundamenta-se na concepção de que representações (*vorstellungen*) inconscientes – ou melhor: a inconsciência de determinados processos anímicos – sejam a causa mais próxima dos sintomas patológicos (FREUD, 1905, p. 74).

Ou seja, retomando as ideias trazidas principalmente em “A interpretação dos Sonhos”, Freud (1900) elucida que esses conteúdos anímicos inconscientes se mostram encobertos, sendo a possível causa dos sintomas patológicos. Assim, cabe ao tratamento analítico esse desvelar de conteúdos inconscientes em conscientes manifestos, porém esse trabalho se dá frente a resistência constante do paciente, visto que gera desprazer, sendo assim sua forma de defesa face ao sintoma. É nesse sentido que Freud (1905) define nesse texto a análise como “um tipo de educação póstuma para superar resistências interiores” (Freud, 1905, p. 75). Nesse momento de sua teoria podemos ver como ele formula o método analítico a partir de uma vertente que procurará investigar como os conteúdos passam para o manifesto mantendo os sintomas.

Por isso a importância e necessidade de os analistas compreenderem a psicanálise a partir de sua própria técnica prática, pois estar em contato com o um a um dos pacientes resulta em um ganho mais rico na resolução dos conflitos inconscientes (FREUD, 1910). Nesse sentido, ressaltamos a importância de o presente trabalho surgir da prática clínica esclarecida pela teoria para a elucidação das nuances do tratamento em usuários de substâncias, visto que a psicanálise surge dessa clínica da escuta dos sintomas. Em “Sobre a psicanálise ‘selvagem”” Freud (1910) discorre que é através dos combates das resistências internas que reside a tarefa da análise, pois são essas resistências internas que encobrem os elementos recalçados. Assim não se trata de aprender sobre o aparelho psíquico inconsciente e desvendar todas as razões da fonte sintomática, mas de trabalhar

com as resistências que surgem na relação paciente-analista. É a partir da construção dessa posição do analista que Freud (1910) começa a desenvolver o conceito de transferência, como um vínculo que é estabelecido na relação terapêutica e que, se apresenta através das repetições sintomáticas do sujeito. Posteriormente a transferência será tida como um dos pilares fundamentais da clínica analítica, e será mais bem discorrida ao longo desta pesquisa. Nota-se que nesse momento de sua obra o direcionamento do tratamento estava voltado para a diminuição desses sintomas até que eles apenas deixassem de ser.

Em contradição com as terapêuticas vigentes que pregavam a normatização patológica e buscavam uma frente de tratamento pautada na via do medicamento, a psicanálise utilizava como ferramenta a escuta. Porém, a escuta não controla o paciente, ao contrário, a escuta abre possibilidade para que ele se questione, fale de si, reveja traços e cenas de sua história e ressignifique seu lugar. Isso caso o paciente assim deseje uma análise. O ponto é que nem todo paciente deseja uma análise, então poderíamos dizer que um dos pontos limites de uma análise seria o próprio paciente. Isso é importante de se ressaltar pois considera os limites de qualquer forma de escuta e de tratamento, seja para qual caso for, inclusive naqueles em que o paciente faz um uso prejudicial de alguma substância. Em casos de institucionalização, quando o paciente sai desse meio em que sua fala é preenchida com um saber científico que pouco representa seu sofrer, ele não encontra fôlego para falar. A psicanálise com a sua regra fundamental da associação livre proposta por Freud convoca o sujeito a falar sobre si, não sobre o uso, sobre a droga, a recaída, mas sobre sua história de vida e assim abre espaço para falar sobre seu sintoma psíquico.

A quebra da barreira que se estabelecia, na época, entre saúde e doença como forma classificatória dos indivíduos, faz com que a psicanálise abra margem para o saber psíquico inconsciente. Entretanto, vale ressaltar que até mesmo Freud se utilizou de classificações diagnósticas para diferenciar os quadros que são possíveis de uma análise com método psicanalítico para os casos em que se supunha que os pacientes não entravam numa análise. O critério para essa diferenciação era pautado em um dos principais pilares do método psicanalítico: a transferência. Assim, diferenciavam-se as neuroses de transferência e as neuroses atuais, em que as primeiras seriam aquelas possíveis de se estabelecer a transferência entre analista e analisando (seriam as neuroses históricas e

obsessivas, principalmente); enquanto isso não seria possível nas neuroses atuais. Porém, o fator preponderante para a diferenciação desses casos seria a relação que o paciente conseguia estabelecer entre seus sintomas e seus conflitos inconscientes infantis. Nas neuroses de transferência o paciente rememorava e retornava aos conflitos infantis inconscientes que se entrelaçavam com seu sintoma durante a sessão com o analista, sendo a partir disso a possibilidade de elaboração de seu sintoma. Posteriormente, outros autores irão discorrer sobre a validade de análise para os casos de neuroses atuais.

Desse modo, temos os elementos fundamentais para a diferenciação do método clínico psicanalítico para as demais terapias. Os aspectos fundamentais que permitem uma análise são: o inconsciente, a resistência, a transferência e a interpretação. Mezan (1996) traz a análise da morfologia da palavra terapia, que tem seu significado intimamente ligado com cuidado e cura:

Ora, o cuidado – que em grego se diz *therapeia* – em latim chama-se *cura*. *Cura, curae*, da primeira declinação. *Cura* veio tal e qual para a nossa língua, em que, além do sentido médico de restabelecer a saúde (MEZAN, 1996, p. 98).

Aqui a análise morfológica é interessante pois para diversas terapias o objetivo principal é a cura na sua ligação mais íntima com a noção dual de saúde-doença. Essa noção está presente na psicologia como forma de tratamento. Ao se estabelecer esse critério dual, que não deixa de ser normativo, nos adentramos para as diversas concepções de doença mental. Assim, observamos terapêuticas que trabalham com um ideal de cura que está associado necessariamente à saúde e, conseqüente eliminação do sintoma aparente. Enquanto a clínica psicanalítica visa “modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas” (MEZAN, 1996, p. 98).

Um exemplo disso é a forma como diversas terapêuticas tratam a questão do uso de substâncias como o próprio sintoma do sujeito, principalmente ao se basear em manuais diagnósticos que classificam de forma rígida a forma como os indivíduos se relacionam com o uso, inferindo um ideal de aceitável ou não. A crítica parece estar presente quando as terapias se utilizam do campo do saber que não as originou, que seria o saber médico-patológico. A necessidade de tratamento pela via terapêutica parte dos impasses da vida mental e/ou psíquica do sujeito. A partir

desse momento de ruptura com o conhecimento científico e filosófico vigente na época, a psicanálise surge com a epistemologia do saber inconsciente, como a metapsicologia freudiana capaz de questionar a noção de sintoma, tratamento e cura.

4.3 O MANEJO DOS SINTOMAS E A CURA EM PSICANÁLISE

Em Conferências Introdutórias sobre Psicanálise III Freud (1917 [1915-1916]) discorre sobre o sentido dos sintomas em diferença com a psiquiatria da época. Na Conferência XVIII sobre o Sentido dos Sintomas ele pontua a importância da psicanálise se adentar sobre a forma externa do sentido dos sintomas, ou seja, sobre a história do paciente. Nesse sentido ela carrega esse caráter fundamental de diferenciação com a psiquiatria vigente no momento, de observar o sentido dos sintomas no corpo do sujeito. Freud (1917) esclarece que em alguns casos de neurose, em especial das neuroses obsessivas, o paciente possui impulsos que não estão à serviço de satisfação e apresentam um caráter repetitivo e nocivo, que fogem de sua compreensão e se mostram impossibilitados de omissão. São impulsos que, por mais que causem desprazer ao paciente e se mostrem pobres de significação e importância, são também ações patológicas que aparecem ligadas ao sintoma dele e a conseqüente origem da doença (FREUD, 1917).

É interessante analisar que por vezes o sintoma ou a patologia do analisando aparece nas entrelinhas de sua narrativa de vida, enquanto o que de início pode aparecer como “queixa” passa a se diluir no discurso, por vezes até se perdendo na memória do paciente. Freud (1917) apontou a necessidade do clínico, durante o atendimento, não tentar suggestionar novos comportamentos ou “modelar” as ações repetitivas do paciente que tanto lhe causam desprazer. Nesse sentido podemos traçar um comparativo de quando outras terapêuticas aplicaram padrões de comportamentos aceitáveis de pacientes que usam substâncias psicoativas, muitas vezes pautados em ideais de abstinência com repressão das recaídas. Ao passo que podemos observar o quanto o diagnóstico do sintoma aparece totalmente associado ao uso, passando pano nas outras faces que o sintoma pode apresentar.

Ainda em relação à neurose obsessiva, Freud (1917) reitera que uma das saídas possíveis ao analisando para romper com a barreira de repetição, pode se dar através de deslocamentos e substituições daqueles padrões mais absurdos, por

outros menos penosos. Assim se encontra uma forma de descolar a repetição de sintomas para áreas da vida que sejam mais suportáveis ao paciente, mas não as remover, até porque a repetição e o sintoma aparecem como constituintes da vida psíquica. Essa colocação de Freud (1917) é importante uma vez que marca a possibilidade de o sujeito continuar sofrendo de sua patologia, mas encontrar outros caminhos de suportar o mal-estar. É por essa razão que o trabalho analítico não consiste em uma análise sistemática dos sintomas, ao passo que um determinado evento ressurge em diversos momentos do tratamento, estando em constante elaboração, uma vez que está a cargo da associação livre do paciente. Não se esgotar em uma hipótese diagnóstica, mas abrir margem para a interpretação e elaboração são princípios que fundam a psicanálise enquanto clínica da escuta do doente. Para Freud “a tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir, com relação a uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a ideia se justificou e a ação serviu a um propósito” (Freud, 1917, p. 277).

Na conferência XXIII sobre “Os caminhos da formação dos Sintomas” Freud (1917) estabelece uma ruptura com o pensamento das terapêuticas que vinham se desenvolvendo na época, muito relacionadas à psiquiatria e à neurologia. Em síntese, ele esclarece a importância de se decifrar os sintomas para o maior entendimento sobre a enfermidade. A definição de sintoma psíquico aparece nesse texto como sendo “atos, prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento” (FREUD, 1917, p. 361). Importante ressaltar que quando ocorre uma extensa cadeia de formação sintomática o paciente apresenta um empobrecimento de sua energia mental e dificuldade de realizar tarefas essenciais para sua vida. Assim, por vezes a cadeia de repetição sintomática pode parecer a tal ponto que coloca em xeque as próprias experiências de prazer do sujeito. Ainda nessas conferências, Freud (1917) traz a conclusão importante de que quando a libido não encontra satisfação, surge a necessidade de buscar novos objetos e caminhos em busca de prazer ocasionando um conflito psíquico:

A precondição necessária do conflito é que esses outros caminhos e objetos suscitem desaprovação em uma parte da personalidade, de forma que se impõe um veto que impossibilita o novo método de satisfação, tal como se apresenta. A partir desse ponto, a formação dos sintomas prossegue seu curso (...) (FREUD, 1917, p. 353).

Essas novas vias indiretas de satisfação da libido tomam o caminho da formação dos sintomas, ou seja, estes surgem a partir do conflito resultante da nova formação de satisfação. A dualidade que transita o campo do sintoma e da satisfação se mostra presente desde as formações infantis. Por isso a importância de ouvirmos a história do sujeito e abandonarmos uma sequência lógica sistemática e cronológica sobre o que aparenta ser o sintoma, buscando abrir espaço para a associação livre que irá percorrer um caminho não linear de desdobramento da doença. O sintoma pode passar a apresentar um caráter de satisfação completamente confuso para o sujeito. Esse conflito proveniente de algo desejável que ao mesmo tempo causa sofrimento, origina resistência e repugnância ao paciente.

Para Freud (1917) a estranha formação dos sintomas aparece como resultados do abandono do princípio de realidade e retorno ao princípio do prazer, o que causa esse afastamento da realidade externa do sujeito. Esse abandono da realidade externa faz com que o sintoma abra possibilidade para o retorno de um autoerotismo que causa modificações no corpo em busca de encontrar uma fonte de satisfação. Esse caráter maleável da libido e do sintoma confeccionam a teia complexa sobre a patologia do sujeito e o seu sofrer.

Tendo estabelecido a importância de elaboração dos conflitos que circundam a satisfação da libido e que estes possuem direta relação com eventos ocorridos na infância, fica o questionamento de como elaborar os sintomas na clínica psicanalítica, de modo a possibilitar menos sofrimento psíquico ao sujeito. Em “Lembrar, repetir e perlaborar” Freud (1914) discorreu sobre como os sintomas emergiam nas sessões clínicas e sobre a importância de se observar os momentos e a forma com que as resistências do paciente surgiam como meios de manutenção do sintoma. Além disso, Freud (1914) pontou a importância de o analista estar atento ao seu próprio modo de compreender a resistência do paciente, sem tomar para si qualquer possibilidade de direcionamento do caminho que diga respeito a sua expectativa terapêutica sobre o sujeito. Quando falou sobre o caminho de formação dos sintomas na infância, Freud (1917) ressaltou que o paciente ao se lembrar dos desprazeres e repressões infantis nem sempre estaria nos falando sobre a realidade concreta, mas da percepção que ele sentiu no momento em que narra essa realidade, sendo muitas vezes irreal e fantástica.

Porém “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (Freud, 1917, p. 370), assim ao recordar na sessão sobre tais eventos o paciente pode vivenciar também experiências de desprazer. Ao se dar conta sobre seu passado e desvelar o recalado junto ao analista, é comum que surjam resistências, como formas de não elaborar e enfrentar esses eventos. O que Freud (1914) apontou, é que mesmo que o paciente não se lembre do conteúdo recalado, ou se desvie dos apontamentos do analista, ele repete aquilo que fora esquecido em ato. O que é perceptível através do manejo da transferência entre analista e analisando.

Logo percebemos que a resistência, ela própria, é apenas uma parcela da repetição, e que a repetição é a transferência do passado esquecido não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação presente (FREUD, 1914, p. 155).

É justamente a partir da repetição do paciente que o analista encontra a possibilidade de entrar na cadeia de sentidos e compreender junto ao paciente sua doença. Disso, se faz a ressalva de como pode ser comum a piora do paciente quando essa repetição em ato aparece na clínica, com o retorno do que é de sua vida real e também da potência de seu sintoma. Entretanto, a ressalva consiste no fato de que o analista não deve temer essa piora, mas compreender como parte do processo de lembrança e elaboração do sintoma. Essa nota de Freud (1914) é tão importante para a clínica psicanalítica quanto para qualquer outra, uma vez que ainda hoje vemos a condenação moral sobre os pacientes que apresentam “recaídas” em seus tratamentos. Além de possuímos um histórico cheio de manchas na vida de pacientes que perderam seus sentidos de vida em hospitais psiquiátricos, por talvez vivenciarem “pioras” em seus tratamentos. Essas recaídas são condenadas não só no meio de usuários de substâncias, mas de todos os pacientes que durante um momento de suas vidas se entregam à falta ou ao excesso de sentido sem dar conta, apresentando uma vivência mais dura do mal-estar.

Freud (1914) explica que o paciente “repete tudo que já se impôs a partir das fontes do seu recalado em sua essência evidente, suas inibições e posições inviáveis, seus traços de caráter patológicos” (Freud, 1914, p. 156). Desse modo, o trabalho do analista continua sendo lembrar os impulsos presentes no campo psíquico que o paciente deseja repetir no âmbito motor, fazer com que ele fale sobre isso e elabore a seu modo de vida. É importante que, dentro do possível, as

resistências sejam elaboradas no *setting* para evitar que a repercussão dessa repetição em outras relações do sujeito traga um peso ainda maior sobre seu sintoma. Porém, para Freud (1914) é no manejo da transferência que se encontra a possibilidade de quebrar com a cadeia de compulsão a repetição do paciente. Através da transferência pode ser possível construir novos significados dos seus sintomas, tornando seu percurso de vida mais leve. Cabe ao analista construir um novo saber e não apenas desvendar as representações do inconsciente, visto que este não consiste em um aparelho fixo e imutável.

Com a possibilidade de passagem das neuroses atuais para a neurose de transferência, Freud (1914) ponderou o percurso do trabalho analítico, sempre considerando o posicionamento do paciente diante da enfermidade. A partir desse manejo é possível criar algo que ele chama de “zona intermediária segura” para a dissolução e ressignificação do seu sintoma, como um local que é seguro, não só para o analisando como para o analista, um lugar que é possível através da transferência.

O manejo das resistências através da transferência é importante pois respeita o tempo do paciente para elaborar, sem sugerir significados que podem encobrir o processo de análise, como a pintura de um quadro que apaga o branco da tela. A técnica analítica consiste nesse manejo que vai desvelando as resistências internas do paciente na medida em que ele possibilita isso, como no caso das esculturas que vão retirando os excessos de matéria, proporcionando uma nova forma à peça. É isso que Freud (1914) pontuou como perlaborar, ou seja, a rememoração das resistências no um a um com o analista, durante as sessões, possibilitando que o tratamento continue.

Só no ponto mais alto desse trabalho é que, em conjunto com o analisando, iremos descobrir as moções pulsionais recalçadas, que alimentam as resistências e de cuja existência e poder o paciente se convencerá através dessa vivência (FREUD, 1914, p. 161).

Pois, é justamente desse perlaborar que Freud (1914) falou sobre a parte mais importante do trabalho analítico, em principal com diferenciação com em relação a outras técnicas terapêuticas. Isso não quer dizer que o trabalho psicanalítico não deve promover uma melhor forma de o paciente lidar com seus sintomas e de distanciar do mal-estar, ou seja, de afastar o sofrimento que o acomete. A questão aparece estar mais relacionada a não sugerir respostas e

caminhos que o paciente deveria seguir para livrar-se do sofrer. Ademais, o analista não deve se prender a descobrir uma verdade absoluta que configura a resposta para o adoecimento psíquico do sujeito. Caso o analista esteja disposto a perlaborar no lugar do paciente sobre um saber mais teórico do que prático-clínico, ele está se afastando da psicanálise enquanto terapêutica considerando a cura pelo paciente e não pelo clínico. Essa ressalva é significativa no campo de trabalho com pacientes usuários de substâncias, em principal quando observamos que o clínico despeja seu conhecimento teórico e patológico para o paciente dando um nome para o sofrimento. Nome, que por vezes, o próprio sujeito que sofre não compreende o significado, mas nomeia para tentar encontrar sentido e justificativa para seu sintoma. Quando o terapeuta realiza isso na clínica ele não parece estar à serviço do paciente e da redução de seu sofrimento e, sim, da atenuação de trabalho que ele pode causar. Em “Presença Sensível”, Kupermann (2008) reitera a importância de o analista seguir a escuta afetiva efetiva¹¹ em decorrência de uma possibilidade de cura que esteja atrelada à diminuição do sofrimento psíquico. Isso seria considerar, inclusive, a própria ética da psicanálise. Devemos considerar que o percurso de uma análise não é fácil ao paciente e sim que custa também sua energia. É por isso que por vezes os pacientes abandonam a análise em determinado período, pois a resignificação da dor é um processo que custa emocionalmente a ele. Kupermann (2008) afirma como esse “pensar” sobre o sintoma dói, pois não se pensa mais apenas na cura e sim naquilo que machuca e pode inicialmente não fazer sentido. O espaço de análise permite pensar sobre o horrendo e o não aceitável. Porém, é justamente nesse ato de pensar e colocar para fora que surge a possibilidade de trabalhar e redirecionar esse horrendo, é um momento de poder se haver com seus fantasmas sem continuar sendo perseguido por eles.

O campo transferencial oferece um lugar seguro para que essas passagens ocorram, possibilitando a formação de um saber inconsciente que se refere àquela análise, com a singularidade de cada um que está envolvido nela, longe de concepções morais ideativas. Essa particularidade da psicanálise, que considera o caráter singular tanto do analista quanto do analisando, é o que confere um lugar

¹¹ Para Kupermann (2008) essa escuta afetiva efetiva diz respeito a esse manejo transferencial de poder se considerar tudo aquilo que o paciente diz, escutando de forma sensível a ponto de poder fazer uma análise efetiva do sentido para cada caso.

próprio para a transferência como ferramenta clínica dessa abordagem. A transferência nos mostra que o trabalho não consiste no descobrimento das representações, mas também na significação dos afetos. Assim, o analista ao se colocar na posição de escuta do sofrimento, aceita o lugar de recebimento desses afetos transferidos pelo analisando. Ou seja, a transferência apresenta essa faceta da plasticidade e conceituação do afeto na relação um a um, por isso a possibilidade de construção de um novo saber e não apenas de deslocamento de sintoma (KUPERMANN, 2008).

O saber psicanalítico se dá na transferência, condição *sine qua non* de trabalho para o analisando e exigência de trabalho para o analista; e a cura... bem, ganharemos muito se conseguirmos transformar humanamente o sofrimento neurótico em infelicidade comum (KUPERMANN, 2008, p. 79).

Neste sentido as construções sobre aspectos de cura e continuidade da análise foram tratadas por Freud (1937) em “A análise finita e infinita”, em que discorreu sobre duas condições fundamentais para se decidir sobre o fim do tratamento. A primeira estaria relacionada à melhora do paciente em relação ao seu sintoma, como discorremos anteriormente, no sentido de o analisando poder superar as inibições e angústias que circundam seu circuito desejante. Enquanto a segunda condição diz respeito à avaliação do próprio clínico sobre as repetições sintomáticas e elaborações que o paciente realizou ao longo do trabalho, podendo superar resistências e analisar os conteúdos recalçados de modo que estes não lhe causem mais o mesmo sofrimento patológico. Freud (1937) levantou a reflexão e o questionamento de que muitos analistas parecem preocupados em responder como a técnica psicanalítica cura, deixando de tentar decifrar as barreiras que impedem que esse processo ocorra.

É interessante pensar sobre essa questão dentro da perspectiva de tratamento com usuários de substâncias, uma vez que muitos profissionais e instituições terapêuticas parecem estar mais associados ao que seria a “cura” em si do tratamento, como o não uso, do que desvendar possíveis caminhos que tornem a vida do sujeito menos infeliz. Ou seja, possibilitar descobrir o que poderia intervir em sua associação psíquica de modo que os dias não fossem apenas ordinários, mas insuportáveis. Freud (1937) não refuta a possibilidade de que o sofrimento neurótico retorne ao paciente em outro momento de sua vida e a pretensão da psicanálise não

deve estar associada a isso, mas em compreender os caminhos que alimentam esse sofrimento.

Se pudermos entender que as causas dos sintomas neuróticos estão atreladas à rebeldia da força pulsional em decorrência da tentativa de controle do Eu, ou do surgimento de “traumas precoces, dos quais o Eu imaturo não conseguiu se apoderar” (FREUD, 1937, p. 320), estaremos mais próximos de compreender as nuances que podem interferir no tratamento psicanalítico.

4.4 A REDUÇÃO DE DANOS E A CLÍNICA PSICANALÍTICA

No que se refere a ordem diagnóstica e noção de tratamento sobre qualquer estado de queixa advindo dos pacientes, tanto a psicanálise quanto as práticas de redução de danos partem do pressuposto da escuta e consideram o lugar ético e individual de todos os sujeitos. Isso não significa que outras vertentes não atuem a partir desses princípios, mas o que demarca um lugar diferencial é que elas não buscam construir verdades sobre o paciente, mas com ele. Tanto a clínica psicanalítica quanto a redução de danos não tornam o sujeito invisível diante de seu sintoma, ademais quando se trata do uso de substâncias. Tais práticas não focalizam as questões sobre a substância, mas sobre aquele que dela faz uso. Enquanto vemos nas correntes intervencionistas um direcionamento ainda muito organicista sobre os efeitos químicos do uso e que unificam o tratamento somente nisso: no uso de substâncias. Não dizemos que o que circunda a problemática do uso não é importante e vale atenção na escuta, mas principalmente de que não é só disso que se trata, mas de toda a história de vida daquele sujeito.

4.4.1 A psicanálise e o uso de substâncias psicoativas

Em 1884 Freud publicou sua monografia “Sobre a cocaína”, em que pretendia estudar os efeitos anestésicos da substância (GURFINKEL, 2008). Porém, sabe-se que apesar do interesse em se aprofundar nas diversas áreas de estudo de psiquiatria e psicopatologia, Freud não debruçou muitas pesquisas sobre o tema das adições e toxicomanias. Segundo o que Décio Gurfinkel traz em seu artigo “O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro” (2008), uma das razões para o psicanalista cessar os escritos sobre a temática seria em decorrência do

“episódio da cocaína”, mencionado poucas vezes na obra freudiana. Ao que é possível notar, Freud enfrentou alguns percalços em tentar a aplicabilidade do uso de cocaína em pacientes (GURFINKEL, 2008).

As primeiras tentativas dizem respeito ao uso farmacêutico da cocaína em pacientes com quadros de melancolia. Posteriormente Freud discorreu sobre a possibilidade de tratamento de pessoas que fazem uso crônico da morfina, algo semelhante ao que hoje chamamos de redução de danos em quadros de uso abusivo. Entretanto, durante esse percurso Freud se deparou com o vício em cocaína decorrente de alguns quadros clínicos, e até mesmo, a morte de seu colega Fleischl, que vinha sendo tratado por ele com o intuito de controlar a dependência de morfina. Ademais, sabe-se que Freud fez o próprio uso da substância para comprovar seus efeitos químicos. Todavia, nota-se que nesta época o interesse de Freud sobre o tema ainda era muito voltado para a psiquiatria. Assim os estudos eram direcionados para a área da medicação (a fim de tratar um desequilíbrio psíquico), ou, para uma preocupação referente ao uso abusivo que deu origem as toxicomanias (GURKINKEL, 2008). Ao perceber-se diante do fracasso da aplicabilidade da cocaína, Freud optou por não tecer seus estudos sobre a razão do vício. Isso demonstra como a noção de uso ainda era muito ligada aos aspectos químicos da substância e não à relação subjetiva com a droga.

Em 1898, ao escrever a “Sexualidade na Etiologia das Neuroses”, Freud esclareceu que a partir do momento em que uma necessidade sexual desperta encontrando uma satisfação pulsional, ela não pode mais retroceder ao estado originário. Neste sentido, Freud (1898) discorreu sobre a importância de o analista estar atento para a origem etiológica do quadro sintomático bem como o que leva o sujeito à repetição na busca de satisfação. Portanto não se trata da privação da substância narcótica, mas da compreensão do papel que ela ocupa da realidade psíquica do sujeito.

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 normal não pode mais ser reestabelecida, podemos contar com certeza, com a recaída do paciente (FREUD, 1898, p. 264).

De tal modo, deve caber ao analista a localização do lugar que a substância ocupa na subjetividade do paciente de modo a compreender seu funcionamento

psíquico, como ocorre no programa de redução de danos. Vale ressaltar a necessidade de não limitar o sujeito enquanto mero telespectador de sua vida, mas colocá-lo como protagonista de suas escolhas, podendo dar sentido ao seu circuito pulsional em busca de satisfação e posteriormente conscientizá-lo pelas suas escolhas.

Em “Além do Princípio do Prazer” (1920) podemos observar que a busca por satisfação e fuga do desprazer não funcionam harmoniosamente no sujeito e isso ocorre em função da dualidade pulsional, que faz com que permaneça no paciente o instinto de preservação, de retorno ao estado originário de conservação das coisas, de tentativa de experienciar as primeiras vivências de satisfação. Com a decorrência do princípio de realidade foi possível observar todos os mecanismos, de compulsão à repetição, que nem sempre estão a serviço de experiências de satisfação, mas que se associam também ao surgimento do sintoma e com isso causam angústias e sofrimentos para o indivíduo. Essas colocações freudianas são importantes porque possibilitam observarmos o sujeito psicanalítico em sua totalidade, compreendendo que o mecanismo de experiência e satisfação, que ilusoriamente buscamos em nossa vida é falho. E que por caminhos diversos nos deparamos com experiências insatisfatórias e de sofrimento. A busca pela felicidade e os impasses enfrentados no caminho são muito bem percorridos por Freud (1930) em “Mal estar da civilização”:

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, com isso sinais de advertência; do mundo externo, que por se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com outros humanos (FREUD, 1930, p. 16).

Essa demarcação demonstra como ao longo da vida iremos nos deparar com o sofrer e com fracassos em encontrar a felicidade. Daí decorrem diversas formas psíquicas de se lidar com a perda, com a falta e com a busca por outras formas de se viver a felicidade e encontrar satisfação. Quando Freud (1904) fala na capacidade de “realizar e gozar”, ou como outras traduções colocam, a aptidão de “trabalhar e amar”, ele está falando sobre as realizações do sujeito que o aproximam de experiências de felicidade e satisfação. É por isso que em 1930 quando fala sobre essa busca pela felicidade, fala-se sobre expandir as vivências da vida, mas deixa a cargo do sujeito a administração disso. Ou seja, qual a mediação possível

que faz em relação ao meio, seja no encontro de felicidade ou na condução da frustração diante dos fracassos.

Aquele predominantemente erótico dará prioridade às relações afetivas com outras pessoas; o narcisista, inclinado à autossuficiente, buscará as satisfações principais em seus eventos psíquicos internos o homem de ação não largará o mundo externo, no qual pode testar sua força (FREUD, 1930, p. 20).

Neste sentido podemos constatar que o caminho de cada sujeito é único, para tanto observamos a importância da escuta singular e da possibilidade de analisar a especificidade de cada um. Assim, não dizemos que o enquadre nosológico não é importante, mas que mesmo dentro dele há a especificidade clínica de cada sujeito, visto que seu inconsciente é singular e não coletivo.

A partir do possível fracasso na busca por essa felicidade idealizada o sujeito pode vir a encontrar a satisfação libidinal através do uso de substâncias. Nesse caso Freud (1930) pontua a ideia da impossibilidade do reestabelecimento psíquico ao escrever sobre o ato de intoxicar-se como uma tentativa de fuga do sofrimento. Sendo uma maneira de distanciar-se da realidade, voltando-se para si mesmo. Ocorre então a diferenciação entre o “emprego de veículos intoxicantes” e a “intoxicação crônica”, sendo o primeiro uma tentativa de encontrar a felicidade e afastar-se do sofrimento (comumente incorporado em diversas culturas), enquanto que o segundo é um consolo para “o homem que, em anos posteriores, vê sua busca de felicidade resultar em nada” (FREUD, 1930, p.92) e que acarreta em um aniquilamento das pulsões. Desta forma, nota-se que com o mal-estar o indivíduo não consegue mais encontrar o prazer nas pulsões sexuais ou de vida, de forma que esse sentimento é inerente à posição de existência desse sujeito. Neste sentido, a droga pode entrar como uma função estabilizadora do indivíduo, como um suporte. Assim, quando se tira esse elemento sem nenhuma elaboração de sua função psíquica pode ocorrer uma desestabilização de seu quadro.

Com isso podemos compreender diversas formas de estabelecimento com o uso de substâncias, por isso pontuamos a problemática de se tecer um diagnóstico pronto sobre todo aquele que faz uso. No que se refere à terminologia da toxicomania não encontramos uma unidade de significado dentro da própria teoria psicanalítica sobre a relação do sujeito com o uso. Isso ocorre a partir da necessidade de alguns autores enquadrarem a toxicomania em uma estrutura

clínica, preocupando-se muito mais com o diagnóstico do que com o discurso do sujeito. Birman (2000), em “Mal estar na Atualidade”, elenca a toxicomania a partir de quadros de perversão por compreender que os toxicômanos buscam o encontro ao estado primeiro de satisfação, procurando o prazer absoluto. Nesse caso Birman (2000) discorre sobre uma relação particular com o uso de substâncias que ocorre na toxicomania, em que há uma busca por uma satisfação oral originária que acarreta uma compulsão ao uso. Sobre esse tema Birman (2000) ainda reitera a relação problemática com a insuficiência materna e a necessidade de o analista não ocupar um lugar maternal de acolhimento frente ao sofrimento, mas de re colocação do limite pela elaboração do lugar simbólico do pai, que sirva como contorno frente às experiências de prazer sem limite. Se tomarmos pela via perversa, podemos compreender que o sujeito entende e reconhece as vias de impossibilidade de satisfação absoluta; identifica a interdição e o limite, porém a recusa aparece como um mecanismo de defesa frente à essa barreira¹². Na perversão o toxicômano recusa a castração, nega o superego e possui uma fixação com o objeto; isso ocorre porque há uma ilusão de controle sobre o uso. Vale ressaltar aqui, que nessa estrutura clínica, a negação do lugar do analista é fator fundamental de colocação do sujeito no lugar de saber. Salvo também que a relação transferencial deve atuar frente ao desmonte da ilusão de controle do uso e trabalhar na possibilidade de não-negação do superego como alternativa de mediação do uso (PAULA, 2014).

Ao mesmo tempo, encontramos autores que buscam definir a toxicomania através da estrutura psicótica, por compreender que nesses casos o sujeito acredita veemente na possibilidade de satisfazer-se plenamente como se não houvesse inscrição sobre a insuficiência da realidade. Assim ele busca e encontra essa satisfação sem limite e, sem reconhecer outras formas de destinos pulsionais, ou seja, pode haver fusão na substância como única fonte de satisfação. A grande diferença para os casos de perversão é que na psicose há uma fusão com o objeto, em que pode aparecer como uma suplência frente à forclusão da castração, em uma busca por anular todo o desprazer. Como aponta Paula (2014) em “Toxicomania e posições subjetivas: uma dialética entre o prazer e o gozo” em casos de psicose, como a castração e o superego, estão forcludidos. Há uma

¹² Nesse sentido se compreende que na perversão o mecanismo de defesa seria a denegação, isso porque não há reconhecimento de um suposto saber no Outro, mas há a centralidade desse saber sobre o sujeito, sendo o Outro apenas instrumento de gozo (CALLIGARIS, 1986).

espécie de fusão com o objeto de satisfação, assim como na infância primária há a união com a mãe (objeto de amor).

Dentro do espectro da psicose, é possível que a droga também esteja fazendo o papel de suplência da lei (Petit, 1990; Olivenstein, 1991), que coloca em questão a dependência psíquica em relação ao Outro, pois o toxicômano se encontra na dialética entre a busca e a recusa do gozo, de modo que ainda há uma chance de inserir uma estrutura, como trabalho ou religião, que substitua a droga (PAULA, 2014, p. 174).

Essas colocações se mostram fundamentais à medida que se analisa como a especificidade da clínica da toxicomania requer um manejo delicado e que varia para cada caso. Na psicose, por exemplo, pode existir a possibilidade de realizar o manejo de modo substitutivo para o sujeito, por isso se fala em suplência na toxicomania da psicose. Em alguns casos o próprio analista pode vir a ocupar essa posição de suplência no substituto da droga, como forma de tecer a possibilidade de borda e ressignificar outras formas da relação. Santiago (2001) reitera que nesses casos há uma tentativa de não lidar com a falta e é possível aparecer o sentimento de culpa ou arrependimento, mas não em relação ao outro: o sujeito não sofre porque seu uso é prejudicial para estabelecimento de suas relações. Essa é uma demarcação necessária para pontuar diferenças de quadros em que a toxicomania aparece em relação às neuroses, visto que aqui também pode haver uma relação de colagem com a substância, podendo existir a possibilidade de encontrar uma satisfação plena. Todavia, em quadros de neurose ocorre o reconhecimento da impossibilidade dessa satisfação, mas existe a presença de um Supereu julgador e condenador forte em relação ao sofrimento que este sujeito pode estar causando nas relações, ou em referência a um sentimento de culpa frente a essa satisfação.¹³

Outro enquadre comumente realizado em casos de toxicomania se dá pela via da melancolia. Como Freud (1917) pontua, neste complexo podemos observar mecanismos como a ambivalência, perda do objeto e a regressão da libido. Na melancolia, diferentemente do luto, não há reconhecimento de qual foi o objeto

¹³ Em "Neurose e Psicose" Freud (1924) explica de forma sucinta que os casos de neurose surgem do conflito entre o Eu e o Isso, enquanto os casos de psicose se originam desse impasse do Eu com a realidade do Eu com o mundo externo, por isso se fala sobre a sobre a forclusão do Supereu e da castração. Nos casos de neurose há o reconhecimento de que o Eu acaba cedendo às leis do Super-Eu. Apesar dessas colocações serem relevantes para o contexto diagnóstico de enquadre estrutural, o objetivo desse trabalho não é discorrer sobre as formas de funcionamento desses quadros, mas de pontuar nesse sentido as diferentes formas de relação que os sujeitos podem estabelecer com as substâncias.

perdido, por isso se destinam afetos ambivalentes à essa perda, de amor pela satisfação dele e raiva pela ausência e causa do sofrimento. Com isso, observa-se no melancólico a necessidade de incorporação do suposto objeto perdido, isso pode ocorrer como uma tentativa de poder nutrir-se desse objeto que já fora perdido. Mas agora, a partir da introjeção deste em sua realidade psíquica primitiva, por isso se fala na melancolia também da regressão da libido no Eu.

O melancólico, assim como o toxicômano, devora o objeto para destruir sua alteridade e mantê-lo incorporado como mesmo e único recurso disponível para preservá-lo, afastando a ameaça de destruição proveniente da situação de desamparo (PIMENTA; CREMASCO; LESOURD, 2011, p. 260).

Neste sentido, a expressão melancólica na toxicomania elucida a forma com que o sujeito transita entre os estados de mania e depressão, na medida em que lida com o desamparo do objeto perdido. O uso pode aparecer nesses casos como uma tentativa de incorporação, não sendo a droga o objeto de perda, mas centralizado nela a representação da libido que acaba sendo retornada para o Eu. Entretanto, nesse trabalho não buscamos elencar a toxicomania ou o uso prejudicial de substâncias dentro de uma estrutura ou categoria clínica, pois compreendemos que todas essas colocações podem contemplar diversas formas de sujeitos. Ou seja, a toxicomania pode estar presente em qualquer estrutura, assim como a melancolia que transita por estruturas clínicas. Assim sendo, o uso de substâncias só interessa para a clínica psicanalítica a partir do momento em que, durante a fala do paciente, ele possa estar relacionado ou vir a ser um sintoma analítico. Isso é importante porque não estamos demarcando que, mesmo em casos em que o uso possa ser considerado excessivo do ponto de vista físico-clínico, ou que o analista observe uma relação de colagem com a substância, não tecemos o diagnóstico de toxicomania como se ele representasse um prognóstico de tratamento. Ou como se ele direcionasse para quadros específicos de psicose ou perversão, porque definir toxicomania por si só não responde sobre o circuito sintomático do sujeito. Neste caso, definir diagnósticos como se falassem sobre verdades totais acerca do sujeito nos direciona para a invisibilidade de seu inconsciente, que sempre é muito rico de sentidos. Assim, buscamos questionar o quanto essas terminologias não podem escrever histórias outras e, nesse caso, não estaríamos nos aproximando do discurso biomédico sobre manuais de diagnósticos? Pois dessa forma estaríamos

novamente preocupados em corresponder a um discurso da ciência que apaga o sujeito inconsciente, e isso vai contra toda a psicanálise.

Nesse caso o toxicômano aparece como fruto do discurso psiquiátrico clássico que busca classificar diagnósticos a partir da dualidade de normal-patológico, já tão desconstruído nas últimas décadas. Alguns autores, como Santiago (2001), reiteram que a toxicomania nasce também do discurso capitalista, no que se refere à lógica de consumo. Quando discorremos sobre a noção de biopolítica de Foucault falamos sobre a necessidade de sair do discurso científico, que está preso na égide farmacológica do consumo, pois só assim poderemos tecer diagnósticos a partir do ideal de saúde e bem estar. Devemos pensar, nesse caso, quais os objetivos de uma escuta e de um diagnóstico clínico. Considerando que em algumas situações os clínicos não ficam obcecados em diagnosticar e elencar outras categorias, demais comportamentos de compulsão ou de autoerotismo, mas isso ocorre constantemente com usuários de substâncias.

Como aponta Le Poulichet (1990) é importante pensar a toxicomania não como uma categoria estrutural autônoma das demais, mas que pode estar presente em qualquer uma das estruturas. Nesse sentido propõe o estudo sobre o que denomina como operação *farmacon*, em que se preconiza o estudo sobre os sujeitos que fazem uso e, não sobre a substâncias. Caso contrário estaríamos produzindo conteúdo sobre os tóxicos e, até sobre outras medicalizações de sofrimento sem entrar em detrimento sobre os caminhos pulsionais que levam os sujeitos à tal fenômeno. Assim sendo, enquadrar a toxicomania a uma patologia específica seria recair novamente sob o discurso de uma medicina positivista que classifica os sujeitos através de uma abordagem dualista de normalidade-doença. Le Poulichet (1990) introduz a noção da operação *farmacon* não visa localizar um objeto concreto da realidade, como uma substância em si, mas como a ideia do objeto de consumo e desejo do sujeito. Por exemplo, para isso se diferencia a noção de droga e a noção de “tóxico”, sendo o primeiro o produto em si mesmo e o último a transformação do produto consumido e seu lugar de estabelecimento na vida psíquica do sujeito.

4.4.2 A interface entre a escuta psicanalítica e as estratégias de redução de danos

Freud (1904) discorre em “O método psicanalítico freudiano” sobre os objetivos de uma análise, inferindo que o processo de cura poderia advir a partir da capacidade do sujeito realizar coisas, produzir ou trabalhar e de poder gozar dessa vida em que algo se produz. Esses objetivos de tratamento entram em consonância com os princípios da redução de danos, que busca ressignificar os laços do sujeito enquanto este ainda está inserido em seu meio social. Poder elaborar formas de se gozar da vida, sem que essa experiência de satisfação seja traumática ou destrutiva com o sujeito, faz parte de um trabalho terapêutico ético. Isso vai na contramão das políticas proibicionistas de tratamento, que não consideram a possibilidade de o sujeito poder realizar coisas e gozar da vida mesmo em uso de substâncias.

Quando escreveu as conferências introdutórias, em especial a XVII sobre os sintomas, Freud (1917) explicitou o funcionamento da neurose obsessiva de maneira que o neurótico obsessivo não consegue remover a obsessão quando está em funcionamento, cabendo a ele apenas um deslocamento da mesma para outras categorias de sua vida, como forma de atenuar o sintoma. A forma como Freud (1917) teorizou a construção sintomática na realidade psíquica abre precedentes para que se torne possível o deslocamento das angústias também como uma possibilidade de cura, não se restringindo mais à total exclusão do sintoma como objetivo final do tratamento. Neste caso, o que se deve pensar é a função que a droga ocupa no processo de sofrimento psíquico individual de cada sujeito: seria ela mais uma repetição sintomática ocupando o lugar de um outro objeto, ou seria a droga a organizadora do psiquismo do sujeito? No caso de corresponder à essa última, deve-se considerar qual a função estabilizadora e se há a possibilidade de inserção de um outro objeto que mantenha o sujeito, a partir dessa posição de sustentação.

A importância de pensar em outras políticas públicas e de tratamento advém da necessidade de romper com o modelo ideológico em que o sujeito é definido pela patologia, que corresponde a uma prática biopolítica que sustenta relações de poder do clínico sobre o paciente. É nesse novo lugar que se falam das práticas de redução de danos, não pressupondo um conhecimento maior sobre o paciente do que ele mesmo. Quando falamos sobre a consideração do sujeito poder ser protagonista de sua própria história, é sobre não oferecer sentidos diagnósticos ou protocolos de tratamento que não façam sentido para ele e que dizem respeito às expectativas clínicas de quem o trata. É sobre a visibilidade do sujeito que sofre,

esse é o lugar ético de onde fala a psicanálise e principalmente a redução de danos, para além de expectativas de cura. Quando consideramos as particularidades do sujeito e suas possíveis relações com a droga, estamos considerando como um ser psicopatológico que sofre de angústias para além do objeto concreto. Ressaltam-se assim, as individualidades tornando possível a construção de um olhar além dessa expectativa de cura, como sendo unicamente possível sobre o terreno da abstinência total.

Assim cabe ao clínico em atividade poder reconhecer os limites de significação que o uso possui na vida psíquica do sujeito, antes de lhe impor medidas restritivas de sua subjetividade. É a partir disso que a psicanálise converge com as políticas de redução de danos, pois nenhuma parte de um pressuposto de tratamento fechado e unilateral, não se trata de uma clínica restritiva ou normativa. Entretanto, vale ressaltar que a clínica psicanalítica e as estratégias de redução de danos possuem divergências. Mediante isso vale falarmos sobre esses quadros estruturais. Como posto acima, podemos encontrar casos de toxicomania ou uso abusivo de substância em qualquer estrutura, seja neurose, psicose ou perversão. Na atualidade já se sabe que a análise cabe para qualquer um desses quadros estruturais, ao contrário do que foi colocado anteriormente por Freud em que somente as neuroses de transferência seriam passíveis de um trabalho de analítico. Hoje também se escuta e se realiza um trabalho sobre as neuroses atuais¹⁴. Entretanto, no que se refere às práticas de redução de danos, é possível que ela seja aplicável para qualquer que seja a estrutura sintomática, mas vale ressaltar qual é o lugar que irá ocupar no psiquismo do sujeito. Nesse caso se observa a forma com que o sujeito em sua singularidade conseguirá aderir às estratégias da redução de danos, conseguindo lidar com a autonomia de decisão de seu projeto terapêutico com o amparo do clínico que estará o escutando em todas as suas esferas de vida. Mas que não entrará em um lugar de direcionamento com diagnósticos prontos e protocolos de tratamento esquematicamente pensados com rigidez de disciplina. Na interface, a escuta psicanalítica com o respaldo da redução de danos, visam

¹⁴ As neuroses de transferência foram definidas por Freud como correspondentes aos casos de histeria e obsessão, enquanto as neuroses chamadas de atuais estariam relacionadas aos caso de perversão e psicose, em que se acreditava não ser possível o estabelecimento de uma transferência que possibilitasse a ressignificação subjetiva dos sintomas.

respeitar o tempo de cada sujeito dando visibilidade para sua história e seu lugar de sentir.

Considerando as estruturações clínicas da psicanálise, nos casos de neurose a redução de danos pode se tornar mais passível de aderência porque não há uma negação da realidade externa. Como mencionado anteriormente, em geral, os sujeitos que fazem uso de substâncias e possuem o quadro estrutural de uma neurose conseguem subjetivar com o tempo de tratamento outras formas de se relacionar com os objetivos de satisfação pulsional, ressignificando o vínculo com a droga. Em casos como a psicose e a perversão é necessário compreender que o não reconhecimento ou negação da realidade externa, bem como o desejo sem limite em busca da satisfação plena e originária, pode levar esses sujeitos a uma maior dificuldade de compreender a redução de danos. Isso não significa que as formas proibicionistas de tratamento sejam mais eficazes, pelo contrário, na neurose e psicose a redução de danos pode oferecer um lugar mais ético e humano, com uma escuta que está fora do ideal de normalidade. Na perversão, o manejo clínico deve quebrar com a idealização do sujeito sob o controle que acredita possuir a respeito do uso, elaborando sua fixação com a substância de consumo. Assim, também é possível a aderência da perversão nas práticas de redução de danos, apesar de requerer um manejo talvez mais delicado que nas outras estruturas, pela não consideração do lugar de suposto saber no clínico, mas no próprio paciente. Essa posição pode levar o sujeito a não reconhecer figuras de amparo que possam ajudar a construir outras direções em busca de satisfação.

Outra questão que difere a psicanálise da redução de danos é que a primeira busca junto ao paciente encontrar uma forma atenuante de viver com a realidade e o sofrer, ressignificando vivências passadas e buscando uma forma de poder realizar e amar; enquanto a segunda trabalha como forma de reeducação e organização dos elementos constitutivos de sua realidade de vida, sempre considerando a reinserção social do sujeito. Como salienta Ribeiro (2012), mesmo com as diferenças é interessante observar que no tratamento de usuários a psicanálise e a redução de danos podem se complementar, ou seja, uma pode ocupar o lugar de falta da outra. Talvez as práticas de redução de danos careçam da especificidade da escuta analítica que ouve e retira a partir das elaborações inconscientes o sintoma do sujeito em sua particularidade. E talvez o manejo da psicanálise falhe ao não conferir um lugar sugestivo quando o sujeito se encontra

desamparado e necessitando de um direcionamento em forma de borda/limite do outro. Assim, se elucida a importância do posicionamento ético acerca da vida do sujeito, para além da questão da droga, mas da escuta desse sintoma na vida dele. A divergência reside aqui no fato de que a clínica psicanalítica não vai trabalhar necessariamente na reinserção social do sujeito. No que diz respeito à realidade de realizar (trabalhar), Freud (1924) pontua não ser necessário a reinserção desse sujeito no modelo capitalista de produção tradicional. Já a redução de danos possui a frente social como um de seus principais pilares.

A maior convergência dessas abordagens reside da compreensão sobre o fenômeno de uso de substâncias, que pode ser variável e relativo para cada sujeito, bem como o entendimento sobre a noção de tratamento e cura, não sendo esta compreendida como um total estado de bem estar bio-psico-social, mas como uma nova forma de percepção sobre o viver. Tanto a psicanálise quanto a redução de danos acreditam nessa forma de ressignificar os destinos de satisfação da vida e compreender as limitações de cada um, não condenando formas de dependência emocional do sujeito em suas relações. E principalmente não idealizando uma vida de plena felicidade, porque não se foca no objetivo final, mas no processo de construção de algo.

Assim compreendemos que o tratamento analítico se constitui como uma própria prática substitutiva, conforme proposto por Freud em “Análise finita e infinita”: “apenas no caso eminentemente traumático, a análise fará o que sabe fazer com maestria: substituir a resolução insuficiente dos primeiros tempo, graças ao fortalecimento do Eu, por uma consecução correta” (Freud, 1937, p. 321). Essa elaboração substitutiva na vida psíquica do sujeito corresponde ao encontro de um caminho que permita a ele menos angústias e novas formas de encontrar satisfação. Podemos dizer que a redução de danos, em parte, refere-se a isso quando propõe reduzir os danos emocionais através de algumas substituições no campo da satisfação de vida¹⁵.

Freud (1937) reitera a necessidade de uma prática de tratamento que não ofereça um risco ainda maior para o paciente do que a própria causa de seu sofrimento. Nesse caso é inevitável a comparação com as práticas intervencionistas

¹⁵ Compreendendo aqui que ela não se restringe somente à redução do dano emocional, nem sobre ser somente uma prática substitutiva nos recursos frente à satisfação, mas nessa intersecção podemos aproximá-la da psicanálise no que se refere aos objetivos finais de um tratamento.

de internamento de sujeitos que fazem uso prejudicial de substâncias. Uma vez que tais formas de cuidado retiram o sujeito de seu meio social e inviabilizam suas formas de comunicação, oferecendo substituições psicotrópicas que podem, muitas vezes, não fazer sentido àquele que consome. Em geral, conforme observamos na literatura e na clínica, é possível notar que esses tratamentos oferecem maior dano que a própria causa do sofrimento do sujeito. Justamente por não compreender o que seria essa causa e por limitar o discurso somente ao campo do uso prejudicial, quando o sintoma analítico está muitas vezes para além disso. Em contraponto, temos a possibilidade da psicanálise que visa “a criação artificial de conflitos na transferência, os quais se despem do caráter de realidade, e o despertar de tais conflitos na imaginação do analisando, na medida em que se fala deles e se familiariza o paciente com a sua possibilidade” (FREUD, 1937, p. 336). E conciliando a isso temos a redução de danos, que nada mais pretende do que a diminuição do dano e não a criação de um sofrimento maior.

5. NARRATIVAS CLÍNICAS

5.1 Um caso de (im)potência

5.1.1 História

Carlos¹⁶ tem 67 anos e foi encaminhado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de sua regional a fim de procurar atendimento individualizado. Carlos desde o início demonstrou que sua relação com o álcool foi a grande problemática da sua vida. O uso do álcool, segundo ele, acabou com seu casamento, algo que nunca superou. O paciente começou a fazer uso da substância com 16 anos quando se mudou para Curitiba em busca de uma vida melhor. Relata ter saído do interior do Paraná, onde vivia com sua família, porque tinha o sonho de conhecer o mundo, viajar muito e ter experiências novas. No decorrer dos atendimentos, Carlos se revelou como uma pessoa que teve muitas ambições na vida, não gostando de se contentar com pouco.

Entretanto, suas expectativas mudaram quando os planos começaram a dar errado e acabou tendo que trabalhar como pedreiro de obra. O paciente relatou que nessa época seu irmão mais novo e dois amigos também se mudaram para Curitiba e que resolveram aproveitar a juventude saindo bastante. Quando tinha 21 anos conheceu uma mulher que considerava muito bonita e que fazia com que ele se sentisse superior ao lado dela, “mais que os outros” em suas palavras. Relembrou a cena de quando essa mulher o chamou de “frouxo” quando ele recusou um drink feito com vodca. A partir desse momento passou a beber mais, mas não sentiu pesar quando essa relação terminou, visto que se mostrou muito rígido e seguro de suas decisões, sem voltar atrás. Teve sua primeira namorada alguns anos mais tarde, de quem chegou a ficar noivo, porém a relação terminou após uma desavença familiar com seu sogro. Nesse momento reiterou sua rigidez de não aceitar ser desmerecido por outras pessoas.

Alguns anos após esse evento conheceu uma mulher com quem ficou casado por trinta anos, a quem ele chama de “amor da vida”. Em relação ao seu

¹⁶ Os nomes apresentados nessa construção de caso são fictícios a fim de preservar o sigilo ético da pesquisa e a privacidade dos participantes.

casamento, Carlos disse que sempre se sentiu muito satisfeito, no entanto relembra com pesar a morte de suas duas primeiras filhas que não sobreviveram ao parto. O paciente pontuou estes momentos como os mais difíceis enfrentados durante o casamento, mas não gostou de falar sobre isso nas sessões pois sentiu-se sensibilizado. Posteriormente, o casal teve dois filhos homens, Augusto (27) e Ícaro (25), que tiveram a gestação acompanhada por um médico recém-formado da família, a quem Carlos tem como uma das pessoas mais importantes de sua vida. O paciente falou muito sobre os anos em que esteve casado e sobre as oportunidades e conquistas que teve ao lado de sua mulher, sempre exaltando seus momentos de crescimento social. Culpa-se ao lembrar que nos finais de semana saía para beber e deixava sua mulher e filhos sozinhos em casa. Outra situação delicada para o paciente, lembrada durante várias sessões, diz respeito a um acidente que sofreu quando estava com seu filho Augusto, que na época tinha apenas 8 meses. Esse acidente resultou em uma deficiência física que seu filho carrega desde então. Por estar dirigindo o veículo naquela ocasião, e ter bebido horas antes do evento, Carlos se culpa e tenta estar sempre vigilante com seu filho até hoje.

Durante esse casamento teve alguns casos com outras mulheres, relações as quais sempre julgou como pontuais e sem significado. Carlos comenta que houve momentos em que ele fez um uso mais abusivo de outras substâncias. Momentos estes em que estava envolvido com outras mulheres; ele pontuou que sempre precisava estar sob efeito de alguma substância nesses casos. Ele discorreu sobre fases da vida em que teve maior impotência sexual, como ocorreu posteriormente ao falecimento de suas duas primogêniticas, momento em que se sentiu insuficiente e “menos homem” por não conseguir ter filhos saudáveis. Carlos conta que muitas vezes chegou a beber para conseguir transar com sua ex-mulher, mas com os anos isso perdeu o sentido.

Contou de forma breve alguns episódios em que ficou muito violento com sua família depois de beber, retomando uma situação em que chegou a ser preso após uma acusação de sua ex-mulher de tentativa de assassinato de seu filho. Carlos nega esses eventos e diz não perdoar sua ex-mulher por isso, pontuando que jamais chegaria perto dela ou dos filhos para cometer tal ato de violência. Apesar disso, demonstrou sentir-se culpado por ter momentos de muito estresse onde xingava os membros de sua família e não demonstrava afeto. A separação ocorreu após um desses eventos, quando chegou em casa e se deparou com uma carta de

sua mulher comunicando que havia ido embora com seus filhos. O paciente sempre retoma essa cena, pontuando que ficou muito inconformado e “sem chão” quando se percebeu totalmente sozinho. Em algumas situações que viu sua ex-mulher, depois da separação, ela o chamou de impotente, informação que o paciente revelou depois de muitos meses de acompanhamento, por se sentir muito envergonhado.

Posteriormente, seu filho Augusto voltou a morar com ele, por desavenças que vinha tendo com o irmão mais novo na casa da mãe. Carlos relatou o evento como uma grande mudança na sua rotina porque agora ele tinha o filho para se ocupar. Com a vinda de Augusto para sua casa, Ícaro passou a visitá-lo semanalmente também. São momentos importantes para ele e o paciente relata sentir falta quando não ocorrem. Pouco tempo depois da mudança, Ícaro se casou com uma mulher que Carlos desaprova, pois a julgava como aproveitadora de seu filho. Porém ama a neta que nasce fruto desse casamento do filho. Carlos contou que sua neta nasceu com vários problemas de saúde e por isso, mesmo já tendo quatro, anos não consegue andar e falar, mas possui a habilidade de se comunicar de outras formas. Na tentativa de manter a família próxima de si, acabou se afastando de todas as relações de amizade que possuía, por compreender que esse universo do uso de substâncias era nocivo (locais como bares e botecos, onde encontrava amigos para beber e jogar sinuca).

Após esses acontecimentos, afirma ter parado de beber com a intenção de reconquistar sua mulher, apesar de nunca ter a procurado para uma reconciliação. Ele disse ter orgulho da sua tentativa de deixar de beber. Com o passar dos atendimentos, o paciente reformula suas histórias, ao passo que demonstrou não ter parado de beber completamente após a separação, continuando com o uso abusivo dois anos após tais acontecimentos. Procurou ajuda do CAPS-AD quando sentiu que falhou na tentativa solitária de parar o uso. Nota-se que durante seu acompanhamento no CAPS-AD o paciente conseguiu reconsiderar seus padrões de uso, colocando para si mesmo o ideal de abstinência como algo necessário e que deveria ser mantido a longo prazo em sua vida. Entretanto, a abstinência não foi somente alcohólica: Carlos se afastou de todas as suas relações pessoais, de amizades, envolvimento amoroso e do trabalho, criando para si uma rotina rígida com horas muito bem definidas para cada atividade. Depois de um longo acompanhamento no CAPS, recebeu a orientação de procurar atendimento psicológico individualizado para que pudesse tratar de questões pessoais ainda não

resolvidas, momento em que procurou auxílio na Clínica de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná.

Em 2018 foi realizado contato via telefone com o paciente, chamando-o para realizar os atendimentos de triagem com o intuito de reconhecer a possibilidade e interesse de participar da pesquisa. Foram três atendimentos iniciais antes de propor a participação voluntária na pesquisa e a coleta da assinatura no Termo de Consentimento Livre. Carlos aceitou participar da pesquisa alegando que enquanto estávamos tentando “ajudar ele, ele nos ajudaria com a pesquisa”.

5.1.2 Um caso de (im)potência em psicanálise

Durante os atendimentos notou-se que ele apresentou uma posição vitimizada dos acontecimentos, colocando-se em segundo plano nos eventos que ocorreram em sua vida. O paciente apresenta dificuldade de compreensão da linguagem formal, principalmente em relação a termos técnicos, apesar de tentar utilizá-la para descrição de seus relatos. Nesses momentos é interessante observar como algumas trocas de termos podem aparecer como atos falhos no sentido de lapsos de seu inconsciente buscando espaço para fala, no que apresenta resistência. Por exemplo, o paciente troca a palavra “convulsão” (quando fala de um quadro de saúde de sua neta, filha de Ícaro) por “compulsão”, várias vezes ao longo da sessão. São elementos que elucidam seu comportamento compulsório de repetição sintomática em sua vida. Seu discurso se desvela com o passar das sessões, de modo que é possível observar Carlos não apenas como um senhor que conta seus últimos dias de vida – imagem a qual ele mesmo descreve – mas como alguém que luta para que esses dias durem mais do que seu discurso elucida desejar.

Apesar de todos os avanços que teve em sua vida, o paciente se enxerga como alguém que não viveu seus sonhos, não se sente livre e não conheceu o mundo. Sentiu a angústia de seus dias enquanto exerceu o mesmo trabalho durante mais de 30 anos, chegando a se aposentar por invalidez em função de artrose. Encontrando na bebida uma possibilidade de sentir-se novamente o homem corajoso que aceitou o drink de vodca, Carlos bebia para ser forte e respeitado. Quando o álcool sai de cena em sua vida, passa a se ver sozinho e sem muita importância na vida das pessoas ao seu redor.

Seu comportamento rígido perante a vida e aos seus desejos denota um traço de neurose obsessiva. O paciente procura racionalizar e operacionalizar tudo a sua volta, seu método é tão dominante em sua vida que relatou ter as horas do seu dia contadas até para “fazer nada”. Em “Homem dos Ratos” (1909) Freud pontua traços característicos da neurose obsessiva como a própria superstição e a crença de que o paciente pressente algo que está por acontecer. Carlos sempre contou em suas sessões “pressentimentos” em relação aos seus filhos, muitos deles envolvem acidentes, tragédias e o sentimento de que vai ser abandonado por todos. Esses pensamentos se tornam tão reais que, por vezes, perde o sono e o apetite. Dentre tantas suposições criadas não traz nenhuma condizente com a realidade, exceto a de possibilidade de abandono por parte dos filhos. Essa ruptura condiz com o processo de afastamento dos filhos desde seus episódios de agressividade com a bebida. O sentimento de dúvida e incerteza são característicos da neurose obsessiva, como pontuados por Freud (1909), e aparecem em Carlos principalmente quando fala sobre o futuro, o que ele quer fazer, do que gosta, tudo acaba sendo muito carregado de medo. Medo de tomar as atitudes erradas, medo de perder o pouco que lhe restou, mas principalmente medo de tentar novamente e continuar no mesmo lugar. A dúvida na neurose obsessiva apresenta a função de justamente manter o paciente na posição de incompletude, aparece como um traço que marca a forma como ele lida com a falta do outro, trazendo para si a incerteza de sua existência.

O questionamento de quem era ou de quem buscava ser levou Carlos a ter insegurança nas relações, com dificuldade de decidir-se deixou levar-se pelo que os outros sugeriam como opção. Essa dúvida alimenta o que Freud (1909) pontua em “Notas sobre um caso de neurose obsessiva”, como o desejo de morte presente na neurose obsessiva, justamente por não conseguir se posicionar, e assim escolher um lado, se vê em meio a pensamentos de agressividade e desejo de morte dos demais. O paciente direciona esse sentimento principalmente em relação a sua ex-mulher, a qual, ao mesmo tempo em que ele afirma ser o amor da vida, espera que ela morra para que ele deixe de sofrer. Ou seja, nesse sentido se marca a dualidade de Carlos entre amor e ódio, vida e morte. A dificuldade de lidar com a morte aparece em dois momentos durante a sessão: a primeira em relação a suas filhas que morreram logo após o nascimento, de modo que relata profunda incompreensão do que o fez passar por isso. Posteriormente o paciente reviveu esse momento com

o falecimento de sua neta de apenas 2 anos. Conta sobre a morte de sua neta (falecida no segundo final de semana de agosto de 2019, período em que já estava sob acompanhamento) como quem contasse uma eventualidade da semana. Novamente ele traz a incompreensão da morte por erro médico. Carlos se vê traído, mas ao mesmo tempo pontua que foi melhor assim. Não se permite sentir a dor do luto pela neta, bem como não sentiu pelas filhas.

O paciente relatou ter dificuldades para chorar, ato que remete à fraqueza e fragilidade, e traçou um encontro mais aberto com relação a sua sensibilidade emocional durante alguns atendimentos. Isso retoma os diversos momentos em que o chamaram de frouxo (a mulher que o ofereceu um drink de vodca, sua ex-mulher e sua ex-cunhada que afirmaram não ser homem o suficiente), porque “homem não chora”. Durante o relato do falecimento de sua neta a analista vivenciou forte emoção na sessão e, ao se comover, questionou Carlos qual seria o problema de ele chorar o luto de sua neta, pois chorar também pode significar sentir e elaborar essa dor. Foi pontuada a intensidade desse relato para ele, mostrando a vulnerabilidade e sensibilidade da analista (nesse lugar também de mulher) emocionada com sua dor. A partir daí, Carlos começa a chorar, de início ainda com algumas lágrimas tímidas que se intensificaram quando relembrou vários momentos com a neta, podendo permitir-se chorar e sentir a perda desse objeto de amor.

Nesse ponto podemos observar o que Freud (1909) pontua como a dúvida de seu próprio amor, que acaba sendo descolada para tudo que há de menor valor. Ora, nesse caminho percebe-se inseguro diante da possibilidade de ser colocado como frouxo, porque isso daria vazão para dúvida sobre si mesmo de que talvez ele o seja. Ainda em “Homem dos ratos” Freud (1909) fala sobre a compulsão da neurose obsessiva como um dos mecanismos de deslocamento que aparece como uma “tentativa para alguma compensação pela dúvida e para uma correção das intoleráveis condições de inibição das quais a dúvida apresenta testemunho” (Freud, 1909). O que Freud esclarece é que mesmo que a intenção resultante disso não seja a originária ela pode encontrar um escoamento para sua descarga. Ou seja, por vezes somente um ato pode vir como forma de uma medida protetora de um impulso a ser evitado.

O uso de substâncias, em especial o álcool, entrou como uma função de recolocação social e de segurança frente a uma possibilidade de impotência e falta de lugar. No caso de Carlos, podemos observar que seu uso compulsivo de álcool

inicialmente adquiriu uma função organizadora para que ele pudesse se assegurar de atender ao seu ideal de masculinidade. E posteriormente ultrapassar o luto e suportar a dor, sem sucumbir a essa posição de fragilidade. Compreendendo que para Carlos a vulnerabilidade e o fracasso não foram simbolizados como características possíveis para homens, sendo sempre reprimido e condenado diante disso. O uso de álcool conferiu a posição de autoridade e segurança que desejava, porém recaiu em excesso na agressividade produzida pela bebida, expressando-se em atos para com o outro.

Carlos segue uma vida restrita e extremamente regrada, com rotinas rígidas para sair e voltar para casa, sobre os lugares que deve frequentar, com quem deve conversar. Em seu discurso ecoa um relato de solidão e falta de espaço nas relações que restaram em sua vida, mesmo possuindo um bom relacionamento com os filhos (Augusto mora em sua casa e Ícaro lhe visita semanalmente) Carlos se sente desamparado e inseguro para realizar projetos futuros. Apresenta rancor de sua ex-mulher, que lhe desvela justamente a possibilidade dessa posição de frouxo que buscou combater com a bebida, e um ar nostálgico sobre sua vida antes do casamento, quando seus sonhos de conhecer várias cidades ainda eram vivos e possíveis.

A posição de vítima cola no discurso, na medida em que gera uma posição defensiva de manutenção de sua queixa e, principalmente de seu lugar nas relações, mostrando-se como a resistência do paciente aparente através da dinâmica transferencial. Neste sentido, Carlos circunda o caminho de suas repetições por demonstrar medo de perder a autoridade e o respeito que acredita possuir, principalmente em relação aos seus filhos, que parecem levar bastante em consideração sua fala e opinião. Cabe assim, durante o tratamento analítico ressignificar essa posição que Carlos possui em suas relações. A partir de uma análise transferencial com o paciente, que possibilita formas de colocação do limite frente ao outro e com a constatação do excesso de sua agressividade, algo que apareceu em seus relatos e até mesmo em momentos da sessão onde ele se irrita consigo mesmo ao lembrar de vivências do passado.

Em “Sobre a Dinâmica da transferência” Freud (1912) discorre sobre a importância da posição do analista frente a transferência estabelecida com o paciente. Neste caso, a posição de ser uma analista mulher foi fundamental para desvelar a masculinidade de Carlos frente às mulheres de sua vida. Considerando a

dualidade da neurose obsessiva, o paciente sempre esteve diante da possibilidade de ser “o frouxo” ou “o agressivo”. No início dos atendimentos Carlos se colocava no polo da agressividade diante do outro, com uma posição violenta e rígida ele demonstrava raiva e inquietação durante as sessões, o que de início aparecia como uma transferência negativa quando o paciente buscava destituir meu lugar de analista por ser mulher e jovem. Com a continuidade do tratamento e principalmente após o episódio da morte de sua neta, Carlos passou a apresentar uma posição de fragilidade. Nota-se a importância que repercutiu sua análise após a convocação de uma mulher para que ele pudesse chorar e ocupar de maior fragilidade que até então não poderia ser validada por uma mulher. Carlos passou a falar mais sobre sua sexualidade e a correlação disso com seu ideal de masculinidade, como um “homem que não chora e tem palavra” (fala do paciente em sessão). Contou sobre a falta de interesse sexual durante o casamento, considerando a bebida como responsável. Somente em análise o paciente pode ressignificar sua posição frente à vida conjugal e redirecionar que a falta de interesse sexual foi o que o levou a beber.

O papel da analista é uma forma de contornar as resistências que aparecem no percurso da análise, como pontuado por Freud (1912), ao passo que por vezes as resistências aparecem de modo a impedir o fluxo de associação livre do paciente, como ocorria com Carlos. Quando o paciente adentrava na questão de sua sexualidade, era possível observar a mudança do discurso para situações de ódio, agressividade, mágoa com o outro. Depois da possibilidade de fala sobre seus episódios de impotência sexual, frente a falta de desejo sobre a mãe de seus filhos, ele pode redirecionar sua mágoa. Durante o tratamento Carlos voltou a dar vazão para seus desejos sem tanta repressão ou escoamento para a agressividade e passou a frequentar os círculos de amizade nos bares de sua região, podendo beber quando lhe convém sem “passar do limite”, como ainda pontua. Carlos também passou a se envolver com mulheres novamente, após 8 anos de divórcio e de abstinência sexual. Ainda resistente ao envolvimento emocional, mas sem se enxergar como alguém à beira da morte, mas sim, como alguém que quer viver.

Freud (1909) pontua sobre a dificuldade de eliminação total dos sintomas, reiterando principalmente como na neurose obsessiva o progresso do tratamento ocorrerá mais pela administração dos atos obsessivos, ou seja, o paciente não deixará de privar-se diante dos desejos, ou de sofrer frente a repressão, mas pode encontrar meios de conduzir seu sintoma por caminhos menos nocivos. Podendo de

algum modo ganhar maior qualidade de vida. Freud (1937) aponta em “Análise finita e infinita” que um dos destinos da análise seria o momento em que o paciente não sofre mais com os sintomas e tem suas angústias e inibições superadas. Nesse caso, é possível observar como o paciente tem caminhado durante o tratamento nesse sentido. Apesar de ainda possuir um trajeto longo de superação de resistências em seu percurso clínico, a questão de Carlos nunca foi sobre o uso de álcool em si, conforme chegou a sua demanda de tratamento.

No que se refere a análise do complexo edípico, Carlos demonstrou nas sessões muito apreço pela figura materna, colocando uma idealização e adoração sobre sua mãe ao longo da sua vida. Em contraponto, seu pai sempre ocupou uma figura de rigidez e autoridade, com a exigência sobre o trabalho braçal e com a máxima de que “homem não pode chorar”. Enquanto isso Carlos encontrava no colo materno a possibilidade de ceder à exigência paterna, um conforto para os momentos difíceis em que não gostaria de trabalhar sob o sol forte do trabalho braçal, sua mãe sempre lhe conferiu a possibilidade de ele não precisar dar conta de tudo. Entretanto é possível notar que em seu casamento Carlos aplicou essa dinâmica edípica colocando uma exigência de autoridade sobre sua figura e uma passividade de adoração sobre sua mulher, todavia isso muda com a separação, quando a impossibilidade de continuar amando sua mulher cria um sentimento de vingança e rivalidade. O ódio pela ex-mulher surge da separação, de não poder estar com ela, como ocorre com o fim da dissolução do complexo edípico, em que a impossibilidade de estar com a mãe aproxima os meninos do ideal paterno (FREUD, 1924). Esse declínio do complexo de Édipo ocorreria frente à impossibilidade de satisfação total, nos meninos ocorre a ameaça de castração, já que passa a ter um limite frente à satisfação, o que resulta no que Freud (1924) explica como a formação de um circuito patológico: “se o Eu realmente não conseguiu muito mais do que um recalamento do complexo, então ele subsistirá inconsciente no Isso e manifestará posteriormente seu efeito patogênico” (Freud, 1924, p.235). No caso de Carlos podemos inferir que a ameaça frente à castração e o medo de impotência residiu na sua busca por satisfação compulsória que lhe conferiu um lugar de maior segurança a partir do uso do álcool, com o sentido de potência e força frente à ameaça do outro.

O paciente trouxe ao longo das sessões outras questões relacionadas a seu sofrimento psíquico que tomaram mais forma de trabalho. Foi possível analisar como

a demanda de o paciente estar em abstinência do álcool colou com seu sintoma na medida de uma inibição total de sua vida, sem beber, sem trabalhar, sem socializar, sem transar. Carlos colou na repressão que veio respaldada pelo discurso social de que seu problema residia no “álcool”. Ao passo que pudemos observar que durante determinado período de sua vida o álcool entrou como uma forma de redução de danos frente ao sofrimento psíquico da perda de suas filhas, o uso conferiu estabilidade para que ele pudesse reconstruir sua vida. Porém, com o excesso, não soube reconhecer a mudança de status que o álcool adquiriu em sua vida, levando a um caminho autodestrutivo e não mais de sustentação. Quando se possibilita ressignificar sua relação com o outro, o álcool assume um lugar não mais importante em sua vida, de modo que suas inibições diminuem e seu percurso de tratamento pode ganhar mais forma frente aos seus desejos de vida. Carlos sai da posição passiva de vítima e passa a ser agente de sua vida, agora sem tanta angústia e com mais reconhecimento frente às satisfações podendo ressignificar o sentimento de culpa.

No caso de Carlos foi possível observar como a intersecção da clínica psicanalítica com o discurso social das políticas de redução puderam conferir um olhar mais amplo e ético frente ao sofrimento do paciente. O tratamento multidisciplinar recebido no CAPS foi fundamental para que Carlos começasse a tecer um cuidado mais genuíno sobre sua saúde mental. Com uma frente mais humanizada, seu tratamento na instituição não pregou ideais que o paciente não suportasse sustentar e ao ser encaminhado para atendimento individual ele foi considerado como um sujeito único com demandas e sintomas particulares. Desse modo quando Carlos compareceu para a pesquisa foi possível trabalhar seu sintoma psíquico como requer o tratamento analítico, observando, compreendendo e escutando o inconsciente do sujeito. Não ignoramos o fato de que a compulsão sobre uma substância pode ser prejudicial, mas não unificamos a escuta sobre isso, porque compreendemos que o sintoma psíquico de Carlos estava relacionado à sua masculinidade e sua impotência frente aos seus desejos. Essa falta de potência com a qual ele bancava seus sentimentos o levou ao adoecimento, sendo o uso do álcool uma consequência disso.

5.2 Um caso de excessos

5.2.1 História

Leandro¹⁷ tem 23 anos e procurou a Clínica de Psicologia Aplicada da UFPR para atendimento individualizado com a queixa de fazer uso abusivo de substâncias diversas, em especial da cocaína. O paciente compareceu poucas vezes para atendimento, e desde o início apresentou um discurso bastante acelerado e confuso. Leandro contou que já realizou outros tratamentos com estudantes de psicologia em outras clínicas-escolas de universidades da cidade, razão pela qual se define como “terapeutizado” desde o início de seus atendimentos. Durante o momento em que estava em acompanhamento, relatou que estava morando com sua namorada há poucos meses e que o pedido de voltar para terapia partiu dela, por conflitos que vinham enfrentando na convivência. Leandro relatou muita dificuldade em se relacionar com os filhos dela por acreditar que eram muito “mimados”, alegando que ela negligenciava a relação dos dois em prol dos filhos. O paciente contou que sempre sentiu essa carência de afeto e necessidade de segurança afetiva em função de sua infância difícil. Último filho de uma família de 3 irmãos, Leandro contou que sua mãe sofre de transtorno bipolar e por isso sempre tiveram uma relação conturbada. Contou sobre a dificuldade financeira que seus pais viveram e de episódios onde chegou a passar fome. Com raiva, descreveu a negligência com que seus pais sempre cuidaram da casa e das finanças, vivendo no limite das situações.

Leandro sempre sonhou em ser alguém importante, com destaque profissional e muito dinheiro, não aceitando o modo de vida de sua família nuclear. Relatou que desde adolescente fez uso de substâncias no colégio para se enturmar e conseguir se envolver com meninas por quem ele tinha interesse. Mas o principal motivo do uso era não precisar voltar para casa e para a situação em que vivia. Gostava muito de esportes e estava se destacando em campeonatos no colégio quando começou a sentir-se dependente de cocaína, momento em que seu desempenho físico diminuiu e acabou perdendo oportunidades de se desenvolver na

¹⁷ Os nomes apresentados nesta construção de caso são fictícios de modo a preservar o sigilo ético da pesquisa e a privacidade dos participantes.

área. Iniciou a faculdade de educação física através de uma bolsa em uma instituição de ensino particular. Pontuou que gostava e tinha boas notas, mas acabou se apaixonando por uma menina que, segundo ele, “foi o início do fim”. Relatou que com o intuito de impressionar e poder fazer parte do núcleo que essa menina pertencia, passou a fazer uso de cocaína de forma abusiva. A partir disso começou a ir mal na faculdade e perdeu sua bolsa de estudos. Em função do alto custo da cocaína, Leandro começou a usar outras substâncias, como o crack.

Nos momentos em que seus usos ficaram mais intensos e o distanciaram da realidade descreveu episódios de “surto”, quando teve alucinações com delírios de perseguição e atos de agressividade direcionados aos outros. O episódio mais marcante para Leandro foi quando ele se perdeu durante dias em meio a uma mata fechada que circunda a região metropolitana de Curitiba, sendo encontrado posteriormente por alguns fazendeiros, completamente despido de suas roupas e desidratado. A partir desse acontecimento Leandro reconheceu que o seu distanciamento da realidade durante esses momentos poderia ser bastante nocivo e autodestrutivo. Em função desses eventos sua família opta por interná-lo duas vezes involuntariamente em comunidades terapêuticas. Sua terceira internação foi voluntária e se deu após o episódio narrado na sessão. Ele contou que ficou internado em uma clínica no interior de São Paulo e, apesar de ter desejado seguir à risca o tratamento, foi sua experiência mais traumática. Em todas as internações Leandro relatou ter sofrido maus tratos, como privação de alimentos e a obrigação do uso da sua força de trabalho (não remunerado). Sua internação mais longa foi a segunda, da qual ele tentou fugir, mas não obteve sucesso, chegando a ficar oito meses internado. O paciente conta que os princípios religiosos da comunidade terapêutica o auxiliaram a permanecer e manter a abstinência por um tempo. Isso porque foi criado na igreja e os princípios foram importantes e constitutivos de sua personalidade. O terceiro internamento foi o mais traumático, visto que foi o local onde mais se viu aprisionado e limitado. Relata que passou fome e frio diversas vezes, ficou sem consultas médicas e recebia um excesso de medicamentos que o deixavam dopado.

Leandro manteve a abstinência depois da última internação por medo de ter que retornar a instituições como a última em que esteve hospedado. Apresentou um discurso bastante raivoso sobre o sistema e o tratamento que pessoas de baixa renda recebem nesses lugares. Após esse período ele tem buscado reconstruir sua

vida, porém não sabe ao certo qual caminho seguir. Tem o desejo de ser muito rico e compara a vida que gostaria de ter com os “mafiosos de filmes de ação” que são “respeitados, temidos e podem ter o que quiser” (transcrição da fala do paciente durante a sessão). Leandro falou sobre seu último acompanhamento terapêutico em uma clínica-escola, onde foi diagnosticado como borderline a partir de uma série de testes psicológicos. É interessante observar que o discurso sintomático que Leandro apresenta se assemelha ao descrito nos manuais de diagnóstico sobre quadros de borderline, como a instabilidade emocional, o distanciamento da realidade aparente e a fantasia de abandono. Também discorreu sobre outros tratamentos que teve, inclusive com outros profissionais da abordagem da psicanálise, que pontuaram seus problemas psíquicos como decorrentes da “castração de sua mãe”. Essa fala sobre a castração apareceu constantemente quando falava de sua mãe e ao ser questionado sobre o significado, riu falando que não sabia.

Leandro ainda relatou que toma lítio, mas gostaria de tomar antidepressivos em função daquilo que define como “picos de depressão comuns do border” (fala transcrita do paciente em sessão). Ao final do terceiro atendimento foi convidado a participar da pesquisa, quando foi lido o termo de consentimento livre. O paciente realizou diversas perguntas sobre a redução de danos e qual o meu posicionamento, enquanto pesquisadora, a respeito da abstinência e da psicanálise. Leandro rebateu os tratamentos baseados em redução de danos alegando que para ele somente a abstinência total era possível. Nessa ocasião expliquei que a redução de danos vai além o uso substitutivo e moderado de substâncias, mas proporciona um tratamento que o escute para além dessa questão, podendo contemplar inclusive seu desejo pela abstinência. Assim o paciente consentiu em participar da pesquisa.

5.2.2 Um caso de excessos em psicanálise

Leandro compareceu em 5 sessões de atendimento ao total, considerando que em duas delas chegou bastante atrasado. Desde o início foi possível notar a presença de uma transferência negativa, já que o paciente apresentou postura combativa e agressiva aos apontamentos que foram conferidos durante a sessão. Ao falar sobre suas angústias, Leandro apresentava um discurso sempre pronto e padronizado que demonstrava uma colagem das descrições que leu nos manuais de diagnóstico sobre borderline. Quando o interrogava para que ele elaborasse os

sentidos de “instabilidade emocional”, “paranoia” e “medo de abandono”, ele questionava minha formação e dizia para eu “ler nos livros o significado disso” (sic). Com o passar das sessões o paciente falou sobre o desamparo, principalmente em relação à sua mãe, em função de sua infância difícil e do diagnóstico de esquizofrenia dela. Vivenciou muitas cenas de relapso como quando foi esquecido em lugares ou quando passou fome. O traço narcisista que tanto critica em sua mãe é algo bastante presente em sua representação diante do outro. Leandro tem um ideal de autoridade construído, com uma autoimagem de bastante idolatria e grande desprezo pelos demais.

Em seu discurso enaltece bastante suas qualidades e não considera seus defeitos como ruins. É possível notar que Leandro consegue reconhecer os limites e autoridades, porém tem dificuldade em confiar no outro, o que aparece como um traço um pouco persecutório. No “Manuscrito K” Freud (1896) pontua que na paranoia o surgimento do sintoma primário aparece como desconfiança, ou seja, como um saber do outro, que este tenta desvendar sobre ele. No caso de Leandro as respostas reativas aos apontamentos, que aparecem como transferência negativa, apresentam essa característica de desconfiança como “se você é psicóloga como não sabe o sintoma de borderline?”. Ou até mesmo com a inquietude que apresenta diante da possibilidade de tratamento sob o respaldo da redução de danos. Vale pontuar aqui, que devido ao número pequeno e limitado de sessões, bem como o que se traduz por esse trabalho na noção diagnóstica, que não buscamos necessariamente enquadrar Leandro em uma estrutura clínica fechada e limitada, porém analisamos seu quadro clínico a partir do que trouxe sobre suas relações. Claramente consideramos que não se trata de uma estrutura neurótica, o que iremos discorrer a seguir.

Nesse caso a transferência com a figura do analista aparece como desconfiança do outro, quando este não atende à sua demanda de amor, ou seja, quando o outro lhe mostra a falta, Leandro sente como um desamparo total. É assim que o paciente se posiciona em suas relações com sua mãe, seu pai e sua namorada. A insuficiência do outro entra em choque com seu traço de narcisismo, pois o outro nunca pode faltar para com ele. Quando Leandro ouviu o diagnóstico de borderline com a descrição dos sintomas, ou quando recebeu o diagnóstico de dependente químico, o discurso terapêutico colou em sua fala, preenchendo uma lacuna de acolhimento que tirou dele a responsabilidade e a individualidade de sua

história. Nesse sentido, todas suas ações, angústias e afetos passaram a ser representados por uma classificação médica que não trabalhou aquilo que mais aparece na transferência: seu medo de se reconhecer insuficiente para o outro e isso se contrapor a sua fantasia de supremacia. A insuficiência aparece para Leandro como uma impossibilidade porque combate com o ideal de Eu construído pelo paciente, como sendo perfeito e completo. Porém, o lugar de incompletude pode aparecer se estiver sob a égide de um diagnóstico que justifica ter herdado de sua mãe, sendo ela a culpada por suas falhas. Assim, quando se depara com um lugar de fala que o questiona sobre o que sente e como vivencia esse sofrimento, Leandro se vê acuado, reagindo de modo agressivo nas sessões.

Em “Perda da Realidade na neurose e na psicose” Freud (1924) esclarece que na psicose o conflito se estabelece entre o Eu e a realidade externa, ou seja, o Eu a serviço do Isso acaba por afastar-se da realidade. Enquanto na neurose há uma repressão do Isso pelo Eu, mas sem afastamento da realidade. Na psicose há uma fuga da realidade seguida de uma tentativa de reconstrução, como uma forma de tentar modificar a realidade, porém na neurose essa fuga do real ocorre em momento posterior à inicial aceitação da realidade. Freud (1924) constrói a ideia de um lugar saudável como algo que transita entre a neurose e a psicose no que concerne a relação com a realidade, ou seja, que recuse um pouco (neurose) e que tenha capacidade de se reinventar de algum modo (psicose). O afastamento da realidade é vivido por Leandro de uma forma bastante literal e por vezes nociva, já que confunde os acontecimentos de sua vida e encontra dificuldade em reconhecer o limite entre si mesmo e o outro. Apresenta alguns comportamentos autodestrutivos e bastante nocivos, o próprio uso abusivo é reconhecido por Leandro como incontrolável. A satisfação química ocasionada pelo efeito da substância passa despercebida quando a compulsão ao uso não encontra o limite pulsional de autopreservação. O distanciamento da realidade externa leva Leandro a não reconhecer as fronteiras suportáveis de seu corpo.

Em sua última sessão Leandro apareceu com a mão quebrada em decorrência de um rompante de felicidade por seu time ter vencido um jogo, que culminou com ele “socando a parede” (sic) de felicidade. Na ocasião foi questionada a razão de a sua felicidade precisar estar atrelada à dor e se era sempre assim que ocorria com ele. Leandro ficou em silêncio, quase em um estado de espanto com o questionamento, depois riu e falou que sim, que sentia prazer na dor. Freud (1924)

define em “Problema econômico do masoquismo” três formas de masoquismo, sendo a primeira delas o masoquismo erógeno, aquele que sente o prazer na dor.

Nos seres vivos (pluricelulares), a libido se enfrenta com a pulsão de morte ou de destruição neles dominante, que procura desintegrar esse ser celular e levar cada um os organismos elementares ao estado da estabilidade inorgânica (mesmo que esta seja apenas relativa). Sua tarefa é tornar inofensiva essa pulsão destrutiva, e ela a desempenha desviando-a em grande parte – e logo com a ajuda de um sistema orgânico especial, a musculatura – para fora, contra os objetos do mundo exterior. Recebe, então, o nome de pulsão de destruição [*destruktionstrieb*], pulsão de empoderamento [*bemachtungstrieb*], vontade de poder [*wille zur macht*] (FREUD, 1924, p. 264).

Freud (1924) pontua parte do que se compreende por sadismo e posterior formação do masoquismo erógeno, nesse sentido podemos entender que o mecanismo psíquico atuante de Leandro reside do que foi nomeado como pulsão de empoderamento e de vontade de poder. Entretanto, ao contrário das etapas que seguem para a constituição da neurose, Leandro parece não ter elaborado outras formas de satisfação secundárias, que se encontram para além do princípio de prazer. Leandro vincula suas satisfações pulsionais à dor, quase que em um mecanismo de autopunição, mas que não parece estar relacionado ao sentimento inconsciente de culpa típico da neurose¹⁸. A interessante fala sobre a “castração da mãe” demonstra como Leandro não aceita, nem sabe lidar com a interdição, mesmo com a possível tentativa materna de colocar limite para o desejo de grandiosidade do filho. Nesse caso podemos avaliar a formação do complexo edípico do paciente em que parece haver o reconhecimento da castração, mas ao mesmo tempo a recusa diante disso. Ademais, vale ressaltar que apesar de seu discurso, Leandro não aparece lutar com a interdição paterna, ao passo que não fica claro se esse paciente reconhece a castração como a impossibilidade frente à satisfação absoluta; parece que Leandro recusa essa ameaça. Não há aqui uma adoração da mãe, ao contrário, o paciente apresenta sentimentos de rancor por não ter tido uma mãe tão presente quanto gostaria, a identificação do sintoma com o de sua mãe aproxima Leandro de uma colagem sobre o lugar que acredita dever ocupar para receber um

¹⁸ Freud (1924) define o sentimento inconsciente de culpa como aquele que aparece após a interdição parental, ou seja, nesses casos clínicos o paciente reconhece os limites da castração, apesar de desejar romper com eles, reconhece e aceita a interdição. O sentimento inconsciente de culpa também é elaborado em “Mal estar da civilização” quando Freud (1930) discorre sobre a culpa na neurose obsessiva.

amparo. Não é que sua mãe não tenha sido presente, ou não tenha lhe conferido amparo em seus momentos de perda da realidade, mas a herança sintomática faz com que Leandro nutra uma relação de ódio com a mãe. Relação essa que se apresenta marcada pela dualidade, na medida em que o paciente gostaria de ser amado de forma incondicional. Aqui podemos recorrer à Birman (2002) sobre a não permanência do analista em um lugar que confira o suporte que o paciente não encontrou na mãe, ou seja, não se deve colocar em um lugar que reitere a recusa frente à castração.

Neste sentido percebemos o problema de tecer sobre falas e diagnósticos técnicos com o paciente, visto que para Leandro aquilo apenas funcionou como mais uma justificativa que o retirava de um lugar de responsabilização. Quando ele não consegue discorrer sobre o sentido da fala “castração materna” ele reage com ataques, comuns na transferência negativa em que acusa a analista de falta de conhecimento específico. Todavia, percebe-se que a recusa frente aos limites e a falta de suplência da analista faz com que o paciente reaja de forma agressiva e resista à análise. Esse movimento aparece em resposta à inquietude de suportar o silêncio, ou então, a falta do analista, procurando invadir o campo psíquico deste e anular seu lugar (BIRMAN, 2002).

Leandro não demonstrou arrependimento das consequências de vida que teve em função do seu uso abusivo de substâncias. Não denota culpa ao falar sobre os impactos que suas ações tiveram para sua família, nem apresenta nostalgia das oportunidades que perdeu nos últimos anos de sua vida. Seu desejo de se manter abstinente reside do medo de voltar para a repressão e o “cárcere” (sic) que viveu nas internações. Relata almejar conquistas muito grandiosas que podem o deixar famoso, rico e respeitado e não se importa com a forma com que irá conseguir isso. É possível notar aqui, novamente, uma recusa frente à castração e às leis que colocam um limite perante sua possibilidade de encontrar essa satisfação idealizada. Ou seja, o campo da fantasia imaginária do paciente não demarca um limite frente à realidade, o que resulta em passagens auto nocivas e autodestrutivas para o sujeito.

Sublinhando as dificuldades colocadas pela análise das toxicomanias, podemos concluir que não apenas a relação dual está colocada em cena a todo momento no processo psicanalítico, mas o recurso à passagem ao ato mediante a droga é facilmente utilizável quando a não satisfação da demanda pelo analista se coloca no espaço analítico como marca da castração. Por isso mesmo, a maternagem não é o melhor caminho para

lidar com esses pacientes, pois ela alimenta a onipotência do Eu ideal e da figura da mãe fálica, impedindo o desmame e a possibilidade de castração simbólica (BIRMAN, 2002, posição 3430 – arquivo digital).

Como exemplificado por Birman (2002) o lugar do analista em casos assim é delicado, visto que não se deve colocar como barreira frente à satisfação mas saber mediar e ocupar um lugar que não assuma uma postura totalmente limitadora nem de amparo, de forma a validar as escolhas autodestrutivas do paciente. A desistência, e conseqüentemente a descontinuidade no processo analítico, foi comunicada pelo paciente através de uma mensagem no *Whatsapp* da Clínica de Psicologia Aplicada, quando afirmou ser muito “terapeutizado” e não desejava ser atendido pela psicanálise. Assim, houve a proposta de que ele comparecesse para mais uma sessão onde pudesse discorrer sobre seu desejo de continuar com outro profissional, podendo ser encaminhado ao final do atendimento, porém o paciente não compareceu às sessões agendadas e não deu nenhum retorno posterior.

É possível concluir nessas medidas que a ausência do paciente para o retorno pode ser resultado de duas operações: a resposta negativa à intervenção analítica sobre não atender a demanda de amparo e amor do paciente; ou em resistência à abordagem da redução de danos, pois a partir dela, o paciente seria colocado em um lugar de autoavaliação de seus comportamentos compulsórios, podendo se responsabilizar e escolher seus direcionamentos. Talvez o medo de Leandro de não ter uma figura de autoridade norteadora (que ocupasse o lugar da mãe fálica) que o direcionasse o caminho a seguir repercutiu no seu desconforto e o receio de dar continuidade às sessões. Outro fator interessante de se abordar é que em outros processos terapêuticos foi oferecido à Leandro diagnósticos, protocolos de tratamento, discursos prontos, enquanto nesse processo todas essas “verdades” e “curas” até então apresentadas foram questionadas ao paciente, buscando encontrar o valor de sentido próprio e não de outros.

A possibilidade de Leandro não poder ocupar esse lugar em um tratamento pode ter repercutido em seu abandono e, em partes, o fracasso analítico desse caso. Assim, questionamo-nos sobre a validade de desconstruir esses discursos em pacientes que podem não ter um solo seguro que o faça emergir outro lugar de existência. Seria ideal um trabalho de um ano com o paciente, através de outras terapêuticas com sugestões de ações e estabilidade para o paciente ou um trabalho curto analítico que desconstruísse essas noções até então formadas? Para Leandro

suas outras terapias tiveram a validade de sustentar a abstinência e até de repensar sua relação materna. Não é possível inferir que essas quatro sessões não tiveram um impacto clínico para o paciente, pois lhe causaram movimentação, então de certo modo alguns pontos nevrálgicos foram resgatados, a ponto de ele sair do tratamento. E nisto pontuamos a forma com que Leandro fez esse movimento: sem se despedir da analista, sem encerrar, porque talvez fale sobre seu processo de não “finalizar” as coisas para não ter que lidar com o fim, ou com a limitação/castração.

Em relação ao enquadre diagnóstico e como proposta desse trabalho em não se fechar e limitar a isto, buscamos não incluir necessariamente Leandro em uma estrutura clínica devido ao pouco tempo de atendimento que o paciente esteve na pesquisa. Contudo, avaliando as questões trazidas até então, é possível construir uma hipótese sobre a relação do paciente com o uso de substâncias como sendo de uma toxicomania, podendo compor o quadro de uma perversão (a dúvida reside na possibilidade de se tratar de um quadro psicótico em função da relação do paciente com as passagens suas ao ato, suas fantasias e sua relação frente à castração, a possibilidade de uma fusão com objeto e não uma fixação, que não pareceu tão clara durante esses quatro atendimentos).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em diversas áreas da saúde procuramos o que idealizamos encontrar, algo que pensamos ser a “cura”, e essa constituição de cura aparece associada a um processo de completo bem estar ou felicidade. Por si só essa busca é emblemática, do ponto de vista de pessoas comuns que se lançam em tratamentos invasivos, e principalmente ilusórios, por se concentrar em formas paliativas de lidar com o desconforto do existir e do adoecer que acomete os sujeitos. Do acordo com o lado clínico e profissional, essa busca é ainda mais delicada: por um lado qualquer tratamento deve buscar uma melhora do bem estar e da qualidade de vida (e com isso se associa a procura pela cura), por outro isso se torna vulnerável quando o conceito ou a noção de cura aparece limitada a um único percurso no tratamento. No que se refere aos casos de uso prejudicial de substâncias, observamos que desde o princípio foram utilizadas formas de tratamento direcionadas para a busca de um ideal de cura. Esse ideal foi sendo moldado ao longo dos anos, baseado em motivos econômicos, morais ou outros. Mas o que permaneceu presente, desde então, foi o entorno da droga sobre a problemática do sintoma.

O recurso ao uso de substâncias psicoativas sempre existiu socialmente, desde Grécia Antiga. Anos depois, com a era das navegações, a disseminação de outros diversos elementos e seus usos recreativos foram sendo marcados durante a história. Com a evolução da sociedade essas substâncias foram sendo classificadas entre benéficas ou não, farmacológicas, e assim com efeitos curativos ou “prejudiciais”. Essa dualidade típica da era moderna industrial demarcou noções sobre conceitos e paradigmas de forma simplista e classificatória de bom ou ruim, normal e patológico, fármaco ou droga. Como pontuou Reis (2015), no percurso da evolução da medicina foi possível observar de forma ainda mais clara a medicalização de algumas substâncias que então foram classificadas como fármacos, e outras que caíram no rol da marginalização. A partir dessa dualidade foi possível que os poderes de segurança social e jurídica buscassem recursos para criminalizar os usos que não eram considerados curativos pela ciência médica até então. Surgiu assim o termo “droga”, carregado de caráter pejorativo e de moralismo conservador. E com isso ocorreu o que chamamos de marginalização do uso, e principalmente, a exclusão do sujeito que faz o consumo dessas substâncias. A marginalização está em tudo aquilo que está à margem da sociedade, aquilo que

não se adequa ao ritmo social e econômico. Para as drogas é aquilo que se considera ilícito ou que afasta o sujeito do que socialmente se define como ideal de “cura” e bem estar. A classificação de usuários a partir do seu uso também está inserida na polarização de princípios da legalidade jurídica e de moralismo social, com isso observamos uma invisibilidade dos sujeitos por trás do uso. Tendo isso em mente, levantamos o diálogo da redução de danos como uma proposta não segregacionista, que se coloca na desconstrução de paradigmas preconceituosos e limitantes. Isso porque se reconhece a legitimidade de causas sociais, e principalmente raciais, que estão inseridas no discurso de ódio higienista de políticas públicas restritivas de liberdade que ainda constituem o cenário arcaico de uma sociedade pautada no racismo estrutural onde o usuário de substâncias marginalizado é o negro. Por isso trazemos a importância da inserção das estratégias de redução de danos como uma proposta de desmonte das práticas sanitárias de internamento ao usuário, porque se reconhece que a questão não se limita às práticas clínicas mas a todo o cenário em que estão inseridas socialmente. A clínica, seja psicanalista ou não, não deve colar no discurso de deslegitimação e invisibilidade do massacre da população negra e periférica através de justificativas e respaldos diagnósticos, que também estão inseridos em uma construção segregacionista.

Este trabalho buscou trazer visibilidade para os sujeitos, permitindo que suas histórias não sejam contadas através de uma relação com uma substância ou a partir de um diagnóstico. Quando Leandro se define a partir de um transtorno, ele narra a fala de outros sobre si, mas o que fez com que esses outros falassem isso para ele? Qual a história de Leandro, o que ele contou para que chegassem a esse diagnóstico? A escuta de histórias de vida, sobre angústias e tentativas de contorno do mal-estar são formas que buscamos tratar nesse trabalho. Algo tão centenário para a história da psicologia, e em principal da psicanálise, que se tornou esquecida por alguns a partir de um excesso de expectativas sobre o quê é a psicanálise e o que ela se propõe. Observamos psicanalistas, e não só nesse campo, mas psiquiatras, enfermeiros e quaisquer outros que trabalhem na área da saúde mental, reprimidos em um processo de um caminho só, que visa encontrar essa cura para o paciente. Somos demandados disso, instigados a ocupar uma posição investigativa diagnóstica, regados de normas de outras áreas do saber que interferem sobre o nosso conhecimento a respeito do sujeito. E disso observamos escorrer entre os

percursos clínicos as possibilidades de expandir conhecimentos, de ouvir outros diálogos daqueles que nos procuram para isso.

No que se refere às construções de políticas de saúde sobre drogas, vemos uma forte presença de práticas intervencionistas que violam o corpo e a subjetividade do sujeito, respaldando tais atos pela construção de desenquadre social. Notamos a tentativa de modelagem e adequação desses indivíduos dentro de instituições que, muitas vezes, pouco desbravam sobre o sintoma psíquico do sujeito. Essa adequação da norma acaba por corresponder aos princípios da biopolítica propostos por Foucault de forma crítica, porque essa construção está à serviço do Estado e dos ideais de sociedade. Como pudemos observar, fica claro a forma como as políticas sobre drogas e os tratamentos terapêuticos a usuários ainda permanecem associados à adequação da norma social, que corresponde a um discurso segregacionista que criminaliza os usuários, afetando ainda mais a parcela da população que já está inserida nas práticas de exclusão social. Com isso, discorreremos sobre como o investimento em novas experiências de cuidado, como a redução de danos, é escasso, porque não está visando atender a uma demanda social que preconiza os indivíduos e sim os governantes, e até as grandes indústrias que apresentam um discurso antiético e não humanizado. Disto, observamos a decorrência do processo de implementação da biopolítica na medicalização do sofrimento e mais um grande pilar, que de início pode parecer contraditório, porque se condena o uso de “drogas”¹⁹ mas se incentiva o uso de psicofármacos.

O que nos faz tecer esse pensamento crítico: a serviço de quê e de quem estão as práticas de cuidado e a inserção das políticas públicas de saúde (em especial àquelas que dizem respeito ao uso de substâncias). Esse campo delicado da medicalização do sofrimento, que levou e nos leva, a um aumento do uso de psicofármacos no mundo; observando especialmente o Brasil após a pesquisa da Fiocruz publicada em 2019. Foi demarcada essa proteção de alguns governos sobre o investimento em uma política de segurança pública que reprime o tráfico de ilícitos, mas é permissivo com dosagens de ritalina, desde a infância, para a sertralina da vida adulta. Destacando ainda mais a importância da expansão de práticas como a

¹⁹ “Drogas” fazendo alusão ao senso comum da palavra, como sendo as substâncias tidas socialmente como lícitas ou ilícitas, com exceção dos psicotrópicos.

redução de danos, que é considerada uma prática de cuidado, prevenção e promoção de saúde, seja física, psíquica, social e econômica (RIBEIRO, 2013).

Buscamos trazer de forma crítica a construção de um novo olhar para o lugar que se inserem essas estratégias de saúde pública, de forma que seja possível utilizar de um melhor modo as ferramentas que estão disponíveis. Uma vez que nos colocamos no lugar clínico de cuidado do outro e de escuta desse sofrer, devemos estar atentos a oferecer um lugar ético e humanizado para aquele que nos procura. Quando deixamos a primazia de se dar diagnósticos e protocolos de tratamentos prontos, que muitas vezes podem assegurar um lugar para o profissional de forma “segura”, afastam o sujeito da possibilidade de compreensão sobre si. Não criticamos a importância de se compreender um diagnóstico estrutural, mas criticamos a única limitação a isso durante um tratamento. Assim pontuamos a necessidade de delimitação de qual sujeito estamos falando, como sendo o sujeito do inconsciente, porque ele não é demarcado pela razão cartesiana, mas pelo aparelho psíquico e pelo campo pulsional antes de tudo. Por isso a escolha de buscar trazer esse diálogo de interface com a psicanálise clínica, por acreditar que ela pode contribuir nessa noção do sujeito do inconsciente e sobre a formação do sintoma psíquico, que no caso de uso de substâncias pode dizer muito mais do que o uso em si.

Assim como a redução de danos, que não enclausura o sujeito, a psicanálise expande a possibilidade de fala ao abrir espaço de escuta e possibilitar novas formas de significação. Freud (1914) demarca a diferença da psicanálise com outras terapêuticas por não ser um tratamento de sugestão, e talvez nisso resida um dos principais pontos de convergência com as práticas de redução de danos no tratamento de sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Ao contrário do que o senso comum prega, a redução de danos não é uma prática de sugestão, porque ela parte do pressuposto de que é o sujeito que vai dizer sobre o lugar e o caminho a se seguir, é ele quem vai compreender se há possibilidade de substituição de uma substância por outra, sobre o valor e importância para si da abstinência. Diferente das práticas proibicionistas, que sugestionam a abstinência como única forma de bem estar, que representam no discurso o “passo a passo do bem estar” para os indivíduos. Bem como, a psicanálise vai partir de uma técnica a não sugestionar, mas trabalhar sobre e a partir das resistências do paciente de modo a elaborar os sentidos e percursos de formação do sintoma psíquico.

A partir disso, a psicanálise não possui um saber pronto a respeito dos quadros de uso de substâncias, portanto propomos uma visão não unificada sobre o saber a respeito da toxicomania. Isto porque ela não pertence a uma categoria clínica autônoma. Ou seja, diagnosticar um paciente como dependente químico ou toxicômano, não necessariamente está falando sobre a relação dele com o uso, apenas está inferindo a possibilidade de ser um uso problemático. Por isso julgamos importante e necessária a escuta da história e a construção da narrativa do paciente, pois a partir disso podemos compreender sobre a sua relação com o uso e então discorrer sobre uma possibilidade diagnóstica. Essa suspensão de juízo categórico unifica a psicanálise e a redução de danos como uma boa frente de estudo e de atenção a respeito de quadros em que o sujeito se define como fazendo uso prejudicial, como ocorreu nessa pesquisa. Com isso discorreremos sobre as diferentes formas interpretativas dos ditos quadros de toxicomania, nas diferentes estruturas clínicas psicanalíticas, compreendendo que a condução terapêutica vai variar para cada estrutura clínica. Para tanto, abordar de forma unicamente restritiva a respeito do uso não constrói percurso terapêutico de simbolização do saber inconsciente de cada paciente.

Todavia, na redução de danos ainda há forte presença da reinserção social do paciente através de alguma adequação ao sistema de normalidade ideal, enquanto observamos na psicanálise um debate sobre a possibilidade disso. Como bem apontado por Birman (2000) ao citar as novas reflexões modernas sobre o mal-estar na atualidade, muito distinto da época de Freud que já pontuava em 1937 a dificuldade de adequação dos sujeitos ao sistema de produção social, como possíveis fontes de desprazer e manutenção do mal estar. Esses debates se fazem necessários em momentos atuais onde observamos a suspensão de fontes de satisfação e da vivência real sobre a falta de controle dos sujeitos. As causas do mal-estar social e da insuficiência da vida são pautas cada vez mais latentes na gestão de vida das pessoas, fazendo com que a busca por recursos que as distanciem disso seja ainda maior.

Questionamos a abstinência total como única interpretação de cura, porque nos perguntamos qual seria a causa do adoecimento. Quando observamos a formação do sintoma psíquico e sua correlação com as estratégias da redução de danos compreendemos por que alguns pacientes não aderem a um tratamento que não é tão restritivo. Como colocado por Freud (1914), nem todo paciente entra em

análise e toda análise depende do desejo do paciente estar ali. Com isso cabe ao analista clínico o trabalho de observação das repetições que aparecem de modo transferencial, bem como na elucidação e desenvolvimento das resistências do paciente. Desse modo, torna-se possível compreender o significado por trás do sofrimento psíquico do indivíduo e a relação disto com o uso de substâncias. Porque não analisamos a partir do uso tentando emplacar um diagnóstico, mas se escuta a partir da história narrada pelo paciente, com visibilidade para si e para suas angústias. Assim, a partir disso será possível encontrar um direcionamento estrutural, fazendo com que a condução do caso ocorra de forma mais segura. Nesse sentido podemos responder ao objetivo desta pesquisa, sobre como a clínica psicanalítica pode contribuir para as políticas de redução de danos no tratamento de usuários de substâncias: através de uma escuta sensível, ou como propõe Kupermann (2014), uma escuta afetiva efetiva em torno de cada caso, considerando a singularidade de cada sujeito e sem a ideia de um protocolo pronto de tratamento.

A partir disso, podemos observar no caso de Carlos que na tentativa de se afastar do uso abusivo de álcool (que resultou no afastamento de suas relações), o paciente se restringiu de todos os seus vínculos emocionais, sem se questionar sobre a razão de sua insegurança. Ao longo de sua vida Carlos recebeu o diagnóstico de alcoolista e, talvez de fato fosse em seu passado, com consequências penosas para suas relações familiares. Todavia, Carlos não havia se questionado sobre a razão de seu uso, ao passo que a partir do momento em que ele compreende seu enlutamento com a perda de suas filhas e da ameaça de uma fragilidade sob sua masculinidade, ele ressignifica sua relação com o uso. A inserção nas estratégias de redução de danos começou desde seus acompanhamentos no CAPS, porém foi somente diante de uma escuta individualizada que Carlos se permitiu quebrar o tabu que construiu em torno da abstinência como sendo o único estado possível de se relacionar com os outros.

Assim, Carlos pôde ser visto e a partir disso passou a se enxergar de outro modo, mais humano e sem condenação moral pelo que julgava ter feito de errado. A conciliação da escuta clínica psicanalítica e o respaldo da redução de danos enquanto uma política pública e acessível foi fundamental para não bloquear as possibilidades de fala de Carlos. Conferindo um lugar de reestabelecimento de suas relações, visto que hoje não apresenta insegurança em frequentar bares para manter o vínculo com seus colegas, nem se priva de beber bebida alcoólica. As

drogas, nesse caso, entraram como uma forma de organização psíquica e até de redução de um outro dano, talvez maior para o paciente, que na época vivenciou o luto de suas filhas – momento em que recorreu ainda mais ao uso de álcool para afogar a angústia das perdas – e não tinha recursos psíquicos para sustentar outra posição. Depois de anos de abstinência alcoólica Carlos enfrentou a escassez de diversos outros prazeres, adentrando em um estado de muita fragilidade para lidar com as perdas. Seu processo de análise durante a pesquisa foi fundamental para que pudesse ressignificar algumas questões e encontrar outras formas de satisfação de vida, algumas delas até no uso moderado do álcool.

Já no caso de Leandro conseguimos observar um cenário diferente em que o paciente, mesmo diante das experiências invasivas e traumáticas dos tratamentos pautados na internação e exclusão social com medidas intervencionistas, sentiu resistência e ameaça frente a possibilidade de tratamento pautado pela redução de danos. Neste caso observamos que o medo do desamparo e a possibilidade de ter de arcar com uma autoridade mais flexível (que o convoca para um protagonismo), mas inserido em sua realidade de vida e não mais em uma fantasia imaginária sobre o quê ou quem gostaria de ser. Como Freud (1914) pontua que a psicanálise não é para todos, porque depende do desejo de cada paciente entrar em análise, pontuamos que a redução de danos compreende esse mesmo percurso, porque caso o paciente não esteja adepto a abordagem ele não seguirá no tratamento. Com isso colocamos como limite de cada caso o próprio paciente e também a relação que irá se estabelecer entre o clínico e o paciente. Ou seja, compreende-se assim a importância da análise transferencial e do manejo do analista a respeito de cada caso. Assim, os limites a respeito do analisar compreendem a elaboração da relação transferencial e contratransferencial que ocorre no contato terapêutico entre analista e analisando.

Com a extensão do desenvolvimento do presente trabalho ficou clara a importância de se estudar a fundo a questão transferencial a respeito de casos em que o paciente faz uso de substâncias psicoativas e também toda a extensão que perpassa o *setting* terapêutico desde o momento em que o sujeito decide começar uma análise. Contudo, devido a limitação da pesquisa optamos por deixar esse estudo como uma possibilidade de outros trabalhos futuros, para podermos nos ater a questões preliminares dos critérios de uma análise, da formação de sintoma e da relação que se estabelece com o uso em cada estrutura clínica. No que se refere às

políticas públicas, a questão da análise transferencial é ainda mais relevante do ponto de vista da relação que o sujeito estabelece com o meio e como pertence às instâncias em que inicia o tratamento (a partir de como ele estabelece a relação com o outro). Com isso colocamos não só a possibilidade, mas o desejo de estudo sobre a elaboração da transferência e contratransferência em casos de uso de substâncias, a partir de todas as estruturas clínicas, considerando adentrar em transferências de amor e negativas, bem como o lugar que o analista ocupa na cadeia de significação sintomática do paciente.

Assim sendo, apontamos essas importantes reflexões a partir da construção da narrativa de cada sujeito sobre suas vidas, podendo elaborar suas angústias e ouvir suas fragilidades de forma ética. Talvez desse modo possamos construir vínculos mais inéditos como aponta Zygoris (2003) p. 62:

Como dizia Balint, o analista deve ser como a água para o nadador, a terra para aquele que caminha, um suporte, uma matéria, um vínculo à toda prova e um vínculo inédito, nunca visto, jamais vivido. Para que “Isso pense” e que o homem comum possa fazer a extraordinária experiência do pensamento-raio, usualmente reservado para artistas e criadores.

Desse modo o paciente pode conseguir se afastar do caos pulsional e se permitir parar para pensar, se ouvindo a partir de então. Quem sabe desse modo possamos ressignificar as substâncias de consumo, suas funcionalidades na organização psíquica e, tecer um cuidado na forma de olhar para os psicofármacos como aspirinas curativas do mal-estar.

7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, formato Ebook, 1996.

AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANDRADE, E.; GOMES, G. **Drogadição e liberdade**: o que acontece no uso nocivo de álcool e drogas ilícitas. Editora Cia do Ebook, 1º edição. São Paulo 2016.

BARROSO, A. de F.. Sobre a concepção de sujeito em Freud e Lacan. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 36, p. 149-159, jun. 2012 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782012000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2020

BATISTA, N. Política Criminal de Derramamento de Sangue. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, ano 5, nº 20, p.129, outubro-dezembro de 1997.

BERLINCK, M.T. O que é Psicopatologia Fundamental. In: _____. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta. 2008.

_____. Reflexões sobre a regra fundamental. (1992). In: _____. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta. 2008.

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2005. Formado Ebook.

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental**: 15 anos depois de Caracas, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: novembro, 2020.

CALLIGARIS, Contardo. **Perversão – Um laço social?** (Conferência) e Introdução a uma clínica psicanalítica (Seminários). Salvador : Cooperativa Cultural Jacques Lacan, 1986.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a versão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. Ed. LiberArs, São Paulo. Formato Ebook, 2013

DUNKER, C.; ZANETTI, C. Construção e formalização de casos clínicos. In: DUNKER, C. I. L. (Org.). **A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva**. São Paulo: Annablume, 2017.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 39(70), 257-278, junho/2006.

FOSSI, L; GUARESCHI, N. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004.

FREUD, S. (1890) Tratamento Psíquico (tratamento anímico). In: G. Iannini; P.H. Tavares, **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1895). Projeto para uma Psicologia Científica. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1896). Manuscrito K. In: G. Iannini; P.H. Tavares; Moraes, M.R.S. **Neurose, psicose, perversão**. São Paulo: Editora Autêntica, 2016. Formato Ebook.

_____. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1900) A interpretação dos sonhos (parte 1). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1904 [1905]) O método psicanalítico freudiano. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1905 [1904]). Sobre Psicoterapia. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos – Notas sobre um caso de neurose obsessiva: “O homem dos ratos”. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1910). Sobre a psicanálise “selvagem”. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1912). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1912). Sobre a dinâmica da transferência. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1914). Repetir, recordar e perlaborar. In: G. Iannini; P.H. Tavares. **Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Editora Autêntica, 2017.

_____. (1915). A pulsão e seus destinos. In: _____. In: G. Iannini; P.H. Tavares; C.I.L. Dunker. **As pulsões e seus destinos**. São Paulo: Editora Autêntica, 2013.

_____. (1917 [1915-1916]). Conferências Introdutórias (volume III). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. 16. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1917). Conferências Introdutórias (volume III). XVI – Psicanálise e Psiquiatria 251

_____. (1917). Conferências Introdutórias (volume III). XVII - O sentido dos sintomas. p 265

_____. (1917). Conferências Introdutórias (volume III). XXIII - Os caminhos da formação dos sintomas. p.361

_____. (1917e [1915]). Luto e melancolia. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1924). Neurose e Psicose. In: G. Iannini; P.H. Tavares; Moraes, M.R.S. **Neurose, psicose, perversão**. São Paulo: Editora Autêntica, 2016. Formato Ebook.

_____. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: G. Iannini; P.H. Tavares; Moraes, M.R.S. **Neurose, psicose, perversão**. São Paulo: Editora Autêntica, 2016. Formato Ebook.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **O Mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias e outros textos (1923-1925)**; tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1937). Análise Terminável e Interminável. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. 23. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FONSECA, EM., BASTOS, FI. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: **ACSELRAD, G. org. Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 289-310. ISBN: 978-85-7541-536-8. Available from: doi: 10.7476/9788575415368. Also available in ePUB from: <HTTP://BOOKS.SCIELO.ORG/ID/BGQVF/EPUB/ACSELRAD-9788575415368.EPUB>

FUMO ELETRONICO QUER SE FIRMAR COMO 'MAL MENOR'. In: **Folha de São**. Por Leite, L. em 26 de agosto de 2017. Link: <HTTPS://WWW1.FOLHA.UOL.COM.BR/SEMINARIOSFOLHA/2017/08/1912985-FUMO-MOVIDO-A-BATERIA-QUER-SE-FIRMAR-COMO-UM-MAL-MENOR.SHTML>

GARCIA-ROSA, L. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Editora Zahar. Formato Ebook, 2001.

GIANESI, A. P. L. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n 15, junho de 2005

GODINO, A. (2009). **O sujeito na psicanálise de Freud à Lacan**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2009.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, July 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2020. <HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232018237.21152016>.

GURFINKEL, D. Freud e a cocaína. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.11, n.3, p.420-436, set. 2008.

IRIBARRY, I.N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, 6(1), 115-138, 2003. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>. Acesso em: novembro, 2020.

KOLODNY, A.; COURTWRIGHT, D.T.; HWANG, C.S.; KREINER P.; EADIE, JL; CLARK, TW.; ALEXANDER, GC.; The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. **Annu Rev Public Health**. 2015 Março 18;36:559-74. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122957. Epub 2015 Janeiro 12. PMID: 25581144.

KUPERMANN, D. Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2008.

MEZAN, R. (1992). Pesquisa Teórica em Psicanálise. In: **Psicanálise e Universidade**. Atas do 2. Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, p. 51-75.

_____. Psicanálise e Psicoterapias. **Estudos Avançados**, Brasília, 10 (27), p.95-108, 1996.

MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Revista Pulsional de Psicanálise**, São Paulo, ano XIII, nº 140/141, 69-76, 2011.

PAULA, A.P.P; Toxicomania e posições subjetivas: uma dialética entre o prazer e o gozo. In. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 23, n.2, 157-179, 2014.

PIMENTA, S. N.; CREMASCO, M. V. F.; LESOURD, S.. Clínica da toxicomania: uma expressão melancólica?. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 252-267, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2020. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1415-47142011000200004](https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000200004).

LE POULICHET, S.. *Toxicomanías y psicoanálisis - Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: **Amorrortu Editores**, 1990.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília , v. 25, n. 2, p. 203-211, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2020. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0102-37722009000200008](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008).

PRIMEIRA CONDENAÇÃO DE UM CHEFÃO DA INDÚSTRIA FARMACEÚTICA. In: **BBC**, 3 de maio de 2019. Link: [HTTPS://WWW.BBC.COM/PORTUGUESE/INTERNACIONAL-48154991#:~:TEXT=NO%20TOTAL%2C%20AUTORIDADES%20ESTIMAM%20QUE,AUMENTOU%20O%20RISCO%20DE%20OVERDOSES](https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48154991#:~:text=NO%20TOTAL%2C%20AUTORIDADES%20ESTIMAM%20QUE,AUMENTOU%20O%20RISCO%20DE%20OVERDOSES).

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. et al. Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). **Psicologia em pesquisa**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 1-2, jun. 2017.

REIS, F. **Sem passado e sem futuro: o consumo de drogas na sociedade contemporânea**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

RIBEIRO, M. **Drogas e redução de danos: Os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

RIBEIRO, C.T. 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: A psychoanalytical view on the phenomenon of drug use nowadays. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, 12(2), 333-346, 2009.

_____. **O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada pela redução de danos: perspectivas a partir da psicanálise**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2012.

RIBEIRO, C.; FERNANDES, A. Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. **Analytica** [online], Rio de Janeiro, vol.2, n.2, pp. 33-58. ISSN 2316-5197. 2013.

ROSA, M.D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo, Editora: Escuta. 2016.

ROSA, L.C.S.; GUIMARÃES, T.A. O racismo na/da política proibicionistas brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. In: Ver. Fac. De serviço Social da UFRJ. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 27 – 43, 2020.

RYBKA, L; NASCIMENTO, J; GUZZO, R. (2018). Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, 2018.

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS 2019, **UNODC**, Viena, 26 de junho de 2019. Disponível em: [HTTPS://WWW.UNODC.ORG/LPO-BRAZIL/PT/FRONTPAGE/2019/06/RELATRIO-MUNDIAL-SOBRE-DROGAS-2019 -35-MILHES-DE-PESSOAS-EM-TODO-O-MUNDO-SOFREM-DE-TRANSTORNOS-POR-USO-DE-DROGAS--ENQUANTO-APENAS-1-EM-CADA-7-PESSOAS-RECEBE-TRATAMENTO.HTML](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html)

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano**: uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Campo Freudiano no Brasil, 2001.

SANTOS, M. A. Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, 3(1), 00, 2007.

SOHSTEN, P; MEDEIROS, C. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-65, dez. 2016.

SCHIMITH, P. B.; MURTA, G. A, V,; QUEIROZ, S. S. de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 30, e 180085, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100205&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2020. Epub Apr 11, 2019. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/0103-6564E180085](https://doi.org/10.1590/0103-6564E180085).

TOREZAN, Z. C. F.; AGUIAR, F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. XI, n. 2, p. 525-554, jun. 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 39(3), p. 507-14, 2005.

WAGNER, G. Nesses dois anos o ministério da saúde atuou contra o SUS. [22/05/2018 10h20 - Atualizado em 29/06/2018 14h33]. **Fiocruz**, São Paulo, 2018. Entrevista concedida a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz) à André Antunes e Cátia Guimarães.

ZIMERMAN, D. **Manual de Técnica Psicanalítica**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

ZYGOURIS, R. **O vínculo inédito**. São Paulo: Editora Escuta, 1ª edição, abril de 2003.